

{ایازدهمین*}
جشنواره آموزشی
شهید مطهری



دانشگاه علوم پزشکی تهران
معاونت آموزشی

الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي

{ یازدهمین* }

جشنواره آموزشی

شهید مطهری

عنوان: کتابچه ی یازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری

ناشر: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

تاریخ انتشار: اردیبهشت ماه ۱۳۹۷

نشانی دبیرخانه: تهران، بلوار کشاورز خیابان نادری، خیابان حجت دوست، شماره ۵۷،

مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه،

تلفن: ۸۸۹۵۵۷۱۲ - ۸۸۹۵۵۸۴۶ داخلی ۲۰۴

طراحی و صفحه آرایی: رشید رهنما، نازمریم شیخها

فهرست

- ۶ معرفی اعضای جشنواره
- ۷ اسامی کمیته علمی یازدهمین جشنواره دانشگاهی شهید مطهری
- ۸ پیام رئیس دانشگاه
- ۹ پیام معاون آموزشی دانشگاه
- ۱۰ روند برگزاری یازدهمین جشنواره دانشگاهی شهید مطهری
- ۱۱ آئین نامه دانشگاهی جشنواره شهید مطهری
- ۱۷ شیوه نامه دانشگاهی جشنواره شهید مطهری
- ۲۱ جوایز یازدهمین جشنواره دانشگاهی شهید مطهری
- ۲۲ جدول امتیازدهی فرآیندهای دانشگاهی
- ۲۴ فرایندهای برتر یازدهمین جشنواره دانشگاهی شهید مطهری
- ۲۷ فرایندهای ارسالی به دبیرخانه یازدهمین جشنواره دانشگاهی شهید مطهری
- ۳۷ معرفی فرایندهای برتر یازدهمین جشنواره دانشگاهی شهید مطهری

رئیس جشنواره

دکتر عباسعلی کریمی

رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران

دبیر جشنواره

دکتر امیرعلی سهراب پور

معاون آموزشی دانشگاه

کمیته اجرایی یازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری

نام و نام خانوادگی	فعالیت
دکتر امیرحسین جهانشیر	مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه
دکتر رضا شریعت محری	مدیر واحد دانش پژوهی و جشنواره های آموزشی دانشگاه
آزاده اشتیاقی - مهناز نیاورانی	کارشناسان دبیرخانه دانش پژوهی و جشنواره های آموزشی دانشگاه



کمیته ی علمی جشنواره دانشگاهی شهید مطهری (به ترتیب حروف الفبا)

نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر عباسعلی کریمی	ریاست دانشگاه، رئیس جشنواره
دکتر امیرعلی سهراب پور	معاون آموزشی دانشگاه، دبیر جشنواره
دکتر سید محمد توانگر	عضو حقیقی کمیته علمی
دکتر امیرحسین جهانشیر	مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه
دکتر وحید چنگیزی	رئیس دانشکده پیراپزشکی
دکتر میترا ذوالفقاری	نماینده داوران حیطه یادگیری الکترونیک
دکتر سمیرا رجایی	نماینده داوران حیطه یاددهی و یادگیری
دکتر رضا شریعت محرری	عضو حقیقی کمیته علمی مدیر واحد دانش پژوهی و جشنواره های آموزشی دانشگاه
دکتر شیوا شیرازیان	نماینده داوران حیطه طراحی و تولید محصولات آموزشی
دکتر شهرزاد غیاثوندیان	عضو حقیقی کمیته علمی
دکتر اکبر فتوحی	عضو حقیقی کمیته علمی
دکتر میترا قریب	نماینده داوران حیطه مدیریت و رهبری آموزش
دکتر امیر کشوری	عضو حقیقی کمیته علمی
دکتر رقیه گندمکار	نماینده داوران حیطه تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی
دکتر سارا مرتاض هجری	نماینده داوران حیطه ارزشیابی آموزشی
دکتر شهریار نفیسی	رئیس دانشکده پزشکی
دکتر محمد نیکبخت نصر آبادی	رئیس دانشکده پرستاری و مامایی



پیام رئیس دانشگاه

بسم الله الرحمن الرحيم

دانشگاه علوم پزشکی تهران اولین دانشگاه علوم پزشکی کشور چه به لحاظ تاریخی و چه به لحاظ رتبه همواره پیشتاز تربیت دانش آموختگان توانمند، عالم و متعهد بوده و به نظر می رسد دوران گذار به دانشگاه نسل سوم و چهارم را طی می کند. اساتید فرهیخته دانشگاه مهمترین سرمایه های آن بوده که با بهره گیری از دانش و تجارب ارزشمند خود دانشگاه را در نیل به اهداف بلندش یاری می کنند.

فاز دوم طرح تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی با هدف ارتقای پاسخگویی نظام سلامت به نیازهای جامعه در سه سطح ستادی، منطقه ای و درون دانشگاهی بازطراحی و در آستانه سال جاری به دانشگاه ها ابلاغ شد. در راستای اجرایی سازی بسته های تحول اقدامات ارزشمندی در محورهای اعتباربخشی موسسه ای و بیمارستان های آموزشی، آینده نگاری و مرجعیت علمی در آموزش، حرکت دانشگاه به سوی دانشگاه نسل سوم، آموزش پاسخگو و عدالت محور، اعتلای اخلاق حرفه ای، توسعه آموزش مجازی و بین-المللی سازی صورت گرفته است که امید است با بازنگری و ساماندهی صورت گرفته در فاز دوم این طرح شاهد تحقق بیش از پیش اهداف این برنامه باشیم. دستاوردی که در کنار اجرای پر فراز و نشیب و تاثیرگذار طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت و درمان می تواند افتخاری برای نظام سلامت کشور باشد.

به نظر می رسد یکی از وظایف دانشگاه فراهم آوردن زمینه های لازم برای ارج نهادن به تلاش آموزش دهندگان و آموزش گیرندگانی است که با همت خود امکان رشد و تعالی فعالیت های آموزشی را فراهم می سازند. یکی از بهترین روش ها در این جهت، شناسایی، شناساندن و قدردانی از فعالیت های آموزشی نوآورانه ای است که موجب ایجاد فضای رقابت سالم در تولید علم در سطح دانشگاه و کشور خواهد شد.

این مهم در دانشگاه ما در قالب جشنواره آموزشی شهید مطهری پیگیری می شود. در این جشنواره ضمن تجلیل و تکریم اساتید عرصه آموزش پزشکی، فرآیندهای آموزشی مطلوب دانشگاهی و کشوری شناسایی و معرفی می شود. این جشنواره را می توان فرصتی مغتنم برای قدردانی از تلاش های دست اندرکاران امر آموزش اعم از اعضای محترم هیأت علمی و دانشجویان عزیز دانست. ضمن تقدیر از تمامی دست اندرکاران برگزارکننده یازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری در دانشگاه، از خداوند منان توفیق بیشتر دست اندکاران آموزش را برای برداشتن گام هایی استوارتر برای حرکت به سوی دانشگاهی روزآمد و پیشرو در منطقه و نام آور در جهان آنچنانکه شایسته پیشینه پرافتخار آن است خواستارم.

دکتر عباسعلی کریمی

رئیس دانشگاه

اردیبهشت ۱۳۹۷



پیام معاون آموزشی دانشگاه

بسم الله الرحمن الرحيم

جشنواره آموزشی شهید مطهری دانشگاه علوم پزشکی تهران میعادگاهی است برای حضور فعالان و نوآوران عرصه آموزش و اکنون که کاروان این جشنواره به یازدهمین منزلگاه خود رسیده است معاونت آموزشی دانشگاه بر خود واجب می‌داند همچون سال‌های گذشته از این فرصت مغتنم بهره برده و با معرفی این عزیزان و فرایندهای آموزشی ارزشمند ایشان گامی هرچند کوتاه در پاس‌داشت همت و تلاش‌شان برای ارتقای آموزش و به ثمررساندن این فرایندها بردارد. ضمن تبریک به برگزیدگان این جشنواره از زحمات اعضای محترم هیات علمی، دانشجویان عزیز و کارشناسان کوشای دانشگاه که همواره سعی نموده‌اند با ارائه روش‌های نوآورانه آموزشی یاریگر معاونت آموزشی در ایفای نقشی ملی این دانشگاه در تربیت نیروی انسانی خلاق و کارآمد و نیز حفظ جایگاه «نماد آموزش عالی» در کشور باشند سپاسگزاری می‌کنم و توفیق ایشان را در سال جدید از خداوند منان خواستارم.



گزارش روند برگزاری یازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری

بسمه تعالی

یازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری در دانشگاه علوم پزشکی تهران به لطف خداوند و با پشتیبانی مسوولین محترم دانشگاه و مشارکت اعضای محترم هیأت علمی و دانشجویان عزیز در حالی برگزار گردید که آموزش همچنان نیازمند همراهی و همیاری دانشگاهیان معزز جهت برداشتن گام‌هایی استوارتر در مسیر پیشرفت و تعالی است. جشنواره‌های آموزشی خاستگاهی مناسب برای نشان دادن جایگاه تعلیم و تعلم در دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشند. امید داریم تلاش‌های ارزشمند اعضای محترم هیأت علمی و دانشجویان همچون گذشته موجب دلگرمی هرچه بیشتر دانشگاه در امر توسعه امر آموزش باشد. آن چه در زیر آمده است خلاصه‌ای از روند اجرایی یازدهمین دوره آموزشی شهید مطهری در دانشگاه علوم پزشکی تهران است.

پس از اعلام فراخوان در تاریخ ۱۳۹۶/۸/۱۷ به روسای محترم دانشکده‌ها، اطلاع‌رسانی از طریق ارسال پیامک و رایانامه به اعضای محترم هیأت علمی دانشگاه، ۴۳ فرآیند آموزشی از سوی اعضای محترم هیأت علمی و دانشکده‌ها جهت شرکت در رقابت به دبیرخانه این جشنواره در مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه ارسال گردید. فرایندها در شش حیطه تدوین و بازنگری برنامه‌های آموزشی - یادگیی - یادگیری - ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیأت علمی و برنامه) - مدیریت و رهبری آموزشی - یادگیری الکترونیکی - طراحی و تولید محصولات آموزشی جهت شرکت در رقابت به دبیرخانه این جشنواره عرضه گردید که حاوی اطلاعات مربوط به مجری/مجریان و همکاران طرحها و نیز خلاصه‌ای از اقدامات صورت گرفته بودند.

فرایندهای ارسالی در مرحله اول توسط مسئول محترم دبیرخانه دانش پژوهی و جشنواره‌های آموزشی از نظر انطباق با ماهیت و محورهای فرایندهای آموزشی جشنواره مورد بررسی قرار گرفت و در مرحله بعد برای دو داور به منظور بررسی و امتیازدهی ارسال گردید.

در جلسات کمیته داوری که با حضور داوران از دانشکده‌های مختلف برگزار گردید ۴۳ فرآیند آموزشی مجدداً مطرح و مورد بازبینی قرار گرفتند و در نهایت ۱۵ فرآیند به عنوان فرآیند آموزشی مورد قبول انتخاب شده و مقرر شد در جلسه کمیته علمی یازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری مطرح گردند. داوری فرایندها بر مبنای معیارهای زیر صورت گرفت:

دارا بودن اهداف مشخص، استفاده از روشمندی مناسب و متناسب با نوع فعالیت مورد نظر، میزان اثربخشی نوآوری، سطح نوآوری، حصول نتایج قابل توجه، ارائه مؤثر فعالیت به جامعه آموزشی پزشکی و بازبینی نقادانه عملکرد توأم با پیشنهاداتی برای بهبود در آینده.

فرایندها در کمیته علمی جشنواره متشکل از اعضای حقیقی و حقوقی در تاریخ ۱۳۹۶/۱۱/۴ مورد بررسی و رای‌گیری قرار گرفتند. از میان فرایندهای ارسال شده در نهایت ۹ فرآیند به عنوان فرآیند مطلوب دانشگاهی انتخاب و از آن میان ۶ فرآیند (یک فرآیند در هر حیطه) برای رقابت در جشنواره کشوری شهید مطهری به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فرستاده شد.

در پایان فرصت را مغتنم شمرده و از حمایت‌های معاونت محترم آموزشی دانشگاه، کلیه اعضای محترم هیأت علمی که با ارائه فرایندهای آموزشی خود جهت شرکت در این جشنواره به آن رونق خاصی بخشیدند، داوران ارجمندی که با قبول مسوولیت خطیر داوری دبیرخانه جشنواره را یاری کردند و نیز از تلاش‌های همکاران مرکز مطالعات و توسعه آموزشی علوم پزشکی دانشگاه که برای برگزاری این جشنواره تلاش در خور تقدیری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

دکتر امیرحسین جهانشیر

مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه



یازدهمین
جشنواره آموزشی
شهید مطهری

آئین نامه ی دانشگاهی جشنواره آموزشی شهید مطهری

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

ماده ی ۱: اهداف:

- 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 فعالیت های توسعه موسسات آموزش عالی علوم پزشکی و تبادل تجربیات
- ه) تشویق تولید تجهیزات، دستگاه ها و لوازم کمک آموزشی جدید

ماده ی ۲: تعاریف و اختصارات

- ۱-۲- موسسه آموزش عالی علوم پزشکی
منظور از موسسه آموزش عالی علوم پزشکی کلیه دانشگاه های علوم پزشکی و دانشکده های علوم پزشکی دارای مجوز از شورای گسترش دانشگاه های علوم پزشکی کشور می باشد.
- 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 می شود و منجر به شناسایی، معرفی و قدردانی فرایندها و محصولات آموزشی برتر در دو سطح دانشگاهی و کشوری می گردد.
- ۲-۳- فرایند آموزشی
به تمامی فعالیت های آموزشی نوآورانه (اعم از دانشورانه^۱ و یا دانش پژوهی^۲) گفته می شود که اعضای هیات علمی، دانشجویان یا کارشناسان آموزشی انجام می دهند 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 می شود. تعریف و مصادیق حیطه های جشنواره توسط مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی تدوین و به دانشگاه ها ابلاغ می شود.
- ۲-۴- سطح نوآوری
نو بودن یک فرایند می تواند 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 می باشد.

1 Scholarly teaching

2 Scholarship of teaching



۵-۲- 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 حیطه‌ها، معیارهای متناسب برای داوری و رتبه‌بندی محصولات آموزشی در چارچوب کلی معیارهای گلاسیک توسط مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی تدوین و ابلاغ می‌گردد.

۶-۲- فعالیت آموزشی دانشورانه

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

۷-۲- دانش پژوهی آموزشی

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

۸-۲- فرایندهای برتر دانشگاهی

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

۹-۲- 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.

۱۰-۲- 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:

۱-۵- هیأت داوران

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

۱-۱-۵ 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 کمیته‌های تخصصی جشنواره (بدون حق رأی در زمان رأی گیری حیطه مربوط به خود)

۱-۱-۱-۵ 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.

۲-۱-۱-۵ احکام اعضای هیأت داوران توسط معاونت آموزشی وزارت صادر می‌شود.

۲-۱-۵ 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/کمیته‌های تخصصی جشنواره (بدون حق رأی در زمان رأی گیری حیطه مربوط به خود)

۱-۲-۱-۵ احکام اعضای هیأت داوران توسط معاونت آموزشی دانشگاه صادر می‌شود.

۲-۵- کمیته/کمیته‌های تخصصی

جشنواره کشوری

۱-۲-۵- کمیته‌های تخصصی کشوری به ازای حیطه‌های جشنواره، متشکل از کارشناسان و خبرگان آموزش پزشکی از میان اعضای هیأت علمی و کارشناسان آموزشی سراسر کشور تشکیل می‌شوند. این افراد مسؤلیت داوری تخصصی و پیشنهاد فرایندهای برتر به هیأت داوران جشنواره را بر عهده دارند.

۲-۲-۵- اعضای کمیته‌های تخصصی به پیشنهاد رییس مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی و حکم معاون آموزشی وزارت برای هر دوره برگزاری جشنواره منصوب می‌گردند. 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.

۳-۲-۵- انتخاب مجدد اعضای کمیته‌های تخصصی بلامانع است.

۴-۲-۵- رؤسای کمیته‌های تخصصی به پیشنهاد رییس مرکز مطالعات و توسعه آموزش



علوم پزشکی و موافقت معاون آموزشی وزارت منصوب می‌شوند؛ به گونه‌ای که از هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی بیش از دو نفر به عنوان رییس کمیته‌های تخصصی نباشند.

جشنواره دانشگاهی

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

۲-۵- دبیرخانه جشنواره

۱-۳-۵ 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.

۲-۳-۵ دبیرخانه، مسؤلیت انجام کلیه امور اداری مشتمل بر اطلاع رسانی، انجام مکاتبات و ارسال دعوتنامه‌ها، مدیریت فرایند داوری، برگزاری جلسات کمیته‌های تخصصی و هیأت داوران و در نهایت برگزاری مراسم جشنواره را بر عهده دارد.

۴-۵- کمیته اجرایی

جشنواره کشوری

برای هدایت و اجرای برنامه‌های 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.

ماده‌ی ۶:

دانشگاه‌ها مکلف هستند طی فراخوان عمومی نسبت به پذیرش فرایندهای ارابه 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:

- 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.
- ۱-۷- هر یک از کمیته های تخصصی به میزان دو برابر تعداد رتبه های هر حیطه، فرایندهای برتر را به هیأت داوران پیشنهاد می کند. هیأت داوران صرفاً از میان فرایندهای معرفی شده توسط کمیته تخصصی مربوط نسبت به انتخاب نهایی فرایندهای برتر اقدام می کند.
 - ۲-۷- جلسات هیأت داوران و کمیته های تخصصی با حضور دوسوم اعضای دارای حق رأی رسمیت می یابد 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 می باشند.
- ۳-۷- جزییات معیارها، روند داوری و ابزارهای مورد نیاز برای بررسی فرایندها و نیز مقررات مربوط به مدیریت تعارض منافع در قالب شیوه نامه اجرایی جشنواره توسط مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و ابلاغ می شود.

ماده ۸:

- دانشگاه ها در اردیبهشت ماه هر سال مقارن با هفته آموزش ضمن برگزاری جشنواره دانشگاهی نسبت به معرفی و تجلیل از فرایندهای آموزشی برتر خود اقدام می نمایند. یک فرایند در هر حیطه به عنوان فرایند برتر دانشگاهی جهت شرکت در جشنواره کشوری معرفی می گردد.
- تبصره ۱: مجموعه دانشگاه آزاد اسلامی می تواند به ازای هر حیطه جشنواره حداکثر دو فرایند برتر برای شرکت در جشنواره کشوری شهید مطهری معرفی نماید.
- ۲- تبصره: 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 دانشگاه ها/دانشکده های علوم پزشکی، فرایندهای ستاد وزارت مستقل از فرایندهای دانشگاه ها مورد ارزیابی و فرایندهای برتر همزمان با جشنواره شهید مطهری مورد تقدیر قرار می گیرند. معیارها و روند داوری مشابه ارزیابی فرایندهای ارسالی از دانشگاه ها خواهد بود و حداکثر تعداد جوایز در هر یک از حیطه ها یک فرایند می باشد.



ماده‌ی 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.

ماده‌ی ۱۰:

۱-۱- امتیازات فرایندهای برتر کشوری:

• امتیاز دانش پژوهی کشوری به فرایندهای برتر

• جوایز نقدی/غیرنقدی

۱-۲- امتیازات فرایندهای برتر دانشگاهی می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

• اعطاء امتیازات آموزشی اعم از پایه تشویقی، امتیاز دانش پژوهی

• کمک هزینه شرکت در کنگره‌های 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 صرفاً به منظور ترغیب فعالیت‌های نوآورانه قابل تقدیر اعلام نماید ولی مشمول امتیازات فرایندهای برتر نخواهند بود

ماده‌ی ۱۱:

هزینه‌های جشنواره کشوری از محل اعتبارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأمین و پرداخت خواهد شد. هزینه‌های 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.

ماده‌ی ۱۲:

حضور نماینده و یا نمایندگان وزارت در جشنواره دانشگاهی در صورت دعوت بلامانع می‌باشد.

ماده‌ی 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 می‌نمایند.

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



شیوه نامه اجرایی جشنواره دانشگاهی شهید مطهری دانشگاه علوم پزشکی تهران

جشنواره آموزشی شهید مطهری به منظور تجلیل و تکریم اساتید عرصه آموزش پزشکی و برای شناسایی و معرفی فرایندهای آموزشی مطلوب کشوری، دانشگاهی و همچنین نوآوری، ابداع و معرفی فرایندهای جدید به منظور ارتقای آموزش پزشکی برگزار می گردد. شیوه نامه حاضر به منظور شفاف سازی روند داوری فرایندهای آموزشی در جشنواره دانشگاهی شهید مطهری در دانشگاه علوم پزشکی تهران تدوین شده است.

ارکان جشنواره:

هیات داوران جشنواره

۱. مرجع نهایی تصمیم گیری در مورد انتخاب فرایندهای برتر جشنواره دانشگاهی شهید مطهری و پیشنهاد فرایندهای برتر برای جشنواره کشوری شهید مطهری هیات داوران جشنواره می باشد.

۲. ترکیب اعضای این هیات عبارتند از:

۱. رییس دانشگاه (رییس جشنواره)

۲. معاون آموزشی دانشگاه (دبیر جشنواره)

۳. مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه

۴. روسای دانشکده های واجد فرایند پیشنهاد شده به هیات

۵. ۵ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه به پیشنهاد معاون آموزشی و موافقت

رییس دانشگاه. لازم است در انتخاب این افراد ضمن توجه به صلاحیت های عمومی، حداکثر تنوع از دانشکده های مختلف لحاظ شود.

۶. نمایندگان کمیته های تخصصی جشنواره (باحق رای در حیطه تخصصی مربوطه)

۷. مدیر دبیرخانه جشنواره ها

۳. احکام اعضای هیات به مدت یک دوره و توسط رییس دانشگاه صادر می شود.

۴. انتخاب مجدد اعضای حقیقی هیات بلامانع است.

کمیته های تخصصی

۱. به ازای هر یک از حیطه های جشنواره که بر اساس ابلاغ دستورالعمل جشنواره توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشخص می شود کمیته تخصصی متشکل از کارشناسان و خبرگان آموزش پزشکی از میان اعضای هیات علمی و کارشناسان آموزشی و دانشجویان



تشکیل می‌شود. این افراد مسوولیت داوری تخصصی و پیشنهاد فرایندهای برتر به هیات داوران جشنواره را برعهده دارند.

۲. در هر هیات یک نفر از اعضای کمیته تخصصی به عنوان نماینده کمیته به پیشنهاد مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه و موافقت معاون آموزشی دانشگاه تعیین می‌گردد.

۳. این افراد به پیشنهاد مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه و حکم معاون آموزشی دانشگاه به مدت یک دوره منصوب می‌شوند. لازم است در انتخاب داوران ضمن توجه به تبحر ایشان در زمینه آموزش پزشکی و دانش پژوهی آموزشی، حداکثر تنوع از دانشکده‌های مختلف لحاظ شود.

۴. انتخاب مجدد این افراد بلامانع است.

دبیرخانه

۱. دبیرخانه جشنواره دانشگاهی شهید مطهری در مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه مستقر می‌باشد.

۲. دبیرخانه مسوولیت انجام کلیه امور اداری مشتمل بر اطلاع رسانی، انجام مکاتبات و ارسال دعوتنامه‌ها، برگزاری جلسات، تنظیم صورتجلسات و اخذ نظر داوران به صورت حضوری و غیرحضوری و در نهایت برگزاری مراسم جشنواره را برعهده دارد.

روند داوری:

بررسی فرایندهای ارسالی به جشنواره شهید مطهری بر اساس روند زیر صورت می‌گیرد:

مرحله اول: بررسی اولیه فرایندها

۱. این بررسی از نظر رعایت چارچوب‌های اولیه فرایندهای آموزشی در دبیرخانه جشنواره صورت می‌گیرد. در صورتی که فرایندی واجد شرایط اولیه یک فرایند آموزشی نباشد در همین مرحله رد می‌شود و برای داوری ارسال نمی‌شود.

تبصره ۱: دبیرخانه جشنواره مسوولیت رد سریع را بر عهده دارد. نتیجه بررسی به همراه دلایل به اطلاع مجری فرایند می‌رسد.

تبصره ۲: روند کار رد سریع سخت گیرانه نبوده و در موارد مشکوک وارد فرایند داوری می‌شود.

۲. مواردی که منجر به رد سریع فرایندها می‌شوند عبارتند از (پیوست ۱):

الف. فعالیت‌های خارج از حوزه آموزش اعضای هیات علمی یا یکی از رده‌های فراگیران علوم پزشکی

ب. فعالیت‌های مرتبط با آموزش سلامت عمومی

پ. فرایندی که در دوره‌های گذشته به عنوان فرایند دانشگاهی یا کشوری شناسایی و مورد تقدیر قرار گرفته‌اند

ت. طرح‌هایی که صرفاً ماهیت نظریه پردازی دارند

ث. پژوهش‌های آموزشی که ماهیت تولید علم دارند و نه اصلاح روندهای آموزشی مستقر در دانشگاه‌ها

ج. فرایندهایی که از نظر تواتر و مدت اجرا یکی از شرایط زیر را دارند:

ا. در مورد فرایندهایی که اجرای مستمر دارند، مدت اجرای کمتر از شش ماه داشته باشند.

آ. در مورد فرایندهایی که اجرای مکرر دارند حداقل دو بار انجام نشده باشند.



iii. در مورد فرایندهایی که ماهیتاً اجرای یک باره دارند ولی تاثیر مستمر دارند مانند برنامه‌های آموزشی یا سندهای سیاست‌گذاری، مصوب مرجع ذی صلاح نشده باشند.

مرحله دوم: احراز تحقق معیارهای دانش پژوهی

در صورتی که فرایندی در مرحله بررسی اولیه فاقد معیارهای حذف سریع باشد وارد این مرحله می‌شود. هدف از این مرحله احراز اطمینان از این است که فرایند مورد بررسی حداقل‌های یک فرایند دانش پژوهی آموزشی را بر اساس معیارهای گلاسیک دارا است.

۱. به این منظور هر فرایند برای دو داور تخصصی ارسال می‌شود. داوران باید از دانشکده‌هایی به غیر از دانشکده محل اجرای فرایند باشند و هیچ‌گونه مشارکتی (اعم از مشاوره یا همکاری در اجرا) در فرایند مورد ارزیابی یا فرایندهای دیگری که در رقابت با فرایند مذکور در یک حیطه قرار می‌گیرند، نداشته باشند.

۲. هر فرایند آموزشی که بر اساس قضاوت هر دو داور فاقد هر یک از اجزای اصلی معیارهای دانش پژوهی آموزشی باشد، رد می‌شود.

تبصره: در خصوص اعمال بند فوق در مورد معیارهای پنج و شش (انتشار موثر و بررسی نقادانه)، بر اساس روند مورد قبول در جشنواره کشوری هر سال (ابلاغ شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) عمل می‌شود.

۳. در صورتی که نظرات دو داور در مورد یک فرایند متفاوت باشد فرایند برای داور سوم فرستاده می‌شود و بر اساس نظر دو داور از سه داور، در مورد رد یا ادامه بررسی فرایند تصمیم‌گیری می‌شود.

مرحله سوم: رتبه‌بندی فرایندهای دانش پژوهی

فرایندهایی که واجد حداقل‌های دانش پژوهی آموزشی باشند در این مرحله مورد ارزیابی مقایسه‌ای قرار گرفته و برترین فرایندها برای پیشنهاد به هیات داوران جشنواره انتخاب می‌شوند.

۱. در مورد هر یک از فرایندهای مورد تایید در مرحله دوم، هر یک از داوران تخصصی بر اساس شاخص‌های تعیین شده (پیوست ۲) و به صورت غیر حضوری نمره دهی را انجام می‌دهند. تبصره: به منظور تسهیل در روند داوری، از هر یک از داوران تخصصی که فرایندی را در مرحله اول بررسی واجد حداقل‌های دانش پژوهی تشخیص دهد، خواسته می‌شود تا در همان مرحله امتیازدهی فرایند مذکور را نیز انجام دهند.

۲. برای هر یک از حیطه‌های جشنواره کمیته تخصصی متشکل از داوران تخصصی که کار داوری و نمره دهی فرایندهای آن حیطه را انجام داده‌اند تشکیل و فرایندهای مربوط به آن حیطه مورد بررسی و رتبه‌بندی قرار می‌گیرد.

۳. نتیجه بررسی کمیته‌های تخصصی در جلسه عمومی که متشکل از کلیه اعضای کمیته‌های تخصصی است مطرح و پس از بحث و بررسی، در هر حیطه به میزان دو برابر سهمیه در نظر گرفته شده فرایندهایی که بهترین رتبه را کسب کرده‌اند انتخاب و به جلسه هیات داوران جشنواره ارسال می‌شوند.



مرحله چهارم: انتخاب نهایی فرایندها برتر

۱. در مرحله نهایی داوری، در قالب حیطة‌های مشخص شده، فرایندهای رتبه بندی شده برتر در هیات داوران جشنواره مورد بررسی قرار می‌گیرند و به تعداد تعیین شده فرایندهای نهایی به ترتیب رتبه، انتخاب و معرفی می‌شوند.
 ۲. در صورتی که به هر دلیل نظر داوران به تغییر حیطة یک فرایند باشد، این تغییر فقط تا پیش از مرحله چهارم امکان پذیر بوده و باید توسط دبیرخانه جشنواره به مجری فرایند پیشنهاد شود و در صورت موافقت مجری قابل انجام است.
 ۳. سقف تعداد کل جوایز جشنواره دانشگاهی در هر سال دو برابر تعداد جوایز جشنواره کشوری (ابلاغ شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) می‌باشد.
 ۴. امکان استیناف از رای هیات داوران جشنواره وجود ندارد.
 ۵. از فرایندهایی که دانش پژوهی آموزشی آنها مسجل شود ولی در مرحله رقابت به عنوان فرایند برتر دانشگاهی شناخته نشوند، به نحو مقتضی در دانشکده‌های مربوطه تقدیر می‌گردد.
 ۶. نتایج داوری طرح‌های برگزیده نشده به صورت نقدها و پیشنهادهایی توسط داوران تخصصی مربوطه تهیه و در اختیار صاحبان فرایندها قرار می‌گیرد.
- این شیوه نامه در جلسه مورخ ۱۳۹۵/۸/۲۹ شورای آموزشی دانشگاه تصویب شد و از یازدهمین دوره جشنواره آموزشی شهید مطهری لازم الاجرا می‌باشد.
- این شیوه نامه هر دو سال یک بار و بر اساس نتایج ارزیابی‌های به عمل آمده مورد بازبینی قرار می‌گیرد که پس از تصویب شورای آموزشی دانشگاه قابل اجرا خواهد بود.



جوايز

- ۱- لوح تقدیر
- ۲- ۳۵ ميليون ريال هزينه شرکت در يك همایش یا کارگاه آموزشی خارج از کشور به نمایندگان مجریان ۹ فرایند برتر دانشگاهی
- ۳- امتیاز دانش پژوهی آموزشی

فرم ارزشیابی فعالیت‌های نوآورانه آموزش پزشکی (داوران) جشنواره شهید مطهری

۱. در صورتی که فرایند مورد ارزیابی واجد هر یک از شرایط زیر باشد مردود است و وارد بقیه فرایند داوری نمی‌شود.

- فعالیت‌های خارج از حوزه آموزش اعضای هیات علمی یا یکی از رده‌های فراگیران علوم پزشکی^۱
- فعالیت‌های مرتبط با آموزش سلامت عمومی^۲
- فرایندی که در دوره‌های گذشته به عنوان فرایند کشوری شناسایی و مورد تقدیر قرار گرفته است
- طرح‌هایی که صرفاً ماهیت نظریه پردازی دارند
- پژوهش‌های آموزشی که ماهیت تولید علم دارند و نه اصلاح روندهای آموزشی مستقر در دانشگاه‌ها

- فرایندهایی که:

- مدت اجرای کمتر از شش ماه دارند (برای فرایندهایی که اجرای مستمر دارند)
- حداقل دو بار انجام نشده‌اند (برای فرایندهایی که اجرای مکرر دارند)
- مصوب مرجع ذی صلاح نشده‌اند (فرایندهایی که ماهیتاً اجرای یک باره دارند ولی تاثیر مستمر دارند مانند برنامه‌های آموزشی یا سندهای سیاست گذاری)

۲. معیارهای ارزیابی فعالیت‌های نوآورانه آموزشی (دانش پژوهی)

هدف مشخص و روشن دارد.

- بلی
- خیر

برای انجام فرایند مرور بر متون انجام شده است.

- بلی
- خیر

از روش مندی مناسب و منطبق با اهداف استفاده شده است.

- بلی
- خیر

اهداف مورد نظر به دست آمده‌اند؟

- بلی
- خیر

فرایند به شکل مناسبی در اختیار دیگران قرار گرفته است.

- بلی
- خیر

فرایند مورد نقد توسط مجریان قرار گرفته است.

- بلی
- خیر

در صورتی که نظری دارید مرقوم فرمایید:



چارچوب امتیازدهی فرایندهای یازدهمین جشنواره شهید مطهری دانشگاه

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



فرآیندهای برتر

فرایندهای برگزیده یازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری بر اساس حیطة

ردیف	عنوان فرآیند	دانشکده / بیمارستان	حیطة	مجری اصلی و همکاران
۱	طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه آموزشی «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص» در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران	دانشکده پزشکی	تدوین برنامه و بازنگری برنامه‌های آموزشی	مجری: پوریا روزخ دکتر عظیم میرزازاده، دکتر حمید عمادی، دکتر محمد اربابی، ریحانه سعیدی، معین حسین‌علی‌پور، سید علی میرشاه‌ولد، پریا علی‌نیا، صنم لادی‌سیدیان، ملیکا سامی، علی گنجی‌زاده
۲	تدوین چارچوب توانمندی‌های دانش‌آموختگان دوره دکترای تخصصی گروه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران	دانشکده پزشکی	تدوین برنامه و بازنگری برنامه‌های آموزشی	مجری اصلی: دکتر عظیم میرزازاده مدیر اجرایی: دکتر فاطمه کشمیری همکاران: دکتر رقیبه گندمکار، دکتر شیواشیرازیان، الهه محمدی، دکتر سارا مرتاض هجری
۳	طراحی، اجرا و ارزشیابی کلاس درس وارونه با استفاده از فیلم و راهنمای یادگیری در کورس گوارش دوره میانی طب بالینی در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران	دانشکده پزشکی	یادگیری الکترونیک	مجری: محمود خدا دادگی دکتر محسن نصیری طوسی، دکتر مریم علیزاده همکاران: مهدی ارمنندی، زهره اجل لوییان، ریحانه علیخانی، سید محمد احمدی هنزائی، علیرضا رضایی
۴	طراحی، اجرا و ارزشیابی هشت دوره همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» با حضور اساتید لگو، برای دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران	دانشکده پزشکی	یاددهی و یادگیری	مجری: دکتر امیرعلی سهراب‌پور همکاران: محمدرضا تادریان، پوریا روزخ، الهام فراهانی، یگانه یوسفی، فرهادی فرهنگیان، مهرداد صدری، وریا فرهنگی، بردیا خسروی، محدثه مرزبان
۵	طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه دانشجویی آموزش پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تهران	مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه	مدیریت و رهبری آموزشی	مجری: دکتر عظیم میرزازاده آزاد گردستانی‌مقدم همکاران: دکتر رقیبه گندم کار، دکتر سارا مرتاض هجری، دکتر شیوا شیرازیان، دکتر طاهره سوری، آقای رسول معصومی
۶	اجرای نظام ارزشیابی چندمنبعی و ارائه بازخورد مبتنی بر شبکه در محیط‌های بالینی	دانشکده پزشکی	ارزشیابی آموزشی	مجری: دکتر علیرضا سیما، بردیا خسروی همکاران: دکتر امیرعلی سهراب‌پور، بهار صابرزاده اردستانی، مهدی سلیمان زاده



فرایندهای برگزیده یازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری بر اساس حیطة

ردیف	عنوان فرآیند	دانشکده / بیمارستان	حیطة	مجری اصلی و همکاران
۷	طراحی و استقرار نظام جامع ارزشیابی دوره‌های آموزشی در دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران	مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه	ارزشیابی آموزشی	مجریان: رقیبه گندم‌کار، عظیم میرزازاده، محمدجلیلی همکاران: نگار امیدی، افسانه پاکدامن، محمد جواد حسین زاده، ابراهیم جعفری پویان، غلامرضا حسن زاده، لیلا شاهمرادی الهام شکیبازاده، هومن شهسوارى، حجت شیخ مطهر واحدی، لیلا صدیق پور، مرزگان صفری، زهرا قربانی فر، میترا قریب، نسترن قطبی، حسین قنبری، سعید حمید کمالی، مهرناز گرانیامیه، ابوالفضل گلستانی، سکینه نیکزاد چمنانی شکوفه نیکفر
۸	طراحی، ایجاد و ارزیابی برنامه کاربردی آموزش مدیریت درد برای دانشجویان پرستاری	پیراپزشکی	فرایند و تولید محصولات آموزشی	مجری: دکتر لیلا شاهمرادی / مهتاب مهربان فر همکاران: دکتر وحید چنگیزی، دکتر دکتر الهام نواب، سعید علی امامی میبدی، دکتر حسین ماجدی، خانم آریتا یزدانی، مرسا غلامزاده
۹	پروفتشنالیسم و فضای مجازی برای گروه‌های پزشکی: تدوین راهنمای اخلاق و تعهد حرفه‌ای در استفاده از فضای مجازی	دانشکده پزشکی	فرایند و تولید محصولات آموزشی	مجری دکتر ملیحه کدیور مجری دکتر محبوبه مافی نژاد مجری دکتر فریبا اصفری همکاران: دکتر علی پارسا پور، دکتر حسام الدین ریاحی، دکتر علی لباف، دکتر نوشین کهن، دکتر سعیدرضا مهرپور، زینب جنت مکان، دکتر سینا رضایی، بردیا خسروی، دکتر ملیحه کدیور



فرآیندهای واسله

فرایندهای واصله به دبیرخانه یازدهمین جشنواره ی آموزشی شهید مطهری

ردیف	عنوان فرآیند	دانشکده/ بیمارستان	حیطه	مجری اصلی و همکاران
۱	طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه آموزشی «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص» در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران	دانشکده پزشکی	تدوین برنامه و بازنگری برنامه‌های آموزشی	مجری: پوریا روزخ دکتر: عظیم میرزازاده، دکتر حمید عمادی، دکتر محمد اربابی، ریحانه سعیدی، معین حسین علی پور، سید علی میرشاه‌ولد، پریا علی نیا، صنم لادی سیدیان، ملیکا سامی، علی گنجی‌زاده
۲	طراحی و معرفی فیلم آموزشی بالینی تخصصی برای دانشجویان کارشناسی ارشد پرستاری داخلی - جراحی در درمانگاه پیوند کبد	دانشکده پرستاری و مامایی	تدوین برنامه و بازنگری برنامه‌های آموزشی	مجری: شیما سادات آفاحسینی همکاران: دکتر ناهید دهقان نبری، دکتر هومن شهسواری، دکتر محسن نصیری طوسی
۳	به کارگیری رویکرد یادگیری تلفیقی به منظور ارتقای کیفیت برنامه کارشناسی ارشد پرستاری کودکان	دانشکده پرستاری و مامایی	تدوین برنامه و بازنگری برنامه‌های آموزشی	مجری: اکرم السادات سادات حسینی همکاران: فاطمه خوشنوی فومنی، ژایلا میرلاشاری، جمال الدین بگجانی، تهمینه ناجی، طاهره خان محمدزاده، لیلا هاشمی
۴	تدوین چارچوب توانمندی‌های دانش‌آموختگان دوره دکتری تخصصی آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران	دانشکده پزشکی	تدوین برنامه و بازنگری برنامه‌های آموزشی	مجری: دکتر عظیم میرزازاده مدیر اجرایی: دکتر فاطمه کشمیری همکاران: دکتر رقیه گندمکار، دکتر شیواشیرازیان، دکتر سارا مرتاض هجری، الهه محمدی
۵	بررسی محتوای برنامه‌های آموزشی دوره کارشناسی ارشد کتابخانه دیجیتال در کشورهای منتخب و ارائه برنامه آموزشی پیشنهادی در شاخه پزشکی در سال ۹۴-۹۵	دانشکده پیراپزشکی	تدوین برنامه و بازنگری برنامه‌های آموزشی	مجری: دکتر سید جواد قاضی میرسعید مهشید لطفی، دکتر میترا قریب
۶	نیازسنجی برنامه آموزشی سلامت در بلایا و فوریت‌ها در آموزش پزشکی عمومی	دانشکده پزشکی و	تدوین برنامه و بازنگری برنامه‌های آموزشی	مجری: ملیکا حنیفی همکاران: دکتر عظیم میرزازاده، دکتر علی اردلان
۷	طراحی و اجرا و ارزشیابی برنامه‌های آموزش بین‌حرفه‌ای برای دانشجویان رشته‌های مختلف علوم پزشکی در همایش‌های سلامت و زندگی	دانشکده پزشکی	یاددهی و یادگیری	مجری: دکتر توحید سیف برقی همکاران: دکتر فاطمه کشمیری، دکتر فرزین حلب‌چی، دکتر سپروس جعفری، دکتر امیرحسین معماری، دکتر حمید عمادی کوچک، عقیفه خسروی، محمدعلی حجازی، مهدی امیری، جیران زبردست



ردیف	عنوان فرآیند	دانشکده / بیمارستان	حیطه	مجری اصلی و همکاران
۸	به کارگیری رویکرد یادگیری تلفیقی به منظور ارتقای کیفیت برنامه کارشناسی ارشد پرستاری کودکان	پرستاری و مامایی	یاددهی و یادگیری	مجری: اکرم السادات سادات حسینی همکاران: فاطمه خوشنوی فومنی، ژیللا میرلاشاری، جمال الدین بگجانی تهمینه ناجی، طاهره خان محمدزاده لیلا هاشمی
۹	طراحی اجرا و ارزشیابی روش مقاله خوانی سر کلاس درس بر پایه یادگیری وابسته به تیم	پیراپزشکی	یاددهی و یادگیری	مجری: دکتر آزاده امیدخدا همکاران: دکتر وحید چنگیزی
۱۰	طراحی، اجرا و ارتقای کارگاه های رفتار حرفه ای به منظور توانمندسازی پرستاران دانشگاه علوم پزشکی تهران برای تدریس رفتار حرفه ای	پزشکی	یاددهی و یادگیری	مجری: شهرام صمدی همکاران: فریبا اصغری، همایون امینی، زهرا شاهواری
۱۱	استفاده از یادگیری مبتنی بر بازی جهت ارتقا مهارت بکارگیری فرآیند پرستاری و کار تیمی دانشجویان کارشناسی پرستاری	پرستاری و مامایی	یاددهی و یادگیری	مجری: فاطمه شعبانی مطلق کاشانی همکاران: عرفان تیموری، هومن شهسوار، زهرا روددهقان
۱۲	آموزش مداوم غیرحضوری متخصصین کودکان از طریق مستندسازی جلسات گزارش صبحگاهی مرکز طبی کودکان از طریق یک رسانه اجتماعی در دسترس	پزشکی	یاددهی و یادگیری	مجری: دکتر طراوت صدرا السادات همکاران: دکتر وحید ضیایی، تمام رزیدنت های سال سه مرکز طبی کودکان، دکتر سمانه استقامت
۱۳	طراحی، اجرا و ارزشیابی هشت دوره همایش های «پزشکی: این راه بی نهایت» با حضور اساتید الگو، برای دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران	پزشکی	یاددهی و یادگیری	مجری: دکتر امیرعلی سهراب پور همکاران: محمدرضا نادریان، پوریا روز رخ، الهام فراهانی، یگانه یوسفی فر، مهدی فرهنگیان، مهرداد صدری، پوریا فرهنگی، بردیا خسروی، محدثه مرزبان
۱۴	طراحی، اجرا و ارزشیابی روشی نوین در یاددهی مهارت پاکسازی و شکل دهی کانال ریشه دندان با تأکید بر کاهش فاصله تئوری تا عمل	دندانپزشکی	یاددهی و یادگیری	مجری: دکتر شعله غبرایی، دکتر سپیده مختاری همکاران: دکتر رقیبه گندمکار
۱۵	مدرسه تکنیک های مولکولی عنوان انگلیسی (MTS) Molecular Techniques School	پیراپزشکی	یاددهی و یادگیری	مجری: دکتر شعبان علیزاده دکتر همکاران: دکتر وحید چنگیزی، دکتر محمد کاظم شریفی یزدی، دکتر سید هادی موسوی، زهرا کاشانی خطیب، فاطمه آل ابراهیم، زهرا علیزاده محمد شیر



ردیف	عنوان فرآیند	دانشکده / بیمارستان	حیطه	مجری اصلی و همکاران
۱۶	تربیت مدرس پروفشنالیسم	دانشگاه علوم پزشکی تهران دفتر تعهد حرفه ای	یاددهی و یادگیری	مجری: دکتر فاطمه علیپور همکاران: دکتر فریبا اصغری، دکتر همایون امینی
۱۷	بررسی علل حضور و عدم حضور دانشجویان در کلاسهای دروس تئوری از دیدگاه اساتید و دانشجویان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و برنامه ریزی آموزشی با هدف افزایش حضور دانشجویان	دندانپزشکی	مدیریت و رهبری آموزش	مجری: دکتر سپیده مختاری، دکتر سکینه نیکزاد همکاران: دکتر فرزانه مساوات، دکتر پویان امینی شکیب، دکتر لیلا صدیق پور، دکتر شهرابی، دکتر سعیده مختاری، دکتر محمدجواد خرازی فرد
۱۸	طراحی و اجرای برنامه عملیاتی ارتقای رفتار حرفه‌ای در بخش های بالینی منتخب بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران	پزشکی	مدیریت و رهبری آموزش	مجری: شهرام صمدی همکاران: فریبا اصغری همایون امینی، ریحانه پیرجانی، محمود جباروند، علی جعفریان، قاسمعلی خراسانی، رویا ستار زاده، احمدرضا سرروش، علیرضا سنیما، زهرا شاهواری، رضا شریعت محری، حسین صدرالسادات، مهدی صنعتکار، مهسا عباس زاده، فاطمه علیپور، مرجان قاضی، محمدرضا کرامتی، امیر کشوری، ساسان مقیمی، محمد رضا منصور ی، سیدمحمد میراسکندری، عظیم میرزاده، سیاوش ناصری مقدم، علی اکبر نجاتی صفا، اتابک نجفی، شهریار نفیسی، سیدحمیدرضا نقوی، احمد نوربالا، سید طه یحییوی
۱۹	تدوین و اجرای برنامه آموزش تعهد حرفه ای در دوره رزیدنتی	پزشکی	مدیریت و رهبری آموزش	مجری: دکتر هومان حسین نژاد همکاران: دکتر فاطمه کشمیری، دکتر شروین فرهنگد، دکتر شجاعی، دکتر شمسی، دکتر باقری
۲۰	طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه دانشجویی آموزش پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تهران	مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه	مدیریت و رهبری آموزش	مجری: دکتر عظیم میرزاده، آزاده کردستانی مقدم همکاران: دکتر رقیه گندم کار، دکتر سارا مرتاض هجری، دکتر شیوا شیرازیان، دکتر طاهره سوری، رسول معصومی



ردیف	عنوان فرآیند	دانشکده/ بیمارستان	حیطه	مجری اصلی و همکاران
۲۱	بهره مندی از توانمندیهای دانشجویان تحصیلات تکمیلی ایمونولوژی و کارآمد سازی آنها در حیطه های فرا رشته ای	پزشکی	مدیریت و رهبری آموزش	مجری: دکتر محمد حسین نیکنام دکتر سمیرا رجائی
۲۲	طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه فرهنگی- آموزشی گذار مجازی از دبیرستان به دانشگاه: گامی در جهت مدیریت آشناسازی و تطبیق دانشجویان پزشکی جدیدالورود با دانشگاه	پزشکی	مدیریت و رهبری آموزش	مجری: صادق جهان، دکتر محبوبه مافی نژاد همکاران: کسری حاتم پور، محمد طاهر احمدی، محمدرضا گنج دانش نگار سادات احمدی، زهرا ولیزاده، محمد مبین مرادی فاطمه عابدین، مریم هوپناه، متین مرادی، سپهر حاتم پور، ارشیا زردویی، زهرا فولادی، کسری هندی، مجتبی رضایی سنادیانی، دکتر سعید رضا مهرپور
۲۳	تدوین ابزار و شیوه نامه ارزیابی رفتار حرفه ای اعضای هیئت علمی بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران	پزشکی	ارزشیابی آموزشی	مجری: رویا ستارزاده، زهرا شاهواری نوشین کهن، علی پاشا میثمی، فریبا صغری، شهریار نفیسی
۲۴	اجرای نظام ارزشیابی چند منبعی و ارائه بازخورد مبتنی بر شبکه در محیط های بالینی	پزشکی	ارزشیابی آموزشی	مجری: دکتر علیرضا سیما، بردیا خسروی همکاران: دکتر امیرعلی سهراب پور، بهار صابرزاده اردستانی، مهدی سلیمان زاده
۲۵	ارزشیابی میزان دستیابی به اهداف برنامه بازنگری پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران در مقطع کارآموزی	پزشکی	ارزشیابی آموزشی	مجری: آریتا خلیل تاش همکاران: امین حسینی شاون، غلامرضا حسن زاده، پریچهر پاسبخش، مهدیه فقیهی، رامین مهرداد، ششهرام اجتماعی مهر، ترگس صالح، ارمنده ای، حبیبی احمدسلیم زاده، محسن نصیری طوسی، حسین علی مددی، عادل یزدانخواه کناری، لاله اسلامیان
۲۶	بررسی میزان پیاده سازی برنامه آموزشی دستپاری طب سالمندی در مرکز آموزشی درمانی ضیاییان بر اساس برنامه مدون کشوری و موانع و تسهیل کننده های آن: مدل ترکیبی	پزشکی	ارزشیابی آموزشی	مجری: دکتر ابوالفضل زنده دل دکتر زهرا وهایی، دکتر غزال شریعت پناهی، دکتر محمد عفت پناه



ردیف	عنوان فرآیند	دانشکده بیمارستان	حیطه	مجری اصلی و همکاران
۲۷	طراحی و اجرای سیستم ارزشیابی دوره کارآموزی در گروه آموزشی داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران	پزشکی	ارزشیابی آموزشی	مجری: نسیم خواجوی راد، محبوبه ابراهیم پور همکاران: رضامنلی شریفیان، محسن نصیری طوسی، احمدرضا جمشیدی، عظیم میرزازاده
۲۸	طراحی و استقرار نظام جامع ارزشیابی دوره‌های آموزشی در دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران	مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه	ارزشیابی آموزشی	مجریان: رقیه گندم‌کار، عظیم میرزازاده، محمدجلیلی همکاران: نگار امیدی، افسانه پاکدامن، محمد جواد حسین زاده، ابراهیم جعفری پویان، غلامرضا حسن زاده، لیلا شاهمرادی، الهام شکیبازاده، هومن شهسواری، حجت شیخ مطهر واحدی، لیلا صدیق پور، مرگان صفری، زهرا قربانی‌فر، میترا قریب، نسترن قطبی حسین‌قندری سیدحمیدکمالی، مهران گرانمایه، ابوالفضل گلستانی، سکینه‌نیک‌آل‌جمذانی شکوفه‌نیک‌فر
۲۹	ارزشیابی آموزشی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران براساس استانداردهای ملی اعتباربخشی	مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه	ارزشیابی آموزشی	مجریان: عظیم میرزازاده، رقیه گندم‌کار، محمدجلیلی، مرگان صفری همکاران: کیوان آقازاده، امیرهوشنگ احسانی، محمودرضا اشرفی، نگار امیدی، بابک بابایی صومعه، حوریه بالاخانی، حمیدرضا پورحسینی، محمدحسین پورغریب، امیرحسین جهانشیر، محسن جعفری، صفیه حسینی فرد، محمدرضا خاجوی، زهرا رحمانی، علیرضا رضائی‌کنوی، ابوالفضل زنده‌دل، رویا ستارزاده، امیرعلی سهراب پور، فائزه شادمانی، فرهنگ، ونداد شریفی، ریحانه شریفی، شهرام صمدی، سپیده صمیمی، وحید ضیائی - محمد عارفی، فتانه عبدی، ارغوان عزیزپور، داریوش فهیمی، فریبا قاسمی، عزیزه قاسمی‌نژاد، لادن قدمی، نرگس قندی، مهسا قورچیان، لادن کاشانی، امیر کشوری، سید یوسف مجتهدی، ریحانه محسنی‌پور، یوسف مسعودیان، نگار مرادخانی، سیدمحمدجواد مرتضوی، معصومه معارف، ساسان مقیمی عراقی، خورشید منصوریان، علی موافق، مهدی مهرانی، علی‌اکبر نجاتی‌صفا، غلامرضا نعمانی‌پور، شیرین نیرومنش، فاطمه‌السادات نبیری، عادل هندیجانی



ردیف	عنوان فرآیند	دانشکده / بیمارستان	حیطه	مجری اصلی و همکاران
۳۰	بررسی دیدگاه اساتید و فراگیران دانشگاه علوم پزشکی تهران نسبت به ارزشیابی اسستاد توسط دانشجویان پزشکی در سال ۱۳۹۶	پزشکی	ارزشیابی آموزشی	مجری: دکتر ابوالفضل زنده دل دکتر غزال شریعت پناهی، دکتر محمد عفت پناه
۳۱	طراحی، تولید محتوا، اجرا و ارزشیابی کلاس درس وارونه با استفاده از فیلم و راهنمای یادگیری در کورس گوآرش دوره مبانی طب بالینی در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران: توسعه یادگیری الکترونیک و تعاملی	پزشکی	یادگیری الکترونیک	مجری: محمود خدادادگی، دکتر محسن نصریری طوسی، دکتر مریم علیزاده همکاران: مهدی ارمندنی، زهره اجل لوییان، ریحانه علیخانی، سید محمد احمدی هنزائی، علیرضا رضایی
۳۲	آموزش مداوم غیرحضورى متخصصین کودکان از طریق مستندسازی جلسات گزارش صبحگاهی مرکز طبی کودکان از طریق یک رسانه اجتماعی در دسترس	پزشکی	یادگیری الکترونیک	مجری: دکتر طراوت صدرالسادات همکاران: دکتر وحید ضیایی، تمام رزیدنت های سال سه مرکز طبی کودکان، دکتر سمانه استقامت
۳۳	بررسی تاثیرات استفاده از سیستم آموزش مجازی (بجای سیستم سنتی) برای واحدهای کارآموزی در عرصه دانشجویان رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی کشور در ارتقای کیفیت آموزشها و مهارتهای عملی دانشجویان	بهداشت	یادگیری الکترونیک	مجری: عباس بشیرزاده همکاران: دکتر مریم تاجور، ریاض علایی، هیوا میرزایی
۳۴	طراحی بازی مبتنی بر واقعیت مجازی برای آموزش تمرین درمانی در بیماران سکته مغزی	پیراپزشکی	یادگیری الکترونیک	مجری: دکتر لیلا شاهمرادی / سهراب الماسی همکاران: دکتر نسترن قطبی، دکتر علیرضا میرباقری، دکتر نورالدین نخستین انصاری، دکتر وحید چنگیزی، سهراب الماسی
۳۵	طراحی، ایجاد و ارزیابی برنامه کاربردی آموزش مدیریت درد برای دانشجویان پرستاری	پیراپزشکی	یادگیری الکترونیک	مجری: دکتر لیلا شاهمرادی / مهتاب مهربان فر همکاران: دکتر لیلا شاهمرادی، دکتر وحید چنگیزی، دکتر الهام نواب، دکتر سید علی امامی میبیدی، دکتر حسین ماجدی، آریتا یزدانی، مرسا غلامزاده، مهتاب مهربان فر



ردیف	عنوان فرآیند	دانشکده / بیمارستان	حیطه	مجری اصلی و همکاران
۳۶	طراحی ، پیاده سازی ، راه اندازی سامانه یکپارچه مدیریت یادگیری الکترونیک «سیمیا» با قابلیت ارزیابی مشارکت واقعی فعال آنلاین فراگیر و مربی	پردیس بین الملل	یادگیری الکترونیک	مجری: مهران مقصدولو همکاران: غلامرضا حسن زاده، نسرین لطفی بخشایش
۳۷	طراحی بازی مبتنی بر واقعیت مجازی برای آموزش تمرین درمانی در بیماران سکنه مغزی	پیراپزشکی	فرایند و تولید محصولات آموزشی	مجری: دکتر لیلا شاهمرادی / سهراب الماسی همکاران: دکتر نسترن قطبی، دکتر علیرضا میرباقری، دکتر نورالدین نخستین انصاری، دکتر وحید چنگیزی ، سهراب الماسی
۳۸	طراحی، ایجاد و ارزیابی برنامه کاربردی آموزش مدیریت درد برای دانشجویان پرستاری	پیراپزشکی	فرایند و تولید محصولات آموزشی	مجری: دکتر لیلا شاهمرادی / مهتاب مهربان فر همکاران: دکتر لیلا شاهمرادی، دکتر وحید چنگیزی، دکتر الهام نواب، دکتر سعید علی امامی میبیدی، دکتر حسین ماجدی، آریتا یزدانی، مرسا غلامزاده، مهتاب مهربان فر
۳۹	طراحی و ایجاد برنامه کاربردی خود مراقبتی پسوریازیس مبتنی برگوشی های هوشمند	پیراپزشکی	فرایند و تولید محصولات آموزشی	مجری: دکتر رضا صفدری همکاران: دکتر علیرضا فیروز، حوریه ماسوریان، مهرشاد مختاران
۴۰	پروفشنالیسم و فضای مجازی برای گروه های پزشکی؛ تدوین راهنمای اخلاق و تعهد حرفه ای در استفاده از فضای مجازی	پزشکی	فرایند و تولید محصولات آموزشی	مجری دکتر ملیحه کدیور مجری دکتر محبوبه مافی نژاد همکاران: دکتر فریبا اصغری دکتر حسام الدین ریاحی، دکتر علی لباف، دکتر نوشین کهن، دکتر سعیدرضا مهرپور، زینب جنت مکان، دکتر سینا رضایی، بردیا خسروی، دکتر ملیحه کدیور



ردیف	عنوان فرآیند	دانشکده/ بیمارستان	حیطه	مجری اصلی و همکاران
۴۱	تدوین، طراحی، اجرا و پایش پروتکل تشخیص و درمان آمبولی ریه در مجتمع بیمارستانی امام خمینی(ره)	پزشکی	فرآیند و تولید محصولات آموزشی	مجری: دکتر آناهیتا طاوسی همکاران: دکتر فرنوش لارزی، دکتر آزاده سعیدی، دکتر لاله قدیریان، فاطمه السادات نبیری، دکتر مهرناز اسدی، دکتر هومان حسین نژاد، دکتر شهرام حریری، دکتر نسیم خواجوی راد، دکتر حبیب الله دشتی، دکتر رویا ستارزاده، دکتر فائزه سلحشور، دکتر مهرشاد عباسی، دکتر فرشاد علامه، دکتر مصطفی محمدی، دکتر مهسا عباس زاده، دکتر البرز شرافتی، دکتر سید حسین سید حسینی داورانی، دکتر سحر کریم پور، دکتر بشارت رحیمی، دکتر هلن درگاهی
۴۲	طراحی، پیاده سازی، راه اندازی سامانه یکپارچه مدیریت یادگیری الکترونیک «سیمیا» با قابلیت ارزیابی مشارکت واقعی فعال آنلاین فراگیر و مربی	پردیس بین الملل	فرآیند و تولید محصولات آموزشی	مجری: مهران مقصدولو همکاران: غلامرضا حسن زاده، نسرین لطفی بخشایش
۴۳	طراحی و ساخت ویدئو کاپیلارسکوپ نیلفلد جهت ارتقا کیفیت آموزش تشخیص بیمارهای سیستماتیک در حوزه روماتولوژی	پزشکی	فرآیند و تولید محصولات آموزشی	مجری: دکتر صدیقه مرجانه حجازی همکاران: دکتر عبدالرحمان رستمیان، دکتر سعید سرکار، دکتر سید رضا نجفی زاده، سید محسن ابراهیمی، سید مجتبی صیدی، دکتر شفیقه موثقی



معرفی فرآیندهای برتر

عنوان فارسی

طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه آموزشی «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص» در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

عنوان انگلیسی

Planning, Implementation and Evaluation of a Training Program for Communication Skills in Difficult Physician-patient Encounters at Tehran University of Medical Sciences

حیطه نوآوری:

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

نام صاحب / صاحبان فعالیت نوآورانه

پوریا روزخ

نام همکاران

دکتر عظیم میرزازاده، دکتر حمید، دکتر محمد اربابی، عمادی، ریحانه سعیدی، معین حسین علی پور، سید علی میرشاه‌ولد، پریا علی‌نیا، صنم لادی‌سیدیان، ملیکا سامی، علی گنجی‌زاده

محل انجام فعالیت

دانشگاه علوم پزشکی تهران

گروه/رشته آموزش پزشکی - مهارت‌های ارتباطی

بیمارستان شریعتی و امام خمینی (ره) بخش بالینی مجموعه بخش‌های بیماری‌های داخلی

مدت زمان اجرا

۳۱ ماه

همچنین لازم به ذکر است که برنامه حاصل پس از پایان فرایند طراحی، اجرای آزمایشی و ارزشیابی که ۳۱ ماه به طول انجامید نیز تا کنون دو نوبت در بیمارستان‌های امام خمینی (ره) (برای آموزش دانشجویان گروه داخلی - قابل استعلام از سرکار خانم دکتر مهدوی، عضو هیئت علمی گروه داخلی بیمارستان امام خمینی (ره)) و بیمارستان شریعتی (برای آموزش دستیاران زنان و زایمان - قابل استعلام از سرکار خانم دکتر مهدوی، عضو هیئت علمی گروه جراحی زنان بیمارستان شریعتی) به اجرا در آمده است. همچنین بنا به برنامه دفتر مطالعات و توسعه آموزش دانشکده پزشکی قرار است، در برنامه آموزشی دانشجویان رشته پزشکی (مقطع عمومی و دستیاری) گنجانده شود. این موضوع از دفتر مطالعات و توسعه آموزش دانشکده پزشکی (جناب آقای دکتر سیما) و مدیر گروه



آموزش پزشکی دانشکده (جناب آقای دکتر میرزازاده) قابل استعلام است.

تاریخ شروع بهمن ماه ۱۳۹۳
تاریخ پایان شهریور ماه ۱۳۹۶
هدف کلی

طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه آموزشی «برقراری ارتباط با بیماران در موقعیت‌های خاص» در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

اهداف ویژه / اختصاصی

اهداف فرعی مطالعه حاضر را می‌توان در سه دسته کلی طبقه‌بندی کرد:

۱) نیازسنجی آموزشی

۱. توصیف دقیق مشخصات و تجربیات آموزشی پیشین فراگیرانی که می‌بایست به عنوان مخاطبین اصلی در برنامه آموزشی «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص» شرکت نمایند.

۲. انجام نیازسنجی آموزشی به منظور تعیین اولویت‌دارترین مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص که می‌بایست در برنامه گنجانده شود.

۲) طراحی و توسعه برنامه آموزشی

۱. تعیین اهداف یادگیری برنامه آموزشی «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص».

۲. تعیین و سازماندهی محتوای برنامه آموزشی «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص».

۳. تعیین رویکردهای آموزشی برای برنامه آموزشی «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص».

۴. تعیین روش‌های تدریس برای برنامه آموزشی «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص».

۵. تعیین روش‌های ارزیابی دانشجویان در برنامه آموزشی «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص».

۶. انتخاب محیط آموزشی برنامه آموزشی «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص».

۷. تعیین فرایندهای ارتباطی در برنامه آموزشی «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص».

۸. تعیین فرایندهای مدیریت برنامه آموزشی «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص».

۳) اجرای آزمایشی، ارزشیابی و نهایی‌سازی برنامه آموزشی

۱. اجرای آزمایشی برنامه آموزشی «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص» در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۲. ارزشیابی رضایت فراگیران از اجرای آزمایشی برنامه آموزشی «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص».



۲. ارزشیابی ارتقای دانش فراگیران پس از حضور در اجرای آزمایشی برنامه آموزشی «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص»
۴. ارزشیابی رضایت مدرسان از اجرای آزمایشی برنامه آموزشی «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص».
۵. اصلاح و نهایی‌سازی برنامه آموزشی «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص» بر مبنای برون‌داد‌های فرایند ارزشیابی.
- هدف کاربردی: ارتقای دانش، نگرش و عملکرد دانشجویان و دانش‌آموختگان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در برقراری ارتباط با بیماران در موقعیت‌های خاص.

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

خلاصه:

موقعیت‌های خاص در ارتباط پزشک و بیمار، به مجموعه شرایطی گفته می‌شود که پزشک را از برقراری ارتباط مناسب با بیمار عاجز می‌نماید (نظیر ارائه خبر بد به بیمار، برخورد با بیماران عصبانی و ...). پزشکان برای مدیریت این موقعیت‌ها نیاز به فراگیری مهارت‌های ارتباطی فراتر از مهارت‌های پایه دارند و ثابت شده است که آموزش مهارت‌های فوق به ایشان، منجر به ارتقای رضایت بیمار، ارتقای رضایت پزشک و ارتقای نتایج درمانی خواهد شد. با توجه به آنکه آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص، به عنوان یکی از اهداف دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سند توانمندی‌های دانش‌آموختگان این دانشکده ذکر شده و از سوی دیگر، تاکنون برنامه آموزش رسمی و مستقلاً برای شناسایی این موقعیت‌ها و آموزش دانشجویان در مورد چگونگی مدیریت آن‌ها در برنامه آموزشی دانشکده پزشکی وجود نداشته است، مطالعه حاضر تلاش کرده تا با همکاری گروه آموزشی مهارت‌های ارتباطی، گروه آموزش پزشکی و نیز جمعی از دانشجویان دانشگاه، برنامه‌ی آموزشی «برقراری ارتباط با بیماران در شرایط خاص» را با هدف گنجانده شدن در برنامه آموزشی دانشکده، طراحی، اجرای آزمایشی و ارزشیابی نماید. در ادامه، شرح کاملتری از بیان مسئله ارائه می‌گردد.

سازمان جهانی بهداشت پنج خصلت را برای یک پزشک تمام‌عیار بر می‌شمارد: ارائه دادن خدمات مناسب بیماران، قابلیت تصمیم‌گیری صحیح در رابطه با اثربخشی و بهینه بودن خدمات ارائه‌شده، رهبری جامعه به سوی سلامت، مدیریت مناسب در نظام سلامت و نهایتاً توانمند بودن در زمینه برقراری ارتباط مناسب با بیماران و جامعه (۱). منظور از مهارت‌های ارتباطی یک پزشک، توانمندی‌هایی است که او را قادر می‌سازد تا اطلاعات مناسبی پیرامون بیماران خود جمع‌آوری نماید، تشخیص مناسبی از بیماری دهد، درمان مناسب را به بیماران آموزش داده و نهایتاً رابطه درمانی مناسبی با ایشان برقرار سازد. به همین جهت است که مهارت ارتباطی امروزه به عنوان یک مهارت بالینی اصلی در علم پزشکی به شمار می‌آید (۲). مطالعات متعدد، ضرورت آموزش مهارت‌های ارتباطی به پزشکان و دانشجویان پزشکی و نیز اثربخشی این آموزش‌ها را به اثبات رسانده‌اند (۳-۹).

در دانشگاه علوم پزشکی تهران، جمعی از اعضای هیئت‌علمی در سال ۱۳۸۵ اقدام به طراحی دوره آموزش مهارت‌های ارتباطی دوره پزشکی عمومی با

رویگرد فراگیر محور، مبتنی بر مسئله و بر مبنای راهنمای کالگری - کمبریج نمودند (۱۰). در سال ۱۳۸۷، دفتر توسعه دانشکده پزشکی اقدام به ارزشیابی دوره پزشکی عمومی در دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌نماید. در «گزارش ارزشیابی جامع دانشگاه علوم پزشکی تهران» که پس از پایان این ارزشیابی منتشر می‌شود (۱۱)، ارتقای توانمندی‌های ارتباطی دانشجویان به عنوان یکی از اولویت‌های دانشکده پزشکی ذکر می‌گردد. در سال ۱۳۸۸، سند «چشم‌انداز بازنگری بازنگری دوره پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران» تدوین می‌شود (۱۲). در این سند قید می‌شود که برنامه آموزشی دوره پزشکی عمومی دانشگاه می‌بایست به حوزه مهارت‌های ارتباط با بیمار توجه ویژه داشته باشد. در سال ۱۳۸۹، سند «توانمندی‌های دانش‌آموختگان دوره پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران» به تصویب کمیته برنامه‌ریزی دوره پزشکی عمومی دانشگاه می‌رسد (۱۳). این سند، ۱۴ توانمندی مورد انتظار از پزشکان عمومی فارغ‌التحصیل دانشگاه در حوزه مهارت‌های ارتباط با بیمار را معرفی می‌نماید. پس از تدوین این اسناد، برنامه‌ی آموزشی «تم طولی مهارت‌های ارتباطی» به تصویب کمیته برنامه‌ریزی دوره پزشکی عمومی دانشگاه می‌رسد (۱۴). این برنامه روند آموزش مهارت‌های ارتباطی به دانشجویان رشته‌ی پزشکی را به شکل ادغام‌یافته و در چهار فاز علوم پایه، مبانی طب بالینی، کارآموزی و کارورزی مشخص می‌نماید. در حال حاضر نیز آموزش مهارت‌های ارتباطی به دانشجویان رشته پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تهران بر مبنای همین برنامه پیگیری می‌گردد.

یکی از حوزه‌های مهارت‌های ارتباط با بیمار که در برنامه‌ی آموزشی «تم طولی مهارت‌های ارتباطی» دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز به فراگیری آن تأکید شده است، توانایی برقراری ارتباط مناسب با بیماران در «موقعیت‌های خاص» یا «شرایط دشوار» است. مجموعه موقعیت‌هایی که تحت عنوان «خاص» در برنامه فوق آن‌ها یاد شده است، گزیده‌ای از موقعیت‌هایی غیرمعمول هستند که در آن‌ها به علل مختلف، ارتباط برقرار کردن پزشک با بیمار سخت‌تر از شرایط عادی شده و به همین جهت، منجر به استیصال او می‌گردد (۱۵). Adams و همکاران، در یک تقسیم‌بندی جامع، عواملی را که می‌توانند مواجهه پزشک و بیمار را تبدیل به یک مواجهه دشوار نمایند به سه گروه اصلی تقسیم می‌کنند: (الف) عوامل مربوط به بیمار؛ نظیر وضعیت درمانی (شکایات خاص، بیماری مزمن یا صعب‌العلاج و ...)، وضعیت اجتماعی (اعتیاد، بی‌خانمانی، بی‌سوادی، هم‌زبان نبودن با پزشک، تفاوت‌های فرهنگی با پزشک، عوامل مرتبط با خانواده بیمار و ...)، توانایی در به کارگیری مهارت‌های ارتباطی، احساسات حاکم بر بیمار (خشونت، اضطراب، ناامیدی و ...) و برخی ویژگی‌ها یا اختلالات شخصیتی؛ (ب) عوامل مربوط به پزشک؛ نظیر جدی بودن بیش از حد در برخورد با بیماران، عصبانی بودن، طلبکار بودن، گوش نکردن به بیمار، بی‌اهمیتی به بیمار، ناآشنایی به نظام درمانی و (ج) عوامل مربوط به محیط یا موقعیت؛ نظیر نبود منابع لازم، شلوغ بودن بیش از حد محیط (مثل حضور چندین بیمار در اتاق پزشک)، لزوم انتقال خبر بد و ناگوار به بیمار و ... (۱۶).

تعریف مواجهه دشوار پزشک و بیمار هر چه که باشد، باید برای آن چاره‌ای اندیشید چرا که نامطلوب دانسته شدن یک بیمار از سوی پزشک درمانگر خود می‌تواند نتایج فاجعه‌باری را به دنبال داشته باشد (۱۷). شواهد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های ارتباطی در موقعیت‌های خاص منجر به ارتقای عملکرد پزشکان و حتی دانشجویان شده است (۱۸-۲۲). به همین دلیل، در برنامه «تم طولی مهارت‌های ارتباطی» دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران به لزوم آموزش



این مهارت‌ها اشاره شده است. این برنامه، توانایی دانشجوی برای برقراری ارتباط مستقل با بیمار در موقعیت‌های خاص سطح اول (مسائل حساس، اختلاف زبان، تفاوت فرهنگی و ...)، شناسایی موقعیت‌های خاص سطح دوم و کمک گرفتن از سطوح بالاتر برای حل مشکلات در این موقعیت‌ها (بیمار عصبانی، دادن خبر بد، بیمار افسرده و ...)، به عنوان اهداف یادگیری مهارت‌های ارتباطی در دوره کارآموزی ذکر می‌کند. توانایی برقراری ارتباط با بیماران در هر دو سطح موقعیت‌های خاص نیز به عنوان یکی از اهداف یادگیری این مهارت‌ها در دوره کارورزی ذکر شده است.

در زمان تصویب «تم طولی مهارت‌های ارتباطی»، مقرر می‌شود تا علاوه بر برنامه آموزشی «مهارت‌های پایه برقراری ارتباط با بیمار»، یک برنامه آموزشی مستقل نیز برای «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص» در دانشکده پزشکی طراحی شود. تا پیش از انجام این مطالعه، آموزش «مهارت‌های ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص» در قالب دو جلسه سخنرانی (مجموعاً ۴ ساعت) و هم‌زمان با برنامه آموزشی «مهارت‌های پایه ارتباط با بیمار» به دانشجویان ارائه شده؛ اما برنامه اختصاصی برای آموزش این مهارت‌ها در دانشکده وجود نداشته است. محتوای ارائه شده در این دو جلسه، خلاصه‌ای از رویکردهای ارائه خبر بد به بیمار، برخورد با بیمار عصبانی و برقراری ارتباط با بیمار غیرهم‌زبان بوده است.

با توجه به اهمیت آموزش دانشجویان رشته پزشکی در حوزه مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص و نیاز دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران به یک برنامه آموزشی اختصاصی و کاملتر در این حوزه، مطالعه‌ی حاضر با هدف طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه آموزشی «مهارت‌های ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص» در این دانشکده انجام گرفته است.

مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر رفرنس):

{توجه: فهرست منابع برای شواهد خارجی در انتهای پاسخ سؤال ۱۱ و پس از ذکر مرور متون داخلی آورده شده است.}

سازمان جهانی بهداشت

پنج خصلت را برای یک پزشک تمام‌عیار برمی‌شمارد: ارائه دادن خدمت مناسب بیماران، قابلیت تصمیم‌گیری صحیح در رابطه با اثربخشی و بهینه بودن خدمات ارائه‌شده، رهبری جامعه به سوی سلامت، مدیریت مناسب در نظام سلامت و نهایتاً توانمند بودن در زمینه برقراری ارتباط مناسب با بیماران و جامعه (۱).

مهارت ارتباطی مجموعه‌ای از توانایی‌هاست که به فرد کمک می‌کند تا با اتخاذ رفتار آگاهانه و قابل پذیرش از نظر سایرین، ارتباطات عاطفی با سایر افراد جامعه شکل داده و بر اساس آن ارتباطات با ایشان تعامل نماید (۲۳). سازمان جهانی بهداشت، با نگاهی مبتنی بر آموزش پزشکی، تعریف دیگری از مهارت‌های ارتباطی ارائه می‌دهد: مهارت ارتباطی، یک فرآیند تعاملی [بین افراد] است که در آن پیامها از راه احساسات، تجربیات و ادراکات غریب و منتقل می‌شود (۲۴). می‌توان این تعریف را در حوزه کار بالینی پزشکان اختصاصی‌تر هم بیان نمود. مهارت‌های ارتباطی یک پزشک شامل توانمندی‌هایی است که او را قادر می‌سازد تا اطلاعات مورد نیاز از بیماران خود را جمع‌آوری نماید، تشخیص مناسبی دهد، درمان مناسب را به بیمارانش آموزش دهد و نهایتاً رابطه درمانی مناسبی را با ایشان شکل دهد. به همین جهت است که مهارت ارتباطی امروزه به عنوان یک مهارت بالینی اصلی در علم پزشکی به شمار می‌آید (۲). مطالعات نشان می‌دهد مهارت ارتباطی مناسب پزشکان و سایر

ارائه‌دهندگان خدمت می‌تواند تعهد به درمان را در بیماران افزایش دهد(۲۳)، بروز افسردگی و نگرانی را در بیماران کاهش داده(۲۵-۲۷)، منجر به کاهش استفاده بیش از حد از خدمات پزشکی شود(۲۸) و ارتقای شاخص‌های سلامت جسمانی و فیزیولوژیک بیماران را در پی داشته باشد(۲۹). علی‌رغم شفاف بودن اهمیت ارتقای روابط پزشک و بیمار برای دستیابی به اهداف فوق، تا سال ۱۹۹۹ میلادی مدل مورد توافق در رابطه با نحوه شکل‌گیری این ارتباط وجود نداشت(۳۰). مطالعات مختلف سعی می‌کردند تا هر یک، جنبه‌های گوناگونی از این ارتباط را مورد بررسی قرار دهند. حتی در مطالعه‌های بیماران به جای پزشکان آموزش‌های مهارت ارتباطی را دریافت کردند و پس از آن ثابت شد آموزش‌های دریافت‌شده، مشارکت ایشان در فرایندهای درمانی را افزایش داده است(۳۱). با این حال، نهایتاً در سال ۲۰۰۲ و در کنفرانس کالامازو، توافق نظری در رابطه با مدل ارتباطی مناسب پزشک و بیمار به دست آمد(۳۲).

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مهارت ارتباطی دانشجویان پزشکی در طی گذراندن سال‌های بالینی کاهش می‌یابد(۳۳) و ضمناً در بسیاری از دانشکده‌های پزشکی، دانشجویان پزشکی آموزش کافی در حوزه مهارت‌های ارتباط با بیمار دریافت نمی‌کنند(۳۴). اگرچه در برخی مطالعات نظیر مطالعه مروری Fong و همکاران، صراحتاً بیان می‌شود که صرفاً ارتقا دادن مهارت‌های ارتباطی پزشکان و تغییر ندادن سایر شرایط دخیل در ارتباط پزشک و بیمار، برای رفع تمامی چالش‌های این ارتباط کافی نیست(۳۵)؛ اما شواهد زیادی وجود دارد که لزوم آموزش مهارت‌های ارتباطی به پزشکان را به عنوان گامی مؤثر در مسیر تحقق ارتباط ایده‌آل بین پزشک و بیمار تأیید می‌نماید(۳۵). در حقیقت، پزشکان می‌توانند اصول مهارت‌های ارتباطی لازم برای شکل‌گیری یک رابطه پزشک و بیمار مناسب را یاد بگیرند، آن را تمرین کنند و در عادت‌های ارتباطی خود تغییر ایجاد نمایند؛ البته به شرط آنکه انگیزه لازم برای چنین کاری را داشته باشند(۳۶). با توجه به آنکه مهارت ارتباطی قبل و بعد از آموزش قابل سنجش است و ابزارهای متنوعی هم برای آن موجود است(۳۰)، در طی سالیان گذشته، به آموزش مهارت‌های ارتباطی به پزشکان و ارزیابی اثربخشی آن آموزش‌ها توجه زیادی در مطالعات شده است(۳۷). بخش عمده‌ای از مطالعات فوق که عمدتاً از مداخلات تصادفی شده بهره جسته و ارتقای مهارت‌های ارتباطی در فراگیران بعد از آموزش را اثبات کرده‌اند، بر روی دانشجویان رشته پزشکی انجام گرفته است(۳-۹). شواهد همچنین نشان می‌دهد که آموزش مهارت ارتباطی به دانشجویان پزشکی نه تنها تسلط ایشان بر آن توانمندی‌ها را افزایش می‌دهد بلکه به شکل غیرمستقیم منجر به ارتقا توانمندی‌های دیگری چون توانایی مدیریت و سازماندهی زمان، ارزیابی بیماران، مذاکره و تصمیم‌گیری مشترک در تعامل با سایر اعضای کادر درمان می‌شود(۳۸).

American Academic Medical Council (AAMC) هدف از آموزش مهارت‌های ارتباطی به دانشجویان پزشکی را شامل موارد زیر می‌داند: ارتقای توانایی ایشان در اخذ شرح حال پزشکی بیماران؛ برقراری ارتباط مؤثر با بیماران، خانواده آنها؛ برقراری ارتباط مناسب با سایر اعضای کادر درمان؛ ارتقای دانش بالینی پزشکان؛ ارتقای دانش پزشکان درباره اهمیت عوامل غیر غیروزیستی سلامت (نظیر شرایط نامناسب وضعیت سلامتی، اقتصادی، روان‌شناختی عوامل سرشتی که مانع بهبودی و ادامه ناخوشی بیمار می‌شود)؛ توانمندسازی پزشکان در درمان دلسوزانه بیماران و بزرگداشت شأن و مقام ایشان(۳۹). برای آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار به دانشجویان پزشکی، برنامه‌های آموزشی گوناگونی طراحی



شده که از جمله جامع‌ترین مثال‌های آن می‌توان به مدل پیشنه‌های دانشگاه ماستریخت (۴۰) و نیز مدل پیشنه‌های دانشگاه کالگری (۴۱) اشاره کرد. از سوی دیگر، طراحی و اجرای دوره‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی به دانشجویان با چالش‌هایی اجرایی نیز رو به رو بوده است. Deveugele و همکاران در مطالعه‌ی خود که در دانشگاه Ghent بلژیک انجام شده است، مواردی چون حجم کاری زیاد تحمیلی به اعضای هیئت علمی جهت طراحی دوره، انتخاب و آموزش بیماران استاندارد شده به منظور شرکت کردن در دوره‌های آموزشی دانشجویان و انتخاب مدرسان دوره‌های آموزشی مهارت‌های ارتباطی را از جمله چالش‌های خود دانسته‌اند (۳۷).

موقعیت‌های «خاص» یا «دشوار» در ارتباط پزشکی و بیمار، گزیده‌ای از موقعیت‌هایی غیرمعمول هستند که در آن به علل مختلف، ارتباط برقرار کردن پزشک با بیمار سخت‌تر از شرایط عادی و مورد انتظار پزشک شده و به همین جهت، منجر به استیصال او می‌گردد (۱۵). چنین موقعیت‌هایی که حدود ۱۵ الی ۳۰ درصد از برخوردهای پزشکان و بیماران را تشکیل می‌دهند (۴۴، ۴۵)، اغلب در مطالعات تحت عنوان «مواجهه با بیمار دشوار» (difficult patient) یا عبارات دیگری چون (problem patients و Hateful patients, heartsink patients, frustrating patients) شناخته می‌شوند. البته به علت بار معنایی منفی این عبارات برای بیماران، در متون جدیدتر سعی می‌شود تا از عبارات دیگری چون مواجهات دشوار (Difficult encounters) یا مکالمات دشوار (Difficult conversations) برای توصیف چنین موقعیت‌هایی استفاده شود (۱۵). حتی برخی مطالعات که در سال‌های اخیر کماکان از عباراتی چون «بیمار دشوار» بهره گرفته‌اند، اذعان دارند که دشوار شدن ارتباط پزشک با بیمار علل زمینه‌ای متفاوتی داشته و در بسیاری از موارد، بیماران هیچ نقشی در بروز این دشواری ندارند (۴۶). مطالعات انجام‌شده در سال‌های اخیر تلاش داشته‌اند تا هر یک به نحوی این مواجهات دشوار را توصیف و دسته‌بندی نمایند. به عنوان مثال Hahn در مطالعه خود، بیماران دشوار را افرادی توصیف می‌کند که شیوع مشکلات روانی و شخصیتی در آن‌ها بیشتر از بیماران عادی است و با احتمالی بیشتر از سایر بیماران، از علائم متعدد جسمی شکایت دارند (۴۵). برخی مطالعات دیگر آن‌ها را بیمارانی می‌داند که وضعیت درمانی مشکلات جسمانی ایشان چالش‌برانگیز است، به بیماری‌های مزمن با احتمال درمان کم مبتلا هستند، حمایت اجتماعی‌شان ناکافی است، اختلالات روان‌شناسی دارند و در برقراری ارتباطات بین‌فردی با مشکل مواجهند (۴۷-۴۹). گاه چنین بیمارانی را فاقد کنترل کافی بر رفتار خود (۵۰) و گاه نامطلوب (۱۷) می‌خوانند. علی‌رغم موارد ذکر شده که بیشتر نقش بیمار را در دشوار شدن مواجهه پزشک و بیمار پررنگ می‌دانند، گاه برخی ویژگی‌های پزشک معالج (مثل خصوصیات شخصیتی، احساسات، سطح مهارت و ...) و یا ویژگی‌های محیطی که پزشک و بیمار در آن با هم تعامل دارند نیز به عنوان عوامل زمینه‌ساز دیگر برای دشوار شدن مواجهات پزشک و بیمار ذکر می‌شود (۳۵، ۵۱-۵۳). بر همین مینا، Adams و همکاران، در یک تقسیم‌بندی جامع، عواملی را که می‌توانند مواجهه پزشک و بیمار را تبدیل به یک مواجهه دشوار نمایند به سه گروه اصلی تقسیم می‌کنند: (الف) عوامل مربوط به بیمار؛ نظیر وضعیت درمانی (شکایات خاص، بیماری مزمن یا صعب‌العلاج و ...)، وضعیت اجتماعی (اعتیاد، بی‌خانمانی، بی‌سوادی، هم‌زبان نبودن با پزشک، تفاوت‌های فرهنگی با پزشک، عوامل مرتبط با خانواده بیمار و ...)، توانایی در به کارگیری مهارت‌های ارتباطی، احساسات حاکم بر بیمار (خشونت، اضطراب، ناامیدی و ...) و برخی ویژگی‌ها یا اختلالات شخصیتی؛ (ب) عوامل

مربوط به پزشک؛ نظیر جدی بودن بیش از حد در برخورد با بیماران، عصبانی بودن، طلبکار بودن، گوش نکردن به بیمار، بی‌اهمیتی به بیمار، ناآشنایی به نظام درمانی و (چ) عوامل مربوط به محیط یا موقعیت؛ نظیر نبود منابع لازم، شلوغ بودن بیش از حد محیط (مثل حضور چندین بیمار در اتاق پزشک)، لزوم انتقال خبر بد و ناگوار به بیمار و ... (۱۶).

تعریف مواجهه دشوار بیمار و پزشک هر چه که باشد، باید برای آن چاره‌ای اندیشید؛ چرا که به طور قطع، نامطلوب دانسته شدن یک بیمار از سوی پزشک درمانگر خود می‌تواند نتایج فاجعه‌باری را به دنبال داشته باشد (۱۷). به عنوان مثال، نداشتن مهارت مناسب برای انتقال خبر بد به بیمار، می‌تواند منجر به اثرات نامطلوب بر کیفیت درمان بیماران و پایبندی آن‌ها به فرایند درمان شود (۵۴-۵۶). پزشکان از سرزنش شدن در چنین موقعیت‌هایی، از اینکه ندانند چه باید بگویند و از اینکه با موقعیت‌های احساسی روبه‌رو شوند که توان مدیریت آن‌ها را ندارند، واهمه دارند (۵۷). در مثالی دیگر، تفاوت‌های فرهنگی بین پزشک و بیمار، حتی وقتی اختلاف ناشی از وضعیت اجتماعی-اقتصادی در نظر گرفته نشود، می‌تواند مانعی برای رابطه اثربخش پزشک و بیمار باشد (۵۸-۶۱). علت آن است که بیماران با فرهنگ‌های مختلف باورهای مختلفی درباره مفاهیمی چون سلامت، درمان و حتی ارتباط مناسب دارند (۶۲، ۶۳).

مسلماً آنچه که مواجهه پزشک و بیمار را نامطلوب و دشوار می‌سازد، مجموعه‌ای از عوامل است که قادر به حذف بسیاری از آن‌ها نیستیم؛ اما می‌شود با پیش‌بینی مناسب، آن‌ها را مدیریت نمود (۱۶). این هدف جز با توجه به هر دو طیف رویکردهای بیمارمحور و پزشک‌محور محقق نمی‌شود (۶۴). شواهد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص و دشوار منجر به یادگیری و بهبود عملکرد ارائه‌دهندگان خدمت و حتی دانشجویان شده است. به عنوان مثال، Lamiani و همکاران در مطالعه‌ای ۱۵ نفر از ارائه‌دهندگان خدمت در ایتالیا در رشته‌های مختلف (از جمله پزشکان) را گرد هم آورده و در کارگاه‌هایی نحوه ارائه مناسب خبر بد به بیماران را به ایشان آموزش دادند. ارزیابی‌های ایشان حاکی از آن بود که مهارت‌های این گروه پس از شرکت در دوره به شکل معناداری افزایش یافته بود. شرکت‌کنندگان ویژگی‌های ارزشمند این دوره را مبتنی بودن آن بر بازخوردهای گروهی، حضور بیمارنمایان و به طور کلی سبک برگزاری عملی و فعال آن دانستند (۲۰). در مطالعه دیگری Marken و همکاران در دانشگاه میسوری کانادا، مهارت‌های برقراری ارتباط با بیماران در موقعیت‌های خاص را به گروهی از دانشجویان رشته‌های مختلف اعم از پزشکی، پرستاری و فارماکولوژی آموزش داده است. در این دوره آموزشی از تلفیق بخش‌های استادمحور (مانند سخنرانی) و فراگیرمحور (مانند کار گروهی، شبیه‌سازی با بیمارنما و ...) استفاده شده بود. نتایج این مطالعه حاکی از وقوع یادگیری در این گروه از دانشجویان و اثربخشی هر چه بیشتر روش‌های مشارکتی و یادگیری فعال برای آموختن چنین مهارت‌هایی بوده است (۲۱). Pomm و همکارانش در مطالعه خود ضمن آموزش‌پذیر بر شمردن مهارت‌های ارتباطی لازم برای مدیریت بیماران دشوار، مدل پیشنهادی خود به نام «CALMER» را برای این کار پیشنهاد می‌دهند (۶۵). Rosenbaum نیز در مقاله مروری خود ضمن بر شمردن مداخلات متنوعی که برای آموزش دستیاران و دانشجویان پزشکی در مورد نحوه ارائه خبر بد به بیماران انجام گرفته است، ذکر می‌کند که تقریباً تمام این مداخلات منجر به بهبود عملکرد فراگیران گشته‌اند (۲۲). لازم به ذکر است مداخلاتی که برای آموزش مهارت‌های ارتباطی از جمله مهارت‌های ارتباطی در موقعیت‌های سخت



به دانشجویان رشته پزشکی انجام می‌شوند، زمانی بیشترین اثربخشی را دارند که در زودترین زمان ممکن در کوریکولوم شروع شده و سپس تکرار گردند (۱۹).
با توجه به آن چه گفته شد، مطالعه‌ی حاضر به توصیف فرایند طراحی، اجرا و ارزشیابی یک برنامه درسی برای آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص به دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌پردازد. در پیش‌برد این مطالعه، از ده سؤال پیشنهاد شده توسط Harden و همکاران (۷۲) استفاده شده است. کارگاه‌های برنامه نیز بر مبنای مدل طراحی آموزشی Gagne و همکاران صورت گرفته است (۷۳).

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

در ایران نیز تلاش‌های متعددی جهت نیازسنجی، طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های آموزشی مهارت ارتباطی برای دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی صورت گرفته است که از جمله آن موارد می‌توان به مطالعه عنبري و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی اراک (۴۲) و مطالعه عطاری مقدم و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی زنجان (۴۳) اشاره داشت. این مطالعات ارتقای توانمندی‌های ارتباطی دانشجویان هدف پس از دریافت آموزش‌ها را نشان داده است. در دانشگاه علوم پزشکی تهران، جمعی از اعضای هیئت علمی در سال ۱۳۸۵ اقدام به طراحی دوره آموزش مهارت‌های ارتباطی دوره پزشکی عمومی با رویکرد فراگیرمحور، مبتنی بر مسئله و بر مبنای راهنمای کالگری - کمبریج نمودند (۱۰). در سال ۱۳۸۷، دفتر توسعه دانشکده پزشکی اقدام به ارزشیابی دوره پزشکی عمومی در دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌نماید. در «گزارش ارزشیابی جامع دانشگاه علوم پزشکی تهران» که پس از پایان این ارزشیابی منتشر می‌شود (۱۱)، ارتقای توانمندی‌های ارتباطی دانشجویان به عنوان یکی از اولویت‌های دانشکده پزشکی ذکر می‌گردد. در سال ۱۳۸۸، سند «چشم‌انداز بازنگري بازنگري دوره پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران» تدوین می‌شود (۱۲). در این سند قید می‌شود که برنامه آموزشی دوره پزشکی عمومی دانشگاه می‌بایست به حوزه مهارت‌های ارتباط با بیمار توجه ویژه داشته باشد. در سال ۱۳۸۹، سند «توانمندی‌های دانش‌آموختگان دوره پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران» به تصویب کمیته برنامه‌ریزی دوره پزشکی عمومی دانشگاه می‌رسد (۱۳). این سند، ۱۴ توانمندی مورد انتظار از پزشکان عمومی فارغ‌التحصیل دانشگاه در حوزه مهارت‌های ارتباط با بیمار را معرفی می‌نماید. پس از تدوین این اسناد، برنامه‌ی آموزشی «تم طولی مهارت‌های ارتباطی» به تصویب کمیته برنامه‌ریزی دوره پزشکی عمومی دانشگاه می‌رسد (۱۴). این برنامه روند آموزش مهارت‌های ارتباطی به دانشجویان رشته‌ی پزشکی را به شکل ادغام یافته و در چهار فاز علوم پایه، مبانی طب بالینی، کارآموزی و کارورزی مشخص می‌نماید. در حال حاضر نیز آموزش مهارت‌های ارتباطی به دانشجویان رشته پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تهران بر مبنای همین برنامه پیگیری می‌گردد.

یکی از حوزه‌های مهارت‌های ارتباط با بیمار که در برنامه‌ی آموزشی «تم طولی مهارت‌های ارتباطی» دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران بر فراگیری آن تأکید شده است، توانایی برقراری ارتباط مناسب با بیماران در «موقعیت‌های خاص» یا «شرایط دشوار» است. در این برنامه، توانایی دانشجو برای برقراری ارتباط مستقل با بیمار در موقعیت‌های خاص سطح اول (مسائل حساس،



اختلاف زبان، تفاوت فرهنگی و ...، شناسایی موقعیت‌های خاص سطح دوم (بیمار عصبانی، دادن خبر بد، بیمار افسرده و ...) و کمک گرفتن از سطوح بالاتر برای حل مشکلات در این موقعیت‌ها، به عنوان یکی از اهداف آموزش مهارت‌های ارتباطی در دوره کارآموزی آمده است. توانایی برقراری ارتباط با بیماران در هر دو سطح موقعیت‌های خاص نیز به عنوان یکی از اهداف آموزش این مهارت‌ها در دوره کارورزی قید گردیده است.

همانطور که گفته شد، در برنامه آموزشی «تم طولی مهارت‌های ارتباطی» که هم‌اکنون فازهای مختلف آن در دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرایی می‌گردد، توانمندی‌های مختلفی برای دانشجویان به عنوان هدف در نظر گرفته شده است که یکی از آن‌ها توانایی برقراری مهارت ارتباطی در موقعیت‌های خاص است. این مهارت‌ها در حال حاضر در مقطع کارآموزی در طی ۲ جلسه (۴ ساعت) سخنرانی تعاملی که در ضمن بلوک آموزش مهارت‌های ارتباطی این مقطع برگزار می‌شود، به دانشجویان رشته پزشکی آموزش داده می‌شود. این در حالی است که به استفاده صرف از روش‌های استادمحوری چون سخنرانی در آموزش مهارت‌های ارتباطی متعددی در مطالعات وارد شده است. به طور کلی، دو گروه از روش‌ها برای آموزش مهارت‌های ارتباطی وجود دارد. اول روش‌های سنتی که مبتنی بر آموزش دادن اصول و مهارت‌ها به دانشجو توسط مدرس بوده و پس از آن دانشجو می‌بایست سعی کند آموخته‌های خود را در محیط واقعی به کار گیرد، بدون آنکه بازخوردی از عملکرد خوب یا بد خود دریافت دارد. دوم روش‌های آموزش فعال یا عملی که در آن دانشجو پس از دریافت آموزش‌های لازم در محیط‌های واقعی یا شبیه‌سازی شده آموخته‌های خود را اجرا کرده و از مدرسین خود بازخورد دریافت می‌کند (۳۰). مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که میزان و پایداری یادگیری فراگیران در روش‌های فعال به مراتب بیشتر از روش‌های سنتی است (۱۸، ۶۶، ۶۷). علی‌رغم تأکیدی که در شواهد موجود بر اثرات مثبت کوتاه‌مدت آموزش مهارت‌های ارتباطی به فراگیران علوم پزشکی وجود دارد، مطالعاتی که در طول زمان انجام شده‌اند، نتایج مختلفی را نشان می‌دهند. برخی از پایدار بودن آموزش‌ها در طول زمان حکایت کرده (۱۸) و سهم بیشتری از شواهد به کاهش تدریجی مهارت‌های ارتباطی کسب‌شده در فراگیران آموزش‌دیده اشاره دارند (۶۸-۷۰). Holm در مطالعه مقطعی خود نشان داده است که یکی از دلایلی که می‌تواند منجر به کاهش مهارت‌های ارتباطی آموزش‌داده شده به دانشجویان در گذر زمان شود، استفاده از روش‌های سنتی مانند سخنرانی به جای روش‌های مبتنی بر مسئله است (۷۱). مطالعاتی هم که اختصاصاً مداخلاتی برای آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص طراحی و اجرا کرده‌اند، تأکید فراوانی بر اثربخشی روش‌های یادگیری فعال، بازخوردهای گروهی، استفاده از بیمارنا و روش‌های شبیه‌سازی و ... داشته‌اند (۲۰-۲۲).

منابع:

1. Boelen C. Medical education reform: the need for global action. *Academic Medicine*. 1992;67(11):745-9.
2. Silverman J KS, Draper J. Skills for communicating with patients. 1998.
3. Campbell E, Weeks C, Walsh R, Sanson-Fisher R. Training medical students in HIV/AIDS test counselling: results of a randomized trial. *Med Educ*. 1996;30(2):134-41.
4. Evans BJ, Coman GJ, Goss B. Consulting skills training and medical



- students' interviewing efficiency. *Med Educ.* 1996;30(2):121-8.
5. Evans BJ, Stanley RO, Mestrovic R, Rose L. Effects of communication skills training on students' diagnostic efficiency. *Med Educ.* 1991;25(6):517-26.
 6. Maguire GP, Clarke D, Jolley B. An experimental comparison of three courses in history-taking skills for medical students. *Medical Education.* 1977;11(3):175-82.
 7. Maguire P, Roe P, Goldberg D, Jones S, Hyde C, O'Dowd T. The value of feedback in teaching interviewing skills to medical students. *Psychological medicine.* 1978;8(4):695-704.
 8. Quirk M, Babineau RA. Teaching interviewing skills to students in clinical years: a comparative analysis of three strategies. *Journal of medical education.* 1982;57(12):939-41.
 9. Rutter DR, Maguire GP. History-taking for medical students. II-Evaluation of a training programme. *Lancet.* 1976;2(7985):558-60.
 10. Jafari S, Mirzazadeh A, Emadi H, Shahi F, Sharifi V, Darmohammadi T, et al. Curriculum development on Communication Skills Training (CST) in Undergraduate Medical Education program of School of Medicine, TUMS 2006.
 11. Comprehensive Evaluation of TUMS MD program. Tehran University of Medical Sciences, Educational Development Office, 2008.
 12. TUMS MD Program Vision Statement. Tehran University of Medical Sciences: Tehran University of Medical Sciences, Educational Development Office, 2009.
 13. Mirzazadeh A, Mortaz Hejri S, Jalili M, Asghari F, Labaf A, Sedaghat Siyahkal M, et al. Defining a competency framework: the first step toward competency-based medical education. *Acta medica Iranica.* 2014;52(9):710-6.
 14. Curriculum of doctor-patient communication skills longitudinal theme at TUMS. Tehran University of Medical Sciences: Tehran University of Medical Sciences, 2009.
 15. De Marco MA, Nogueira-Martins LA, Yazigi L. Difficult patients or difficult encounters? *QJM : monthly journal of the Association of Physicians.* 2005;98(7):542-3.
 16. Adams J, Murray R, 3rd. The general approach to the difficult patient. *Emergency medicine clinics of North America.* 1998;16(4):689-700, v.
 17. Papper S. The undesirable patient. *Journal of Chronic Diseases.* 22(12):777-9.
 18. Klamen DL, Williams RG. The effect of medical education on students' patient-satisfaction ratings. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges.* 1997;72(1):57-61.
 19. Kurtz SM, Silverman J, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine: Radcliffe Pub.;* 2005.
 20. Lamiani G, Meyer EC, Leone D, Vegni E, Browning DM, Rider EA, et al. Cross-cultural adaptation of an innovative approach to learning about difficult conversations in healthcare. *Medical teacher.* 2011;33(2):e57-64.
 21. Marken PA, Zimmerman C, Kennedy C, Schremmer R, Smith KV. Human simulators and standardized patients to teach difficult conversations to interprofessional health care teams. *American journal of pharmaceutical education.* 2010;74(7):120.
 22. Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching medical students



- and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2004;79(2):107-17.
23. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ (Clinical research ed)*. 2002;325(7366):697-700.
 24. WHO. Doctor patient interaction and communication. 1993.
 25. Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Archives of internal medicine*. 1995;155(17):1877-84.
 26. Parle M, Jones B, Maguire P. Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients. *Psychological medicine*. 1996;26(4):735-44.
 27. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*. 1996;347(9003):724-8.
 28. Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*. 2011;24(3):229-39.
 29. Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer prevention & control : CPC = Prevention & controle en cancerologie : PCC*. 1999;3(1):25-30.
 30. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Medical teacher*. 1999;21(6):563-70.
 31. Cegala DJ, McClure L, Marinelli TM, Post DM. The effects of communication skills training on patients' participation during medical interviews. *Patient education and counseling*. 2000;41(2):209-22.
 32. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N, et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2004;79(6):495-507.
 33. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ*. 2002;36(6):568-74.
 34. Silverman J. Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? *Patient education and counseling*. 2009;76(3):361-7.
 35. Ha JF, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal*. 2010;10(1):38-43.
 36. Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK. Enhancing physician-patient communication. *Hematology / the Education Program of the American Society of Hematology American Society of Hematology Education Program*. 2002:464-83.
 37. Deveugele M, Derese A, De Maesschalck S, Willems S, Van Driel M, De Maeseneer J. Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? *Patient education and counseling*. 2005;58(3):265-70.
 38. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, et al. Effect of communications training on medical student performance. *Jama*. 2003;290(9):1157-65.
 39. Colleges BAAoAM. *Contemporary Issues in Medicine: Communica-*



- tion Medicine (Report III of the Medical School Objectives Project). 1999.
40. van Dalen J, Zuidweg J, Collet J. The curriculum of communication skills teaching at Maastricht Medical School. *Med Educ.* 1989;23(1):55-61.
 41. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary—Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Medical Education.* 1996;30(2):83-9.
 42. Anbari Z, Godarzi D, Siros A, Mahdian F. Design , Implementation & Evaluation of an Educational Program on Improving the Communication Skills with Patient based on WHO in Interns. *Iranian Journal of Medical Education.* 2012;12(5):308-16.
 43. Attari Moghadam J, Mokhlespour S, Valizadeh M, Momtazi S, Sharifi F, Ghodrati S, et al. Teaching "Doctor-Patient Relationship" to the Medical Student: Assessment of Knowledge and Satisfaction. *Journal of Medical Education Development.* 2010;3(4):26-33.
 44. An PG, Rabatin JS, Manwell LB, Linzer M, Brown RL, Schwartz MD. Burden of difficult encounters in primary care: data from the minimizing error, maximizing outcomes study. *Archives of internal medicine.* 2009;169(4):410-4.
 45. Hahn SR. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. *Annals of internal medicine.* 2001;134(9 Pt 2):897-904.
 46. Steinmetz D, Tabenkin H. The 'difficult patient' as perceived by family physicians. *Family practice.* 2001;18(5):495-500.
 47. Klein D, Najman J, Kohrman AF, Munro C. Patient characteristics that elicit negative responses from family physicians. *The Journal of family practice.* 1982;14(5):881-8.
 48. John C, Schwenk TL, Roi LD, Cohen M. Medical care and demographic characteristics of 'difficult' patients. *The Journal of family practice.* 1987;24(6):607-10.
 49. Shochet BR. The difficult patient in the general hospital. *American family physician.* 1973;7(3):95-9.
 50. Melling P. How to cope with the manipulative patient. *An opinion. Australian family physician.* 1983;12(10):725-8.
 51. Cannarella Lorenzetti R, Jacques CH, Donovan C, Cottrell S, Buck J. Managing difficult encounters: understanding physician, patient, and situational factors. *American family physician.* 2013;87(6):419-25.
 52. Lindquist LA, Go L, Fleisher J, Jain N, Friesema E, Baker DW. Relationship of health literacy to intentional and unintentional non-adherence of hospital discharge medications. *Journal of general internal medicine.* 2012;27(2):173-8.
 53. Smith S. Dealing with the difficult patient. *Postgraduate medical journal.* 1995;71(841):653-7.
 54. Meyer EC, Burns JP, Griffith JL, Truog RD. Parental perspectives on end-of-life care in the pediatric intensive care unit. *Critical care medicine.* 2002;30(1):226-31.
 55. Mack JW, Hilden JM, Watterson J, Moore C, Turner B, Grier HE, et al. Parent and physician perspectives on quality of care at the end of life in children with cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology.* 2005;23(36):9155-61.
 56. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie



- C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2005;171(9):987-94.
57. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal (Clinical research ed)*. 1984;288(6430):1597-9.
58. Murray-Garcia JL, Selby JV, Schmittiel J, Grumbach K, Quesenberry CP, Jr. Racial and ethnic differences in a patient survey: patients' values, ratings, and reports regarding physician primary care performance in a large health maintenance organization. *Medical care*. 2000;38(3):300-10.
59. Laveist TA, Nuru-Jeter A. Is doctor-patient race concordance associated with greater satisfaction with care? *Journal of health and social behavior*. 2002;43(3):296-306.
60. Saha S, Komaromy M, Koepsell TD, Bindman AB. Patient-physician racial concordance and the perceived quality and use of health care. *Archives of internal medicine*. 1999;159(9):997-1004.
61. Harmsen H, Meeuwesen L, van Wieringen J, Bernsen R, Bruijnzeels M. When cultures meet in general practice: intercultural differences between GPs and parents of child patients. *Patient education and counseling*. 2003;51(2):99-106.
62. Tomovic M, Wang S. *Product Realization: A Comprehensive Approach*; Springer; 2008.
63. Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*; University of California Press; 1981.
64. Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current opinion in oncology*. 2005;17(4):351-4.
65. Pomm HA, Shahady E, Pomm RM. The CALMER approach: Teaching learners six steps to serenity when dealing with difficult patients. *Family medicine*. 2004;36(7):467-9.
66. Evans BJ, Stanley RO, Burrows GD, Sweet B. Lectures and skills workshops as teaching formats in a history-taking skills course for medical students. *Med Educ*. 1989;23(4):364-70.
67. Maguire P. Can communication skills be taught? *British journal of hospital medicine*. 1990;43(3):215-6.
68. Craig JL. Retention of interviewing skills learned by first-year medical students: a longitudinal study. *Med Educ*. 1992;26(4):276-81.
69. Engler CM, Saltzman GA, Walker ML, Wolf FM. Medical student acquisition and retention of communication and interviewing skills. *Journal of medical education*. 1981;56(7):572-9.
70. Pfeiffer C, Madray H, Ardolino A, Willms J. The rise and fall of students' skill in obtaining a medical history. *Med Educ*. 1998;32(3):283-8.
71. Holm U, Aspegren K. Pedagogical methods and affect tolerance in medical students. *Med Educ*. 1999;33(1):14-8.
72. Harden RM. Ten questions to ask when planning a course or curriculum. *Medical Education*. 1986;20(4):356-65.
73. Gagne R, Wager W, Golas K, Keller JM. *Principles of Instructional Design*. 5th Edition ed; Wadsworth Publishing; 2014.
74. Harden RM, Sowden S, Dunn WR. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. *Med Educ*. 1984;18(4):284-97.
75. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. *Evaluating training programs : the*



four levels. 2006.

76. King A, Hoppe RB. "Best Practice" for Patient-Centered Communication: A Narrative Review. *Journal of Graduate Medical Education*. 2013;5(3):385-93.

77. Parsa M, Bagheri A, Larijani B. Telling bad news and its various aspects. *ijme*. 2011;4(6):1-14.

78. Rajasooriyar C, Kelly J, Sivakumar T, Navanesan G, Nadarasa S, Srisikandarajah MH, et al. Breaking Bad News in Ethnic Settings: Perspectives of Patients and Families in Northern Sri Lanka. *Journal of Global Oncology*. 2017;3(3):250-6.

79. Fujimori M, Akechi T, Akizuki N, Okamura M, Oba A, Sakano Y, et al. Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. *Psycho-oncology*. 2005;14(12):1043-51.

80. Jackson VA, Back AL. Teaching Communication Skills Using Role-Play: An Experience-Based Guide for Educators. *Journal of Palliative Medicine*. 2011;14(6):775-80.

81. Salam A, Siraj HH, Mohamad N, Das S, Rabeya Y. Bedside Teaching in Undergraduate Medical Education: Issues, Strategies, and New Models for Better Preparation of New Generation Doctors. *Iranian Journal of Medical Sciences*. 2011;36(1):1-6.

82. Hinkle LJ, Fettig LP, Carlos WG, Bosslet G. Twelve tips for just in time teaching of communication skills for difficult conversations in the clinical setting. *Medical teacher*. 2017;39(9):920-5.

83. Cömert M, Zill JM, Christalle E, Dirmaier J, Härter M, Scholl I. Assessing Communication Skills of Medical Students in Objective Structured Clinical Examinations (OSCE) - A Systematic Review of Rating Scales. *PLOS ONE*. 2016;11(3):e0152717.

84. Reio TG, Rocco TS, Smith DH, Chang E. A Critique of Kirkpatrick's Evaluation Model. *New Horizons in Adult Education and Human Resource Development*. 2017;29(2):35-53.

85. Phillips JJ. *Handbook of Training Evaluation and Measurement Methods*: Taylor & Francis; 2012.

86. Smidt A, Balandin S, Sigafos J, Reed VA. The Kirkpatrick model: A useful tool for evaluating training outcomes. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 2009;34(3):266-74.

87. Baldwin TT, Ford JK. TRANSFER OF TRAINING: A REVIEW AND DIRECTIONS FOR FUTURE RESEARCH. *Personnel Psychology*. 1988;41(1):63-105.

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

خلاصه:

مطالعه حاضر یک طرح اقدام پژوهی است که در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و با مشارکت گروه آموزشی مهارت‌های ارتباطی و گروه آموزش پزشکی انجام شده است. برای انجام این مطالعه، ابتدا «کمیته اجرایی» برنامه با مشارکت هشت دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی تهران (چهار نفر کارآموز رشته پزشکی، دو نفر کارورز رشته پزشکی، یک دانشجوی کارشناسی علوم آزمایشگاهی و یک دانشجوی کارشناسی پرستاری) تشکیل شد. این کمیته، مسئولیت اصلی



انجام مطالعه را برعهده گرفت. جمعی از اعضای هیئت علمی گروه آموزشی مهارت‌های ارتباطی، گروه آموزش پزشکی و برخی از گروه‌های آموزشی بالینی (مانند گروه بیماری‌های عفونی، گروه بیماری‌های داخلی و گروه بیماری‌های اطفال) نیز به عنوان «کمیته راهبری» طرح انتخاب شدند. این کمیته وظیفه تعیین چارچوب‌های انجام مطالعه، نظارت بر فعالیت‌های کمیته اجرایی و ارائه مشورت علمی به کمیته اجرایی را در طول مطالعه عهده‌دار شد.

فعالیت‌های انجام گرفته در این مطالعه را می‌توان در سه فاز اصلی طبقه‌بندی نمود: (۱) نیازسنجی آموزشی (سال ۱۳۹۴)، (۲) طراحی و توسعه برنامه آموزشی (سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶) و (۳) اجرای آزمایشی، ارزشیابی و نهایی‌سازی برنامه (سال ۱۳۹۶). فازهای اول و دوم در پاسخ به سؤال حاضر شرح داده می‌شود.

(فاز اول) نیازسنجی برنامه در قالب انجام مصاحبه تلفنی و برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز با جمعی از کاروزان، دستیاران و دانش‌آموختگان دانشکده پزشکی و نیز برگزاری جلسات پانل خبرگان با حضور اعضای هیئت علمی این دانشکده. در پایان این فاز، شش موضوع «ارائه خبر بد»، «بیمار عصبانی»، «بیمار اطفال»، «بیمار کم‌سواد»، «محدودیت زمانی» و «سد زبانی» به عنوان موضوعات اصلی برنامه انتخاب شد.

(فاز دوم) طراحی برنامه آموزشی و توسعه آن. در قالب این فاز برای هر یک از موضوعات فوق یک کارگاه آموزشی در دو نسخه دو و چهار ساعته، مبتنی بر رویکردهای آموزش فعال و آموزش در بخش‌های بالینی طراحی شد. در تمام کارگاه‌ها از روش‌هایی چون سخنرانی، کار گروهی، ایفای نقش و پخش کلیپ‌های ویدیویی محقق‌ساخته بهره گرفته شد. همچنین برای هر کارگاه یک سند راهنمای تدریس طراحی شد که محتوای کامل کارگاه، اسلایدهای آن و گام به گام فرایند برگزاری کارگاه را به شکل کاربردی برای اعضای هیئت علمی توضیح داده و ایشان می‌توانند با استناد به آن اسناد، کارگاه‌ها را مستقلاً برگزار نمایند.

چشم‌انداز غایی طراحی این برنامه، گنجانده شدن آن در برنامه آموزشی دانشجویان کارآموز رشته پزشکی و استفاده از ظرفیت بخش‌های بالینی برای برگزاری کارگاه‌ها بوده و در طراحی چارچوب برنامه نیز به این چشم‌انداز توجه ویژه شده است.

شرح کامل فرایند آماده‌سازی، تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق روش اجرا در زیر و به تفکیک فازهای طرح ذکر شده است.

الف) فاز اول: نیازسنجی آموزشی

هدف از انجام فاز نیازسنجی، تعیین اولویت‌دارترین مهارت‌های ارتباطی با بیمار در موقعیت‌های خاص بود که می‌بایست در محتوای آموزشی برنامه گنجانده می‌شد. برای این منظور، چهار فعالیت اصلی برنامه‌ریزی و اجرا شد:

یک جلسه بحث گروهی متمرکز^۱ با جمعی از کاروزان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و یک جلسه مشابه دیگر با حضور جمعی از دستیاران تخصصی که دوره تحصیل پزشکی عمومی خود را در دانشگاه علوم پزشکی تهران گذرانده بودند، برگزار شد. برای برگزاری این جلسات، ابتدا سه سؤال اصلی جهت پرسش از مدعوان تعیین گردید (جدول ۱). سپس، به گروهی از کاروزان و دستیاران که دوره پزشکی عمومی خود را در دانشگاه علوم پزشکی تهران گذرانده و به پیشنهاد کمیته اجرایی و تأیید کمیته راهبری، سوابق تحصیلی و توانمندی مباحثه گروهی قابل قبولی

1 Focus Group Discussion



داشتند، دعوتنامه الکترونیکی حضور در جلسات ارسال شد. از بین افراد مدعو، شش کارورز و شش دستیار در جلسات حضور یافتند.

جدول ۱: فهرست سؤالات مطرح شده در جلسات نیازسنجی

شماره	سؤالات مطرح شده از مدعوان در جلسات نیازسنجی
۱	چه مصادیقی از موقعیت‌های خاص (دشوار) برقراری ارتباط با بیمار می‌شناسید؟
۲	آموزش کدام موقعیت‌های خاص (دشوار) برقراری ارتباط با بیمار در دوره پزشکی عمومی ضروری تر است؟
۳	انتظارات شما از برنامه آموزشی برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص (دشوار) چیست؟

پیش از برگزاری جلسات، شرح مختصری از مطالعه و فهرست سؤالات در نظر گرفته شده برای مدعوان ارسال و ابهامات ایشان پاسخ داده شد.

با شش نفر از پزشکان عمومی فارغ‌التحصیل دانشگاه علوم پزشکی تهران که در دوره طرح خدمت پزشکی حضور داشتند، مصاحبه تلفنی انجام شد. مصاحبه‌های تلفنی به صورت ساختارمند و با استفاده از همان سؤالاتی صورت گرفت که در جلسات بحث متمرکز مطرح شده بود. دعوت از پزشکان عمومی به صورت تلفنی انجام شد و حداقل ۴۸ ساعت پیش از انجام مصاحبه، سؤالات مصاحبه در قالب پیامک در اختیار ایشان قرار گرفت.

برای بحث و تبادل نظر در مورد برون‌دادهای حاصل از مراحل قبل، دو جلسه پانل خبرگان با حضور اعضای کمیته راهبری و جمعی از اعضای هیئت علمی برخی گروه‌های بالینی تشکیل شد. در این جلسات، فهرستی از مهارت‌های ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص که از نظر ایشان می‌بایست به دانشجویان رشته پزشکی آموزش داده شود، استخراج و به ترتیب فراوانی ذکر شدن در جلسات مرتب‌سازی شد. همچنین انتظاراتی که افراد مصاحبه‌شونده از برنامه آموزشی «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص» داشتند نیز به کمیته راهبری ارائه گشت. بر مبنای این مستندات و پس از چندین نوبت اولویت‌بندی موقعیت‌های خاص ارتباطی و بحث و تبادل نظر در جلسات پانل خبرگان، نهایتاً فهرست شش‌تایی از مهارت‌های ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص استخراج و به عنوان موضوعات ۱ شش‌گانه برنامه به تصویب رسید (جدول ۲).

جدول ۲: فهرست سؤالات مطرح شده در جلسات نیازسنجی

شماره	عناوین موضوعات
۱	مهارت‌های ارائه خبر بد به بیمار یا همراه بیمار
۲	مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار یا همراه بیمار عصبانی
۳	مهارت‌های برقراری ارتباط با بیماران اطفال
۴	مهارت‌های برقراری ارتباط با بیماران فاقد سواد سلامت
۵	مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در محدودیت زمانی
۶	مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار یا همراه بیمار غیرهم‌زبان

{توجه: اطلاعات تفصیلی در مورد فاز نیازسنجی، شامل ترکیب شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌های فاز



نیازسنجی، نتایج اولیه حاصل از مصاحبه‌ها، فهرست اولیه موضوعات پیشنهاد شده در جلسات پانل خبرگان و ... در گزارش تفصیلی طرح حاضر که به پیوست این سند آمده است، قابل مشاهده است.}

ب) فاز دوم: طراحی و توسعه برنامه آموزشی

پس از مشخص شدن موضوعات شش‌گانه برنامه، مرور متون جامعی در مورد محتوای علمی مرتبط با هر یک از موضوعات و سوابق قبلی آموزش آن در دانشکده‌های پزشکی داخل و خارج از کشور انجام پذیرفت. برای این منظور، پایگاه‌های داده «Elsevier»، «Google-scholar»، «pubmed» و «Ovid»، با استفاده از کلیدواژه‌های «communication skills» و «education» و در ترکیب با کلیدواژه‌های زیر با معادل‌های فارسی آن جست‌وجو گردید: Difficult patient, difficult visit, difficult clinical encounter, breaking bad news, angry patient, health literacy, Gangne و همکاران (۷۲) انجام پذیرفت.

چارچوب کلی برنامه آموزشی «برقراری ارتباط با بیماران در موقعیت‌های خاص» به شرح زیر است: مطابق با نتایج فاز نیازسنجی برنامه، مهارت‌های شش‌گانه ارائه خبر بد به بیمار و همراه بیمار برخورد با بیمار یا همراه بیمار عصبانی، برقراری ارتباط با بیماران اطفال، برقراری ارتباط با بیماران فاقد سواد سلامت، برقراری ارتباط با بیمار در محدودیت زمانی و برقراری ارتباط با بیمار یا همراه بیمار غیرهم‌زبان به عنوان موضوعات اصلی که می‌بایست در برنامه گنجانده شود، انتخاب شد. اهداف یادگیری برای هر یک از موضوعات شش‌گانه برنامه در سطوح سه‌گانه شناختی^۱، نگرشی^۲ و روانی-حرکتی^۳ تدوین شد. هدف شناختی فراتر از سطح تحلیل^۴، اهداف نگرشی فراتر از سطح ارزش‌گذاری^۵ و اهداف روانی-حرکتی فراتر از سطح پاسخ هدایت‌شده^۶ طراحی نشد. بر مبنای مرور متون انجام شده، محتوای آموزشی به تفکیک هر یک از موضوعات شش‌گانه برنامه استخراج و در قالب سرفصل‌های زیر سازماندهی شد:

تعریف موقعیت خاص ارتباطی

دلایل بروز موقعیت خاص ارتباطی در محیط‌های بالینی (دلایل مرتبط با پزشک، دلایل مرتبط با بیمار و دلایل مرتبط با محیط)

عواقب مدیریت نامطلوب موقعیت خاص ارتباطی و چرایی نیاز پزشکان به فراگیری مهارت‌های مدیریت آن موقعیت

مدل‌ها و توانمندی‌های مورد نیاز برای برخورد مؤثر با بیمار در موقعیت خاص ارتباطی
رویکردهای آموزشی برنامه به شرح زیر تعریف شد:

- 1 Cognitive
- 2 Affective
- 3 Psycho-motor
- 4 Analysis
- 5 Valuing
- 6 Guided response



آموزش‌های برنامه به صورت حضوری و در قالب «کارگاهی» ارائه شود.
روش‌های آموزشی برنامه تلفیقی از روش‌های استادمحور و فراگیرمحور باشد.
روش‌های آموزشی برنامه تلفیقی از روش‌های ارائه غیرفعال محتوا و روش‌های مبتنی بر مسئله باشد.

برنامه به شکل ادغام یافته در برنامه آموزشی بالینی دوره کارآموزی و هم‌زمان با حضور کارآموزان در بخش‌های بیمارستانی ارائه شود.

اجرای برنامه در محیط‌های بالینی (بخش‌های بیمارستانی) انجام گیرد.
آموزش‌های برنامه به صورت استاندارد و غیرانتخابی (اجباری) برای فراگیران ارائه شود.
آموزش‌های برنامه به صورت نظام‌مند ارائه شده و هیچ بخشی از برنامه نباشد که کارآموزان با آن مواجه نشوند.

ساختار کلی طرح درس برای تمامی کارگاه‌ها یکسان در نظر گرفته شده و در آن از روش‌های آموزشی چون سخنرانی تعاملی، فعالیت گروهی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ و ایفای نقش استفاده گردید. همچنین، مقرر شد تا به منظور جلب نظر فراگیران در ابتدای کارگاه‌ها، یک کلیپ داستانی کوتاه (با مدت کمتر از ۵ دقیقه) برای هر یک از موضوعات شش‌گانه آماده شده و اشتباهات یک پزشک فرضی را در برقراری ارتباط با بیماران به تصویر بکشد. هر یک از کارگاه‌های برنامه در دو نسخه دو و چهار ساعته طراحی شد تا گروه آموزشی مهارت‌های ارتباطی بتواند بسته به ظرفیت‌های زمانی برنامه کارآموزان، از یکی از این دو نسخه استفاده نماید. محتوای اصلی ۱ بین نسخه‌های دو و چهار ساعته یکسان بوده و تفاوت آن‌ها، گنجانده شدن بخش فعالیت گروهی، بخش بحث گروهی، بخش استراحت و افزایش تعداد سناریوهای ایفای نقش در نسخه چهار ساعته است (جدول ۹).

ارزیابی تکوینی فراگیران در ضمن هر کارگاه و مبتنی بر ارائه بازخورد به فراگیران در بخش‌های بحث گروهی و ایفای نقش طراحی شد. برای ارزیابی تراکمی فراگیران، آزمون تولید نشد.
بخش‌های بالینی در بیمارستان‌های آموزشی به عنوان محیط آموزشی برنامه انتخاب شدند. مقرر شد تا تمامی آموزش‌ها در کلاس‌های درون بخش و توسط اعضای هیئت علمی گروه‌های بالینی ارائه شود. هر یک از کارگاه‌های شش‌گانه برنامه در بخش یا بخش‌هایی قابلیت ارائه خواهد داشت که با موضوع آن کارگاه تناسب داشته و دانشجو بتواند در ضمن حضور خود در آن بخش، مهارت‌های فراگرفته در کارگاه را تمرین نماید (به عنوان مثال، مهارت‌های ارائه خبر بد به بیمار می‌تواند در زمان حضور دانشجو در بخش هماتولوژی و انکولوژی آموزش داده شود).

جدول ۳: طرح درس کارگاه‌های برنامه آموزشی

شماره بخش	عنوان بخش	مدت زمان تخمینی (دقیقه)	
		کارگاه ۴ ساعته	کارگاه ۲ ساعته
۱	معرفی و خوشامدگویی	۱۰	۵
۲	پخش کلیپ داستانی	۱۰	۱۰
۳	پرسش و پاسخ در مورد کلیپ داستانی	۲۰	۱۰



۴	سخنرانی تعاملی (۱) تعریف موقعیت ارتباطی و تبیین اهمیت آن	۳۰	۳۰
۵	فعالیت گروهی یا پرسش و پاسخ (چگونه موقعیت خاص ارتباطی را مدیریت نماییم؟)	۱۵	۵ (پرسش و پاسخ)
۶	ارائه‌ی نمایندگان گروه‌ها	۲۰	حذف
۷	استراحت	۱۵	حذف
۸	سخنرانی تعاملی (۲) روش‌مندی مدیریت موقعیت خاص ارتباطی	۳۰	۳۰
۹	ایفای نقش	۴۵ (۳ سناریو)	۱۵ (۱ سناریو)
۱۰	سخنرانی تعاملی (۳) ارائه مطالب باقی‌مانده، جمع‌بندی و رفع اشکال	۲۰	۱۰
۱۱	ارزشیابی کارگاه (رضایت‌سنجی از فراگیران و مدرس کارگاه)	۱۰	۵

در راستای تسهیل ارتباط مدرسان و برنامه، مقرر شد تا برای هر کارگاه، یک سند «راهنمای تدریس» خطاب به اعضای هیئت علمی آماده شده تا ایشان بتوانند با مطالعه آن سند و بازبینی محتوای آموزشی کارگاه‌ها (بدون نیاز به حضور در جلسه توجیهی یا دریافت هر گونه آموزش دیگر)، برای تدریس در برنامه آماده شوند.

گروه آموزشی مهارت‌های ارتباطی و گروه آموزش پزشکی مسئولیت پایش، ارزشیابی و ارتقای برنامه را عهده‌دار شدند. این دو گروه همچنین مسئولیت نظارت بر گروه‌های آموزشی بالینی در اجرای برنامه و تعیین بخش یا بخش‌های مناسب برای برگزاری هر یک از کارگاه‌های شش‌گانه را برعهده خواهند داشت.

مقرر شد تا در نخستین اجرای برنامه، ارزشیابی آموزشی آن در سطح رضایت‌سنجی و ارتقای دانش فراگیران انجام شده و برای پایش برنامه و نیز ارزشیابی آن در سطوح بالاتر، مطالعات جداگانه‌ای طراحی و اجرا شود.

پس از طراحی برنامه، محتوای آموزشی هر یک از کارگاه‌ها (شامل مجموعه اسلاید Power-point، سند راهنمای تدریس، سناریوی کلیپ داستانی، سناریوها و دستورالعمل برگزاری بخش ایفای نقش و...) طراحی و به تأیید علمی کمیته راهبری رسید. همچنین، فرایند فیلم‌برداری، صداگذاری و تدوین کلیپ‌های داستانی از طریق همکاری و عقد قرارداد رسمی با یک گروه کلیپ‌سازی حرفه‌ای (گروه Media and Life Promotion Group) به انجام رسید.

{توجه: فهرست کامل اهداف آموزشی تهیه شده برای طرح حاضر به تفکیک کارگاه‌های شش‌گانه که در گزارش تفصیلی طرح حاضر که به پیوست این سند آمده است، قابل مشاهده است.}
 {توجه: محتوای کامل برنامه شامل اسناد راهنمای تدریس، پرینت اسلایدها و فایل ویدیویی کلیپ‌های تهیه شده برای هر یک از کارگاه‌های شش‌گانه در قالب پیوست به این سند ارائه شده است}.



۱۲) اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید:

خلاصه:

هر یک از شش کارگاه طراحی شده در برنامه در تیر ماه ۱۳۹۶ و در بخش‌های داخلی بیمارستان امام خمینی (ره) و شریعتی اجرا شد. به جز کارگاه «برقراری ارتباط با اطفال» که تنها در بیمارستان امام خمینی (ره) اجرا شد، سایر کارگاه‌ها در هر دو بیمارستان امام خمینی (ره) و شریعتی اجرا شد و در مجموع ۱۱ کارگاه برگزار شده، ۱۳۲ کارآموز از ورودی‌های سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ دانشکده پزشکی آموزش دیدند. مسئولیت تدریس هر کارگاه بر عهده یکی از اعضای هیئت علمی بخش‌ها گذاشته شده و ایشان پیشتر از طریق حضور در یک جلسه توجیهی و نیز مطالعه اسناد راهنمای تدریس در مورد موضوع کارگاه خود و چگونگی برگزاری آن آماده شدند. در هر کارگاه علاوه بر استاد، یک ناظر دانشجویی از سوی محققان نیز حضور داشت که وضعیت برگزاری کارگاه را رصد می‌کرد. ارزشیابی هر کارگاه‌ها در دو سطح رضایت‌سنجی (از طریق پرسشنامه‌های مکتوب ارائه شده به فراگیران، مدرس و ناظر در پایان هر کارگاه) و ارتقای دانش (از طریق تکمیل پیش‌آزمون در ابتدا و پس‌آزمون در انتهای کارگاه) سنجیده شد. نتایج با استفاده از نرم‌افزار IBM SPSS Statistics ۷۲۲ تحلیل شد.

پس از استخراج نتایج اجرای آزمایشی برنامه، یک جلسه مشترک با حضور مدرسان کارگاه‌ها و اعضای کمیته راهبردی برگزار و بازخوردهای ایشان به صورت حضوری نیز اخذ گردید. نهایتاً و بر مبنای بازخوردهای حاصل، در برنامه و محتوای ابتدایی طراحی شده تغییرات مختصری اعمال و برنامه نهایی آماده شده، تحویل دانشکده پزشکی شد.

الف) اجرای آزمایشی:

اجرای آزمایشی برنامه در تیر ماه سال ۱۳۹۶ و با مشارکت گروه‌های بالینی «بیماری‌های داخلی بیمارستان امام خمینی (ره)»، «بیماری‌های داخلی بیمارستان شریعتی» و «بیماری‌های اطفال بیمارستان امام خمینی (ره)» انجام پذیرفت. این گروه‌ها جمعی از اعضای هیئت علمی خود را بر اساس توانمندی تدریس و علاقه‌مندی ایشان به موضوع مهارت‌های ارتباط با بیمار انتخاب و به عنوان مدرس به کمیته راهبری طرح معرفی نمودند. یک هفته پیش از اجرای آزمایشی، جلسه‌ای توجیهی برای مدرسان انتخاب شده برگزار شد. در این جلسه، اهداف مطالعه به مدرسان توضیح داده شد و محتوای آموزشی کارگاه‌ها به ایشان ارائه گردید. علاوه بر مدرسان، حداقل یک ناظر دانشجویی نیز به نمایندگی از کمیته اجرایی و راهبری طرح برای حضور در هر کارگاه در نظر گرفته شد. این دانشجویان پیش از حضور در کارگاه، در مورد اهداف برنامه، محتوای آموزشی کارگاه‌ها، سطوح و ابزارهای ارزشیابی طرح توجیه شدند. به منظور افزایش امکان‌پذیری اجرای آزمایشی برنامه، تقسیم‌بندی فراگیران برای حضور در کارگاه‌ها توسط گروه‌های بالینی و منطبق بر گروه‌های کارآموزی ایشان صورت گرفت. در زمان اجرا، پنج کارگاه موازی در گروه داخلی بیمارستان امام خمینی (ره)، پنج کارگاه موازی در گروه داخلی بیمارستان شریعتی و یک کارگاه در گروه اطفال بیمارستان امام خمینی (ره) برگزار شد. کارگاه «برقراری ارتباط با بیماری‌های اطفال» تنها در بخش اطفال بیمارستان امام خمینی (ره) و پنج کارگاه دیگر هر کدام دو بار و به صورت موازی در بخش‌های داخلی بیمارستان امام خمینی (ره) و بیمارستان شریعتی تدریس شدند. مجموعاً ۱۳۲ فراگیر در اجرای آزمایشی برنامه شرکت داشتند که تعداد، توزیع جنسیتی و سال ورود ایشان به دانشگاه



ایشان در جدول ۱۰ آمده است.

جدول ۴: مشخصات فراگیران حاضر در اجرای آزمایشی برنامه آموزشی

تعداد فراگیران			سال ورود به دانشگاه	نام کارگاه
مرد	زن	کل		
بیمارستان امام خمینی (ره)				
۱۱	۷	۴	۱۳۹۲	ارائه خبر بد به بیمار یا همراه بیمار
۱۲	۵	۷	۱۳۹۲	برقراری ارتباط با بیمار یا همراه بیمار عصبانی
۱۹	۱۳	۶	۱۳۹۱	برقراری ارتباط با بیماران اطفال
۱۳	۷	۶	۱۳۹۲	برقراری ارتباط با بیماران فاقد سواد سلامت
۱۲	۴	۸	۱۳۹۲	برقراری ارتباط با بیماران در محدودیت زمانی
۱۳	۷	۶	۱۳۹۲	برقراری ارتباط با بیماران غیرهم‌زبان
بیمارستان شریعتی				
۷	۳	۴	۱۳۹۲	ارائه خبر بد به بیمار یا همراه بیمار
۱۲	۶	۶	۱۳۹۲	برقراری ارتباط با بیمار یا همراه بیمار عصبانی
۱۲	۸	۴	۱۳۹۲	برقراری ارتباط با بیماران فاقد سواد سلامت
۱۱	۹	۲	۱۳۹۲	برقراری ارتباط با بیماران در محدودیت زمانی
۱۳	۹	۴	۱۳۹۲	برقراری ارتباط با بیماران غیرهم‌زبان

محل برگزاری کارگاه‌ها، کلاس‌های درون بخش‌های بیمارستانی بود. پیش از برگزاری و در ابتدای آغاز هر کارگاه، توضیحات لازم در مورد برنامه آموزشی، اهداف و ماهیت آزمایشی اجرای آن توسط مدرس کارگاه به فراگیران ارائه و رضایت شفاهی ایشان جهت حضور در کارگاه اخذ گردید؛ لیکن، به علت قصد دانشکده پزشکی مبنی بر اجباری نمودن برنامه برای تمامی کارآموزان دانشکده، محتمل نبودن بروز هر گونه آسیب یا ضرر برای فراگیران، وجود شواهد متقن علمی مبنی بر ضرورت و مفید بودن آموزش محتوای برنامه به فراگیران و نیز استفاده از روش‌مندی نظام‌مند برای طراحی و توسعه برنامه، رضایت آگاهانه کتبی از دانشجویان برای حضور در کارگاه‌ها اخذ نگردید. این اقدام در پروپوزال طرح حاضر قید شده و تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه برای آن دریافت شده است. (ب) ارزشیابی آموزشی:

ارزشیابی آموزشی اجرای آزمایشی برنامه از سه منظر اصلی انجام گرفت:

۱. فراگیران برنامه: ارزشیابی آموزشی برنامه از نظر فراگیران در سطح اول (رضایت‌سنجی) و دوم (ارتقای دانش) مدل ارزشیابی Kirkpatrick و همکاران (۷۵) انجام گرفت. برای ارزشیابی سطح اول از پرسشنامه‌های محقق‌ساخته استفاده شد که در قالب ۱۰ آیتم (جدول ۳) و با استفاده از مقیاس لیکرت پنج‌تایی (۱)، رضایت فراگیران از برگزاری کارگاه را مورد سنجش قرار داد. در انتهای فرم، فضایی نیز برای دریافت بازخوردهای مکتوب فراگیران در نظر گرفته شد. این پرسشنامه بلافاصله پس از پایان هر کارگاه توسط فراگیران تکمیل شد. ارزشیابی سطح دوم برنامه آموزشی

۱ این مقیاس شامل پنج گزینه «بسیار مخالفم» (امتیاز ۱)، «مخالفم» (امتیاز ۲)، «نظری ندارم» (امتیاز ۳)، «موافقم» (امتیاز ۴) و «بسیار موافقم» (امتیاز ۵) می‌شد.



نیز با مقایسه عملکرد فراگیران در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تشریحی انجام گرفت. در این آزمون‌ها از فراگیران خواسته شد تا کلیپ داستانی مربوط به کارگاه را مشاهده و رفتارهای اشتباه پزشک تصویر شده در کلیپ را یادداشت نمایند. فرم پیش‌آزمون در ابتدای کارگاه و پس از بخش کلیپ داستانی بین فراگیران توزیع شد. در پایان کارگاه نیز مجدداً همان کلیپ پخش و از فراگیران خواسته شد تا مجدداً رفتارهای اشتباه پزشک را در فرم پس‌آزمون یادداشت نمایند (از مدرسان کارگاه در جلسه توجیهی خواسته شده بود تا در حین برگزاری کارگاه هیچ گونه اشاره‌ای به عملکرد پزشک تصویر شده در کلیپ نداشته باشند). برای تصحیح فرم‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پاسخ‌های فراگیران با کلیدهای مربوط به هر کلیپ داستانی که پیشتر توسط کمیته راهبری روایی محتوایی آن تأیید شده بود، تطابق داده شد. تعداد رفتارهای اشتباه صحیحی که هر فراگیر در فرم آزمون خود یادداشت کرده بود، به عنوان نمره فراگیر از آن آزمون محاسبه شد. تفاوت نمره فراگیران در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به عنوان ملاکی از ارتقای دانش ایشان به دنبال حضور در کارگاه در نظر گرفته شد. حداکثر نمره ممکن برای فراگیر در هر آزمون بسته به نوع کارگاه منحصر به فرد و از ۸ الی ۱۳ متفاوت بود.

جدول ۵: آیتم‌های در نظر گرفته شده برای پرسشنامه رضایت‌سنجی از فراگیران

شماره	نام آیتم
۱	رضایت از محتوای آموزشی کارگاه
۲	رضایت از روش‌های آموزشی کارگاه
۳	رضایت از ارائه Power-point کارگاه
۴	رضایت از تسلط مدرس به محتوای آموزشی
۵	رضایت از کیفیت تدریس مدرس
۶	کافی دانستن تعامل مدرس با فراگیران
۷	رضایت از نظم برگزاری کارگاه
۸	کاربردی دانستن کارگاه
۹	وقوع یادگیری در کارگاه
۱۰	رضایت کلی از کارگاه

۲. مدرسان برنامه: برای ارزشیابی برنامه آموزشی از نگاه مدرسان از دو ابزار استفاده شد: اول، فرم رضایت‌سنجی از مدرسان کارگاه که ایشان بلافاصله پس از پایان کارگاه تکمیل نمودند (این پرسشنامه نیز به صورت محقق ساخته، در قالب ۱۰ آیتم (جدول ۴) و با استفاده از مقیاس لیکرت پنج‌تایی طراحی شد) و دوم، بحث گروهی؛ که یک هفته پس از اجرای آزمایشی برنامه و در جلسه‌ای با حضور برخی مدرسان کارگاه‌ها انجام شد.



جدول ۶: آیتم‌های در نظر گرفته شده برای پرسشنامه رضایت‌سنجی از مدرسان

شماره	نام آیتم
۱	رضایت از محتوای آموزشی کارگاه
۲	رضایت از روش‌های آموزشی کارگاه
۳	رضایت از ارائه Power-point کارگاه
۴	رضایت از سند «راهنمای تدریس» کارگاه
۵	کمک‌کننده بودن سند «راهنمای تدریس» کارگاه
۶	رضایت از تسلط خود به محتوای آموزشی
۷	رضایت از کیفیت تدریس خود
۸	کافی دانستن تعامل خود با فراگیران
۹	رضایت از نظم برگزاری کارگاه
۱۰	رضایت کلی از کارگاه

۳. ناظران دانشجویی: برای اخذ بازخوردهای ناظران دانشجویی از برگزاری کارگاه، از ایشان خواسته شد تا پس از اجرای آزمایشی، نقاط قوت، ضعف و پیشنهادات خود برای ارتقای

کارگاه‌هایی که در آن حضور داشتند را در یک پرسشنامه الکترونیکی وارد نمایند.

برای تحلیل داده‌های کمی حاصل از ارزشیابی، از نرم‌افزار IBM SPSS Statistics v22 استفاده شد. داده‌های حاصل از پرسشنامه رضایت‌سنجی فراگیران و مدرسان کارگاه با ذکر میانگین و انحراف از معیار نمرات برای هر آیتم توصیف شد. همچنین، همبستگی بین نمرات آیتم‌های ۱ الی ۹ تمامی پرسشنامه‌های اخذ شده از فراگیران با آیتم شماره ۱۰ پرسشنامه (رضایت کلی از کارگاه) سنجیده شد. برای این منظور، از آزمون همبستگی غیرپارامتریک Spearman's Rank Order Correlation Test (در سطح معناداری ۰.۰۱) استفاده شد. نمره فراگیران در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از شاخص‌های میانگین، انحراف معیار و میانه توصیف شده و جهت سنجش تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از آزمون غیرپارامتریک Wilcoxon Rank Sum Test استفاده شد. برای معنادار شدن این آزمون به صورت دو دامنه، در سطح معناداری ۰.۰۰۵، با قدرت ۸۰ درصد و با فرض تحقق large effect size (Cohen's $r=1$)، حضور حداقل ۱۱ نفر در هر کارگاه ضروری بود که در ۱۰ کارگاه از ۱۱ کارگاه برگزار شده، این حداقل حجم نمونه تأمین گردید. بازخوردهای تشریحی یا شفاهی دریافت شده از فراگیران، مدرسان و ناظران کارگاه نیز به صورت دسته‌بندی ساده (در سه دسته نقاط قوت برنامه، نقاط ضعف برنامه و پیشنهادات برای ارتقای برنامه) توصیف شد.

پس از تحلیل نتایج ارزشیابی به عمل آمده از فراگیران، مدرسان و نمایندگان دانشجویی حاضر در کارگاه‌های اجرای آزمایشی برنامه، جلسه کمیته راهبری با دستور بررسی نتایج و تصمیم‌گیری برای نهایی‌سازی برنامه برگزار شد. مطابق با نتایج این جلسه، اقدامات زیر توسط کمیته اجرایی به انجام رسید:

۱. برخی ایرادات و برایشی و نگارشی در مجموعه اسلایدها و اسناد راهنمای تدریس اصلاح شد.



۲. یکی از سناریوهای ایفای نقش در کارگاه «برقراری ارتباط با بیماران فاقد سواد سلامت» که فراگیران پیام آموزشی آن را به درستی متوجه نشده بودند، جایگزین و اصلاح شد. ۳. صداگذاری برخی کلیپ‌های داستانی اصلاح شد. با انجام این تغییرات، نسخه نهایی برنامه آموزشی «برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص» به گروه آموزشی مهارت‌های ارتباطی در دانشکده پزشکی تحویل داده شد.

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

Introduction: Difficult physician-patient encounters happen in situations when physicians feel incapable of communicating appropriately with patients. Managing these situations is impossible by solely relying on basic communication-skills. This study aimed to plan, implement and evaluate a training program for Communication Skills in difficult Physician-patient encounters at TUMS, School of Medicine.

Methods: This study consisted of three phases: (A) Educational Needs-assessment by interviewing with school graduates and running expert panel meetings. (B) Planning and developing interactive workshops using lectures, group-discussions, video-presentations and role-plays. (C) Piloting the program for medical students (n=132) and evaluating participants' reaction, participants' learning and instructors' reaction.

Results: Six themes were derived from the Needs-assessment phase: "bad news", "angry patient", "health-illiteracy", "time-constraints", "language-barrier" and "pediatric-encounters". For each theme, an interactive workshop was developed and piloted. The reaction of participants and instructors were generally positive throughout the program. Participants' level of knowledge Improved significantly after all workshops.

Discussion: Program's high acceptance and effectiveness can be attributed to using a variety of active educational strategies. As this study didn't evaluate participants' behavior change or final impact of the workshops, further studies are recommended to address this limitation. Developing similar programs for internship and residency levels is also recommended.

Conclusion: A training program for Communication Skills in difficult physician-patient encounters was planned, implemented and evaluated at TUMS, School of Medicine. The program improved the participants' level of knowledge and was highly accepted among both participants and instructors. Further studies are needed to evaluate the program in more advanced levels.

Take-Home Message: Managing difficult physician-patient encounters is not possible by solely relying on basic communication skills. Medical schools can empower students to manage these encounters by developing educational program(s) for advanced communication skills. Using active instructional strategies in these programs can result in high participants' satisfaction, high instructors' satisfaction and participants' learning.



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

برای تعامل با محیط، معرفی طرح به ذی‌نفعان و زمینه‌سازی برای بهره‌مندی از نتایج طرح در دانشگاه و دانشکده پزشکی برخی فعالیت‌ها انجام شده است که در ذیل به آن اشاره می‌شود: محتوای آموزشی هر شش کارگاه در قالب یک کتاب جمع شده است و نسخه اولیه این کتاب در حال طی مراحل لازم برای اخذ مجوز چاپ (شابک و فیپا) می‌باشد. (نسخه الکترونیک و چاپی کتاب در پیوست ضمیمه است).

از ابتدای آغاز این طرح، به ذی‌نفعان متفاوتی که می‌توانستند به شکل‌گیری، گسترش و مقبولیت طرح در دانشکده پزشکی و ارتقای اثربخشی آن کمک کنند، اطلاع‌رسانی شده و از حضور ایشان در کمیته راهبری طرح استفاده شد. از جمله ایشان می‌توان به ریاست وقت مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه (جناب آقای دکتر سیما) ریاست وقت دانشکده پزشکی (جناب آقای دکتر امامی)، معاون آموزشی وقت دانشکده (جناب آقای دکتر عمادی)، برخی اعضای هیئت‌علمی گروه مهارت‌های ارتباطی و نیز برخی اعضای گروه آموزش پزشکی اشاره کرد. در حال حاضر نیز معاون آموزشی دانشکده پزشکی (جناب آقای دکتر عکاظی) و مدیر دفتر مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشکده (جناب آقای دکتر سیما) از برنامه و مسیری که طی کرده است اطلاع کامل داشته و دفتر توسعه دانشکده در حال برنامه‌ریزی برای اجرای برنامه در مقطع کارآموزی است. (قابل استعلام از جناب آقای دکتر سیما).

در زمان برگزاری جلسات پانل خبرگان در فاز نیازسنجی و جلسات بازبینی و تأیید محتواهای آموزشی در فاز طراحی برنامه، از گروهی از اعضای هیئت‌علمی گروه‌های بالینی دانشکده برای حضور در جلسات کمیته راهبری دعوت شد که هدف از این کار نه تنها بهره‌گیری از دانش و تجربیات این اعضا، بلکه آشنا نمودن ایشان با برنامه و افزایش ظرفیت پذیرش برنامه در بخش‌ها بود.

اجرای آزمایشی برنامه آموزشی با همکاری اعضای هیئت‌علمی گروه‌های داخلی و اطفال بیمارستان امام خمینی (ره) و گروه‌های داخلی بیمارستان شریعتی اجرا شد؛ به نحوی که در هر یک از ۱۱ کارگاه برگزار شده، یکی از اعضای هیئت‌علمی برای نخستین بار با برنامه آشنا شده و تدریس در کارگاه‌ها را برعهده گرفت.

پس از برگزاری اجرای آزمایشی برنامه و تحلیل نتایج ارزشیابی آن، جلسه‌ای با مدرسان کارگاه‌ها و برخی اعضای گروه‌های آموزشی پزشکی و گروه آموزشی مهارت‌های ارتباطی برگزار شد و در مورد چگونگی اجرای آتی برنامه در دانشکده بحث و تبادل نظر شد.

برنامه آموزشی به دست آمده در طرح حاضر، هم‌اکنون در گروه داخلی بیمارستان امام خمینی (ره) در دست اجرا است و بعد از اجرای آزمایشی نیز تا کنون یک دوره اجرای اصلی و کامل برنامه در آن گروه انجام شده است (متن نامه سرکار خانم دکتر خواجوی، عضو هیئت‌علمی گروه بیماری‌های داخلی بیمارستان امام خمینی (ره) که این موضوع را در آن نامه اشاره فرموده‌اند، به پیوست ارائه شده است).

مقاله پژوهشی مرتبط با برنامه در حال نگارش است (فعالیت تا کنون به پایان نرسیده است). این چکیده پیشتر برای کنفرانس اتاوا در سال ۸۱۰۲ نیز ارسال شد که علیرغم پذیرفته شده به



عنوان سخنرانی (مستندات آن در پیوست موجود است)، به علت مشکلات شخصی این جانب (پوریا روزرخ)، از حضور در آن کنفرانس انصراف داده شد. چکیده همچنین برای حضور در نوزدهمین کنفرانس ملی آموزش پزشکی و نیز کنفرانس سالانه انجمن آموزش پزشکی اروپا (amee-2018) نیز ارسال شده که نتیجه پذیرش آن تا کنون اعلام نشده است.

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

خلاصه:

نتایج اجرای آزمایشی: تحلیل نتایج که آمارها و محاسبات کمی مربوط به آن در ادامه متن حاضر ذکر شده است، حاکی از رضایت بالای فراگیران، مدرسان و ناظران از برگزاری کارگاه‌ها بوده است؛ البته برخی نقاط ضعف یا پیشنهادات جهت ارتقای کارگاه‌ها نیز توسط این گروه‌ها ارائه شد که در ادامه ذکر خواهد شد. مقایسه آماری نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون دانشی فراگیران نیز ارتقای معنادار عملکرد ایشان را نشان داد. تنها در یک مورد از ۱۱ کارگاه برگزار شده، تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون فراگیران معنادار نشد که بررسی بازخوردهای ناظران و فراگیران از آن کارگاه نشان می‌دهد اصول طراحی شده محققان در آن کارگاه از سوی مدرس رعایت نشده و عملاً آموزشی متفاوت با آنچه از پیش برنامه‌ریزی شده بود، انجام گرفته است. جزئیات این مورد نیز در ادامه متن حاضر بحث می‌شود.

اگرچه نتایج تحلیل‌های آماری حاکی از موفقیت کارگاه‌های طراحی شده در جلب رضایت و ارتقای دانش فراگیران و نیز جلب رضایت مدرسان بوده است، لیکن ذکر برخی ملاحظات، محدودیتها و پیشنهادات در مورد فازهای سه‌گانه برنامه ضروری است.

فاز نخست یا نیازسنجی برنامه تنها بر مبنای نتایج مصاحبه با کارورزان، دانش‌آموختگان و خیرگان حوزه مهارت‌های ارتباطی در دانشگاه انجام گرفت و استفاده از منابع کمی برای ارزشیابی و triangulation داده‌ها محقق نشد. همچنین به دلیل محدودیت ظرفیت اجرایی، تنها شش موضوع برای گنجانده شدن در برنامه در نظر گرفته شد و برخی موضوعات دیگر که خیرگان نیاز به آموزش آن در دانشکده را حس می‌کردند، از ورود به برنامه جا ماند که توصیه می‌شود برنامه‌ریزی آتی برای لحاظ شدن آنها در آموزش رسمی دانشکده صورت پذیرد. در فاز دوم یا طراحی، مهمترین محدودیت مطالعه عدم وجود دستورالعمل‌های بومی و ملی برای برقراری ارتباط با بیماران در کشور بود که باعث شد محتوای برنامه با تجمع و بهره‌گیری از متون خارج از کشور تدوین شود. اگرچه این متون با نظر گروه مهارت‌های ارتباطی حتی المقدور به شرایط بومی محیط‌های بالینی در کشور نزدیک شد، لیکن پیشنهاد می‌شود تا در آینده مطالعاتی برای استخراج دستورالعمل‌های بومی جهت برقراری ارتباط با بیماران در این شرایط استخراج شده و این برنامه متناسب با آن متون بازنگری شود. محدودیت دیگر فاز طراحی، در نظر نگرفتن ارزیابی تراکمی در برنامه بود؛ به نحوی که با تصمیم کمیته راهبردی مقرر شد تا پس از اجرای برنامه، ارزیابی تراکمی آن در قالب طرح‌های دیگری آماده شود. در فاز اجرای آزمایشی و ارزشیابی، مهمترین محدودیت، اکتفا به ارزشیابی در سطح اول و دوم کرک پاتریک (رضایت‌سنجی و ارتقای دانش) بوده که ارزشیابی ارتقای دانش نیز بلافاصله پس از پایان

کارگاه‌ها انجام شده است؛ بدین ترتیب پیشنهاد می‌شود تا مطالعات دیگری برای ارزشیابی برنامه سطوح بالاتر طراحی و اجرا گردد.

در اینجا، ابتدا نتایج آماری اجرای آزمایشی برنامه ارائه شده و سپس، تحلیلی از دستیابی برنامه به اهداف خود در هر یک از فازهای سه‌گانه (نیازسنجی، طراحی برنامه و اجرای آزمایشی)، مهمترین محدودیت‌ها و پیشنهادات برای مطالعات آتی به تفکیک آن فازها ذکر خواهد شد.

الف) نتایج ارزشیابی اجرای آزمایشی برنامه

جدول شماره ۱۱، نتایج ارزشیابی آموزشی برنامه در سطح رضایت فراگیران، به تفکیک کارگاه‌های شش‌گانه و در مقیاس لیکرت پنج‌تایی^۱ را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول، امتیاز رضایت عمومی فراگیران از کارگاه‌های برنامه در بازه $5.3 (\pm 31.1)$ تا $6.4 (\pm 35.0)$ متفاوت بوده و متوسط امتیاز رضایت فراگیران از کل کارگاه‌های برنامه نیز $1.4 (\pm 73.0)$ به دست آمده است. همچنین، امتیاز فراگیران به هیچ کدام از آیتم‌های پرسشنامه رضایت‌سنجی کمتر از ۴ نبوده است. در بررسی نتایج رضایت‌سنجی فراگیران حاضر در تمام کارگاه‌ها ($n=231$)، آیتم شماره ۰۱ پرسشنامه (رضایت کلی از کارگاه) با هر ۹ آیتم دیگر همبستگی معنادار داشت ($P < 0.01$ Spearman Rank Order Correlation Test)؛ از این میان، امتیاز آیتم‌های ۲ (رضایت از روش‌های آموزشی کارگاه)، ۳ (رضایت از ارائه Power-point کارگاه)، ۸ (کاربردی دانستن کارگاه) و ۹ (وقوع یادگیری در کارگاه)، همبستگی قوی با امتیاز آیتم شماره ۰۱ داشتند ($\rho > \text{spearman's } 6.00$) (جدول ۲۱).

بازخوردهای مکتوب به دست آمده از فراگیران نیز حاکی از رضایت بالای ایشان از برگزاری کارگاه‌ها بود. کاربرد بودن کارگاه‌ها و مفید بودن استفاده از روش‌های آموزشی فعال نظیر پخش فیلم و ایفای نقش به عنوان نقاط قوت کارگاه در بازخوردهای ایشان ذکر شده بود. برخی از فراگیران از نامطلوب بودن صدای برخی از کلیپ‌های داستانی شکایت داشتند. برخی فراگیران دیگر پیشنهاد دادند تا این کارگاه‌ها پیش از پایان بخش‌های بالینی یا در ابتدای دوره کارآموزی برگزار شود تا فرصت بیشتری برای تمرین مهارت‌های آموخته شده وجود داشته باشد. فهرست مشروح بازخوردهای مکتوب دریافت شده از فراگیران کارگاه در جدول ۳۱ قابل مشاهده است.

متوسط امتیاز آزمون‌های دانشی فراگیران در ابتدای کارگاه‌ها (پیش‌آزمون) و انتهای کارگاه (پس‌آزمون) در جدول ۴۱ ذکر شده است. بر مبنای نتایج به دست آمده از این جدول مشخص است که در ۰۱ کارگاه از ۱۱ کارگاه برگزار شده، میانه نمره فراگیران در پس‌آزمون، ۶۱ الی ۷۲ درصد نسبت به پیش‌آزمون ارتقا یافته و این ارتقا در سطح معناداری ۵۰۰ معنادار بوده است. متوسط درصد ارتقای میانه نمرات فراگیران در مجموع هر ۱۱ کارگاه نیز ۲۲ محاسبه شد.

تنها در کارگاه مهارت‌های ارائه خبر بد به بیمار در بیمارستان امام خمینی (ره)، تفاوت معناداری بین عملکرد شرکت‌کنندگان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده نمی‌شود؛ البته در کارگاه هم‌نام در بیمارستان شریعتی، ارتقای عملکرد ۳۲ درصدی و معنادار مشاهده شده است. علاوه بر این، در پرسشنامه رضایت‌سنجی که در انتهای کارگاه‌ها به فراگیران داده شد، آیتم شماره ۹ رضایت



فراگیران از یادگیری خود در طول کارگاه را مورد سنجش قرار داده است. متوسط امتیاز فراگیران کارگاه‌ها به این آزمون ۱۰۴ (± ۸۲۰۰) بوده که رضایت ایشان از یادگیری خود را نشان می‌دهد. جدول ۷: متوسط (انحراف معیار) امتیاز فراگیران برنامه به آزمون‌های رضایت‌سنجی در کارگاه‌های مختلف - (۱) بیمارستان امام خمینی (ره) و (۲) بیمارستان شریعتی

شماره	آیتم	نام اختصاری کارگاه - نام بیمارستان										
		خبر بد (الفخ) (۱)	خبر بد (ش) (۳)	بیمار عصبانی (الفخ) (۱)	بیمار عصبانی (ش) (۳)	سود سلامت (الفخ) (۱)	سود سلامت (ش) (۳)	محدودیت زمانی (الفخ) (۱)	محدودیت زمانی (ش) (۳)	سد زبانی (الفخ) (۱)	سد زبانی (ش) (۳)	اطفال (الفخ) (۱)
۱	رضایت از محتوای آموزشی کارگاه	۴۵ (۰.۵۲)	۴۷ (۰.۴۹)	۴۳ (۰.۴۵)	۴۳ (۰.۷۸)	۴۷ (۰.۴۸)	۴۷ (۰.۴۹)	۴۰ (۰.۶۰)	۴۰ (۰.۷۷)	۴۴ (۰.۵۲)	۳۹ (۰.۷۸)	۴۱ (۰.۷۴)
۲	رضایت از روش‌های آموزشی کارگاه	۴۱ (۰.۷۰)	۴۷ (۰.۷۶)	۳۹ (۰.۹۰)	۴۱ (۱.۰۰)	۴۷ (۰.۴۸)	۴۵ (۰.۵۲)	۴۰ (۰.۷۴)	۴۲ (۰.۶۰)	۴۴ (۰.۵۲)	۳۷ (۱.۱۳)	۴۱ (۰.۶۲)
۳	رضایت از ارائه Power-point کارگاه	۳۸ (۰.۹۸)	۴۹ (۰.۳۸)	۴۳ (۰.۶۲)	۴۰ (۰.۵۵)	۴۶ (۰.۵۱)	۴۶ (۰.۵۱)	۴۰ (۰.۶۰)	۴۲ (۰.۶۰)	۴۱ (۰.۸۰)	۳۴ (۱.۲۴)	۳۸ (۱.۰۱)
۴	رضایت از تسلط مدرس به محتوای آموزشی	۴۶ (۰.۵۰)	۵۰ (۰.۰۰)	۴۵ (۰.۶۷)	۴۷ (۰.۴۹)	۴۸ (۰.۳۸)	۴۹ (۰.۲۹)	۴۴ (۰.۶۰)	۴۵ (۰.۵۲)	۴۷ (۰.۶۳)	۴۲ (۰.۵۰)	۴۵ (۰.۵۱)
۵	رضایت از کیفیت تدریس مدرس	۴۴ (۰.۸۴)	۴۹ (۰.۳۸)	۴۵ (۰.۶۷)	۴۳ (۰.۷۸)	۴۸ (۰.۳۸)	۴۸ (۰.۳۹)	۴۴ (۰.۵۱)	۴۴ (۰.۵۰)	۴۶ (۰.۵۱)	۴۱ (۰.۶۷)	۴۳ (۰.۸۲)
۶	کافی دانستن تعامل مدرس با فراگیران	۴۸ (۰.۴۰)	۵۰ (۰.۰۰)	۴۵ (۰.۵۲)	۴۲ (۱.۱۹)	۴۷ (۰.۴۸)	۴۹ (۰.۲۹)	۴۴ (۰.۶۷)	۴۴ (۰.۵۰)	۴۸ (۰.۴۴)	۴۶ (۰.۷۱)	۴۳ (۰.۸۷)
۷	رضایت از نظم برگزار کردن کارگاه	۳۸ (۱.۳۰)	۴۷ (۰.۴۹)	۴۴ (۰.۶۷)	۴۱ (۱.۲۰)	۴۸ (۰.۳۸)	۴۶ (۰.۵۰)	۳۸ (۰.۹۴)	۴۵ (۰.۵۲)	۴۶ (۰.۴۴)	۴۲ (۰.۴۴)	۴۰ (۰.۸۸)
۸	کاربرد دانستن کارگاه	۴۵ (۰.۶۹)	۴۹ (۰.۳۸)	۴۳ (۰.۶۲)	۴۵ (۰.۷۱)	۴۷ (۰.۴۴)	۴۶ (۰.۵۰)	۴۰ (۰.۴۳)	۴۲ (۰.۶۰)	۴۴ (۰.۵۲)	۳۸ (۱.۰۵)	۴۰ (۰.۶۷)
۹	وقوع یادگیری در کارگاه	۴۱ (۰.۸۳)	۴۴ (۰.۵۳)	۴۲ (۰.۳۹)	۴۱ (۰.۷۴)	۴۵ (۰.۶۶)	۴۵ (۰.۵۲)	۳۸ (۰.۷۳)	۴۲ (۰.۸۷)	۴۳ (۰.۶۵)	۳۷ (۱.۰۱)	۳۸ (۰.۶۹)
۱۰	رضایت کلی از کارگاه	۳۹ (۰.۹۴)	۴۶ (۰.۵۳)	۴۱ (۰.۵۱)	۴۱ (۰.۷۴)	۴۵ (۰.۶۶)	۴۵ (۰.۶۹)	۳۷ (۰.۴۹)	۴۲ (۰.۶۰)	۴۴ (۰.۶۶)	۳۵ (۱.۱۳)	۳۷ (۰.۸۲)

جدول ۸: ضرایب همبستگی امتیاز آزمون ۰۱ رضایت‌سنجی فراگیران با سایر آزمون‌ها



(رضایت کلی از کارگاه)؛

شماره	نام آیتم	Spearman's rho	P value
۱	رضایت از محتوای آموزشی کارگاه	۰.۵۸	۰.۰۰۰
۲	رضایت از روش‌های آموزشی کارگاه	۰.۶۳*	۰.۰۰۰
۳	رضایت از ارائه Power-point کارگاه	۰.۶۲*	۰.۰۰۰
۴	رضایت از تسلط مدرس به محتوای آموزشی	۰.۳۵	۰.۰۰۰
۵	رضایت از کیفیت تدریس مدرس	۰.۵۴	۰.۰۰۰
۶	کافی دانستن تعامل مدرس با فراگیران	۰.۳۸	۰.۰۰۰
۷	رضایت از نظم برگزاری کارگاه	۰.۴۵	۰.۰۰۰
۸	کاربردی دانستن کارگاه	۰.۶۵*	۰.۰۰۰
۹	وقوع یادگیری در کارگاه	۰.۷۷*	۰.۰۰۰

* High correlation (Spearman's rho > 0.6)

جدول ۹: بازخوردهای مکتوب فراگیران کارگاه‌ها در مورد اجرای آزمایشی برنامه

نقاط قوت کارگاه
<ul style="list-style-type: none"> • کارگاه امروز به نظر من مؤثرترین کارگاه در دوره‌های اخیر بود. تعداد کم دانشجویان حاضر به برقراری ارتباط مؤثر با استاد و یکدیگر بسیار کمک کرد. • بسیار عالی بود و نکات لازم در مورد خیلی از مسائلی که با آن روبه‌رو می‌شویم را به من آموخت. • کارگاه بسیار مناسب برگزار شد اما یادگیری مهارت نیاز به تمرین در موقعیت دارد. • کارگاه بسیار مفیدی بود. • نکاتی که مطرح شد بسیار جالب بود. از توجه به نیاز برگزاری چنین کارگاهی بسیار ممنونم.
نقاط ضعف کارگاه
<ul style="list-style-type: none"> • کیفیت صدای فیلم نامناسب بود. • ای کاش این کلاس‌ها زودتر از تمام شدن بخش برگزار می‌شد.
پیشنهادات کارگاه
<ul style="list-style-type: none"> • لطفاً این کارگاه‌ها ادامه داده شود و گروه‌ها همه کارگاه‌ها را تجربه کنند. • بهتر است این کارگاه‌ها در ابتدای بخش برگزار شود. • پیشنهاد می‌کنم برای بخش ایفای نقش (role-play) وقت بیشتری گذاشته شود.



جدول ۱۰: عملکرد دانشی فراگیران شرکت کننده در اجرای آزمایشی برنامه؛ * سطح معناداری کمتر از ۰.۰۵؛ ** درصد پیشرفت از تقسیم نمره پیشرفت به سقف نمره محاسبه شده است.

Wilcoxon Signed Rank Test		میانۀ نمرات				سقف نمره کارگاه	نام کوتاه کارگاه - نام بیمارستان محل برگزاری
P value	Z value	اختلاف پیش و پس آزمون		پس آزمون	پیش آزمون		
		درصد ^{۰۰}	نمره				
۰.۱۰	-۱.۶	۰.۳	۰.۵	۶	۵.۵	۱۳	خبر بد - امام خمینی (ره)
۰.۰۱*	-۲.۳	۲۳	۳	۸	۵	۱۳	خبر بد - شریعتی
۰.۰۰*	-۲.۹	۲۰	۲	۵	۳	۱۰	بیمار عصبانی - امام خمینی (ره)
۰.۰۱*	-۲.۵	۲۰	۲	۶	۴	۱۰	بیمار عصبانی - شریعتی
۰.۰۰*	-۲.۹	۲۵	۲	۵	۳	۸	سواد سلامت - امام خمینی (ره)
۰.۰۰*	-۲.۸	۲۵	۲	۵	۳	۸	سواد سلامت - شریعتی
۰.۰۰*	-۲.۹	۱۶	۲	۵	۳	۱۲	محدودیت زمانی - امام خمینی (ره)
۰.۰۲*	-۲.۲	۱۶	۲	۶	۴	۱۲	محدودیت زمانی - شریعتی (ره)
۰.۰۰*	-۳.۲	۲۷	۳	۶	۳	۱۱	سد زبانی - امام خمینی (ره)
۰.۰۰*	-۳.۲	۲۷	۳	۶	۳	۱۱	سد زبانی - شریعتی
۰.۰۰*	-۳.۶	۲۳	۳	۷	۴	۱۳	اطفال - امام خمینی (ره)

نتایج رضایت‌سنجی به عمل آمده از مدرسان کارگاه در جدول ۵۱ آمده است. بر مبنای این جدول، هر ۱۱ مدرس به آیتم شماره ۰۱ (رضایت کلی از کارگاه)، امتیاز ۴ یا ۵ داده و متوسط امتیاز کل کارگاه‌ها در این آیتم $4.4 (\pm 25.0)$ به دست آمده است. متوسط امتیاز مدرسان به هیچ یک از آیتم‌های دیگر پرسشنامه رضایت‌سنجی نیز کمتر از ۴ نبوده است. در میان این آیتم‌ها، تنها آیتم شماره ۹ (رضایت از نظم کارگاه) و در یکی از ۱۱ کارگاه برنامه، امتیاز کم (۲) دریافت کرده است. همه مدرسان به تمامی آیتم‌های دیگر پرسشنامه امتیاز ۴ یا ۵ داده‌اند. در بازخوردهای مکتوب به دست آمده از مدرسان کارگاه، رضایت بالای ایشان از محتوای آموزشی برنامه و طراحی آموزشی کارگاه‌ها مشهود بود. کیفیت نامناسب صدای برخی از کلیپ‌های داستانی، تنها نقطه ضعفی بود که توسط برخی از مدرسان به آن اشاره شد. گروهی از مدرسان پیشنهاد دادند تا برنامه در ابتدای دوره کارآموزی فراگیران برگزار شود. گروهی دیگر نیز خواستار برگزاری کارگاه‌های مشابه برای دانشجویان مقاطع بالاتر (کارورزان و دستیاران) شدند. (جدول ۶۱). علاوه بر فراگیران و مدرسان کارگاه‌ها، بازخوردهای نمایندگان دانشجویی که به عنوان ناظر در زمان برگزاری کارگاه‌ها حضور داشتند نیز اخذ گردید. این افراد، رضایت فراگیران و مدرسان از کارگاه‌ها و کیفیت مناسب محتوای آموزشی برنامه را نقاط قوت اصلی برنامه دانستند.



جدول ۱۱: امتیاز مدرسان کارگاه‌ها به آیت‌های پرسشنامه رضایت‌سنجی

شماره	نام آیت	میانگین (انحراف معیار) امتیاز مدرسان به آیت‌ها در کل کارگاه‌ها
۱	رضایت از محتوای آموزشی کارگاه	۴.۶ (۰.۵۲)
۲	رضایت از روش‌های آموزشی کارگاه	۴.۶ (۰.۵۲)
۳	رضایت از ارائه Power-point کارگاه	۴.۶ (۰.۵۲)
۴	رضایت از سند «راهنمای تدریس» کارگاه	۴.۷ (۰.۴۸)
۵	کمک‌کننده بودن سند «راهنمای تدریس» کارگاه	۴.۴ (۰.۸۴)
۶	رضایت از تسلط خود به محتوای آموزشی	۴.۱ (۰.۵۷)
۷	رضایت از کیفیت تدریس خود	۴.۱ (۰.۵۷)
۸	کافی دانستن تعامل خود با فراگیران	۴.۴ (۰.۵۲)
۹	رضایت از نظم برگزاری کارگاه	۴.۴ (۰.۹۲)
۱۰	رضایت کلی از کارگاه	۴.۴ (۰.۵۲)

تسلط متوسط برخی مدرسان به محتوای آموزشی، مدیریت زمانی ضعیف کارگاه توسط برخی مدرسان، وجود برخی ایرادات ویرایشی در اسلایدها، صداگذاری نامطلوب برخی فیلم‌های آموزشی نیز از جمله نقاط ضعف اجرای آزمایشی برنامه بود که نمایندگان دانشجویی به آن اشاره داشتند. این نمایندگان همچنین درخواست گروهی از دانشجویان برای حضور در سایر کارگاه‌های این برنامه را به کمیته اجرایی گزارش نمودند (جدول ۷۱).



جدول ۲۱: بازخوردهای مکتوب مدرسان کارگاه‌ها در مورد اجرای آزمایشی برنامه

نقاط قوت کارگاه	
•	محتوا و نحوه ارائه مطلب بسیار خوب بود.
•	موضوع کاربردی بود.
•	بسیار خوب بود. ممنون از آماده بودن، منظم بودن و روش‌مند بودن کار.
•	محتوای آموزشی بسیار کامل و عالی بود.
•	از محتوای کارگاه و اسلایدها بسیار رضایت داشتم.
نقاط ضعف کارگاه	
•	کیفیت صدای فیلم‌ها ناواضح بود.
پیشنهادات کارگاه	
•	بهتر است تا کارگاه‌ها برای دستیاران نیز برگزار شود، چرا که بسیار مؤثرتر است.
•	ترجیح است تا کارگاه‌ها برای کارورزان نیز برگزار شود.
•	ارائه این کارگاه‌ها برای اساتید و اعضای هیئت‌علمی نیز قویاً توصیه می‌شود.
•	بهتر است تا کارگاه‌ها در ابتدای دوره کارآموزی برگزار شود.
•	بهتر است تا کارگاه در طول دوره [کارآموزی] برای دانشجویان برگزار شده و در بخش‌های دیگر تکرار شود.
•	در مورد اسلایدها پیشنهاد می‌کنم بیشتر از تصاویر خنده‌دار استفاده شود (تا یادشان بماند) و برای هر نکته یک شکل در اسلاید باشد.
•	بهتر است از قبل از کارگاه، مواد آموزشی آن در اختیار فراگیران قرار داده شود.

جدول ۳۱: بازخوردهای ناظران دانشجویی حاضر کارگاه‌ها در مورد اجرای آزمایشی برنامه

نقاط قوت کارگاه	
•	فراگیران و اساتید در بازخوردهای شفاهی خود از برنامه رضایت زیادی داشتند.
•	فراگیران در بازخوردهای شفاهی خود محتوای کارگاه‌ها را کاربردی دانستند.
نقاط ضعف کارگاه	
•	تسلط متوسط برخی از مدرسان به محتوای آموزشی برنامه
•	مدیریت زمانی نامطلوب برخی از مدرسان که منجر به کمبود وقت برای بخش ایفای نقش شد.
•	کیفیت صداگذاری برخی فیلم‌ها نامناسب بود.
•	برخی ایرادات ویرایشی و نگارشی در اسلایدها وجود داشت.
پیشنهادات کارگاه	
•	فراگیران چند کارگاه درخواست حضور در کارگاه‌های دیگر برنامه را داشتند.

ب) بحث و تحلیل فاز نیازسنجی:

نیازسنجی مطالعه حاضر در قالب برگزاری یک جلسه بحث گروهی متمرکز با شش کارورز، یک جلسه بحث گروهی متمرکز با شش دستیار و انجام مصاحبه تلفنی با شش پزشک عمومی که همگی دانش‌آموخته دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند، آغاز شد. نتایج این جلسات و مصاحبه‌ها سپس در قالب دو جلسه پانل خبرگان مهارت‌های ارتباطی جمع‌بندی و شش مهارت «ارائه خبر



بد به بیمار»، «برخورد با بیمار عصبانی»، «برقراری ارتباط با اطفال»، «برخورد با بیمار فاقد سواد سلامت»، «برقراری ارتباط با بیمار در زمان محدود» و «برقراری ارتباط با بیمار غیرهم‌زبان» به عنوان اولویت‌دارترین موضوعاتی برنامه انتخاب شدند. برخی محدودیت‌ها در فرایند نیازسنجی مطالعه حاضر قابل ذکر است: نخست آنکه، به دلیل حضور پزشکان عمومی در دوره طرح نیروی انسانی، امکان حضور ایشان در یک جلسه بحث گروهی متمرکز فراهم نشد و ناچاراً از مصاحبه تلفنی برای کسب نظرات این گروه استفاده شد. شکل نگرفتن بحث گروهی بین پزشکان عمومی می‌تواند یکی از دلایلی باشد که تعداد پیشنهادات دریافت شده برای برنامه از این افراد، کمتر از پیشنهاداتی بود که از کارورزان و دستیاران دریافت شد. محدودیت دوم، برگزاری تنها یک جلسه بحث گروهی متمرکز با هر یک از دو گروه کارورزان و دستیاران بود. به علت محدودیت زمانی و اجرایی، امکان برگزاری جلسات بیشتر با این گروه‌ها یا استفاده از سایر روش‌های کمی و کیفی نیازسنجی (نظیر پرسشنامه‌های مکتوب، مصاحبه‌های فردی و ...) در راستای triangulation بروندهای جلسات محقق نشد. بنابراین، ممکن است تا برخی موقعیت‌های خاص ارتباطی در فهرست اولیه موقعیت‌های پیشنهاد شده توسط این دو گروه ذکر نشده باشد. سومین و مهم‌ترین محدودیت فاز نیازسنجی، محدود بودن تعداد مهارت‌های ارتباطی بود که می‌توانست در برنامه گنجانده شود؛ به نحوی که با تصمیم کمیته راهبری و به منظور افزایش امکان‌پذیری اجرایی برنامه، سقف حداکثر شش موضوع یا مهارت برای برنامه در نظر گرفته شد. به همین دلیل، برخی مهارت‌های پیشنهاد شده توسط کارآموزان، کارورزان، دستیاران، اعضای پانل‌های خبرگان و نیز مهارت‌های استخراج شده از مرحله مرور متون (نظیر مهارت برخورد با بیمارمان manipulative، برخورد با بیمارانی که خود عضو کادر درمانی هستند، برخورد با بیماران پراسترس، برخورد با تفاوت‌های فرهنگی، ارائه خبر مرگ به بیمار و ...) یا در برنامه گنجانده نشد یا در یکی از موضوعات شش‌گانه اصلی ادغام شد. با توجه به دو محدودیت اول، پیشنهاد می‌شود تا برای استخراج سایر موقعیت‌های ارتباطی که فراگیری مهارت‌های مرتبط با آن می‌تواند برای پزشکان عمومی مفید باشد، مطالعات نیازسنجی کامل‌تری انجام گیرد. به علت عدم گزارش سوابق مطالعات مشابه در داخل کشور، پیشنهاد می‌شود تا چنین مطالعاتی در هر سه سطح محلی، استانی و ملی طرح‌ریزی و اجرا شوند. برای رفع محدودیت سوم، پیشنهاد می‌شود تا در صورت به وجود آمدن ظرفیت زمانی بیشتر در برنامه آموزشی دوره پزشکی عمومی دانشگاه، آموزش برخی مهارت‌ها که از فهرست شش‌گانه ابتدایی برنامه جا مانده‌اند، در برنامه گنجانده شود.

پ) بحث و تحلیل فاز طراحی برنامه:

نخستین گام در طراحی برنامه آموزشی «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص»، تدوین اهداف یادگیری، استخراج و سازماندهی رئوس محتوای آموزشی بود. این سه گام بر مبنای مرور منابع داخلی و خارجی و با هدف استخراج محتوایی متناسب با شرایط زمینه‌ای نظام سلامت ایران انجام پذیرفت. وجود نداشتن دستورالعمل‌های بومی یا ملی برای برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص یا دشوار، یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های مطالعه حاضر به شمار می‌آید. بسیاری از مدل‌هایی که امروزه برای مدیریت موقعیت‌های خاص ارتباطی پزشک و بیمار پیشنهاد می‌شود، حاصل تجارب افراد صاحب‌نظر در کشورهای غربی است و اگرچه شواهد متعددی برای اثبات کارآمدی بسیاری از این مدل‌ها وجود دارد، لیکن بسته به شرایط زمینه‌ای



مواجهه پزشک و بیمار، کاربرد و نتایج برخی اجزای این مدل‌ها می‌تواند متفاوت و بعضاً غیرقابل انتظار باشد؛ به عنوان مثال، تفاوت‌های فرهنگی در کشورهای مختلف می‌تواند اثربخشی گام‌های مدل SPIKES در ارائه خبر بد به بیمار را دچار تغییر نماید (۷۷، ۸۷). با توجه به این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود تا پژوهشگران حوزه مهارت‌های ارتباط با بیمار، بومی‌سازی مدل‌های پیشنهاد شده در منابع خارجی برای مقابله با موقعیت‌های خاص ارتباطی و تهیه دستورالعمل‌های ملی برای پزشکان در چنین موقعیت‌هایی را از جمله اولویت‌های مطالعاتی خود قرار دهند.

در طراحی آموزشی کارگاه‌های برنامه تلاش شد تا از یک مدل استاندارد (مدل پیشنهاد شده توسط Gangne و همکاران (۳۷)) استفاده شود. همچنین، از ترکیب روش‌های آموزشی سنتی (نظیر سخنرانی) و روش‌های فعال (نظیر مشاهده و تحلیل کلیپ داستانی، بحث گروهی، فعالیت گروهی و ایفای نقش) به عنوان شیوه‌های آموزشی کارگاه‌ها استفاده شد. علت تأکید بر استفاده از قالب کارگاهی و به کار بردن شیوه‌های آموزشی فعال، شواهد گوناگونی است که اثربخشی این روش‌ها را در آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار نشان می‌دهد (۸۱، ۶۶، ۷۶). نتایج رضایت‌سنجی از فراگیران و مدرسان نیز بیانگر استقبال ایشان از ترکیب روش‌های آموزشی به کار رفته در کارگاه است. با وجود روش‌های آموزشی متنوعی که در طراحی برنامه استفاده شد، در استفاده از برخی رویکردها و روش‌های آموزشی محدودیت وجود داشت. به عنوان مثال، پیش‌بینی تواتر بالای برگزاری کارگاه‌ها و واگذار شدن برگزاری به بخش‌های بیمارستانی باعث شد تا امکان استفاده از بیماران استاندارد در بخش ایفای نقش کارگاه‌ها وجود نداشته باشد. در عوض، دستورالعمل خلاصه‌ای برای بخش ایفای نقش کارگاه‌ها آماده شد که فراگیران می‌توانستند با مطالعه آن، خود نقش یک بیمار را در طول کارگاه ایفا نمایند. استفاده از فراگیران به عنوان بازیگر نقش بیمار در بخش ایفای نقش، امکان‌پذیری این بخش از کارگاه را افزایش داد. از این رویکرد در دستورالعمل Jackson و Back برای طراحی سناریوهای ایفای نقش در آموزش مهارت‌های ارتباطی پزشک و بیمار نیز به عنوان یک رویکرد «بسیار مفید» یاد شده است (۸). یک محدودیت دیگر این مطالعه، در نظر نگرفتن آموزش در بالین بیمار (Bedside) است. مهم‌ترین علت این تصمیم، جدید بودن برنامه و تجربه کم اعضای هیئت‌علمی در اجرای آن بود که باعث شد تا طراحی برنامه در سطح آموزش‌های نظری و فعالیت‌های عملی درون کارگاهی محدود شود. با این حال، مزایای آموزش در بالین بیمار در آموزش پزشکی کاملاً شناخته شده و با هیچ رویکرد دیگری قابل جایگزینی نیست (۱۸). استفاده از این رویکرد در آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص نیز مورد تأکید قرار گرفته است (۲۸). بنابراین، پیشنهاد می‌شود تا پس از اجرای منظم برنامه و کسب تجربه از ارزیابی آن، زمینه‌سازی لازم برای استفاده برنامه از رویکرد آموزش در بالین بیمار انجام شود.

یک پیشنهاد دیگر برای توسعه برنامه حاضر، طراحی آزمون‌های پایا و روا برای ارزیابی تراکمی فراگیران است. در نسخه کنونی برنامه تنها از روش‌های تک‌وینی ارزیابی فراگیران نظیر سناریوهای ایفای نقش و بحث گروهی استفاده شده است. با توجه به آنکه استفاده از ابزارهایی چون آزمون‌های بالینی ساختارمند و عینی (OSCE) برای ارزیابی مهارت‌های ارتباط با بیمار، رویکردی شناخته شده و مورد تأیید است (۳۸)، پیشنهاد می‌شود تا یا در قالب آزمون‌های OSCE موجود در برنامه آموزشی پزشکی عمومی (نظیر آزمون OSCE پیش‌کارورزی یا آزمون OSCE صلاحیت بالینی) یا با طراحی آزمون OSCE اختصاصی، ارزیابی تراکمی فراگیران نیز به برنامه موجود اضافه شود.

یکی دیگر از تصمیماتی که در طراحی برنامه گرفته شد، واگذار کردن اجرای کارگاه‌ها به گروه‌های بالینی بود؛ یعنی هر یک از کارگاه‌های برنامه در بخشی متناسب با موضوع کارگاه، درون فضای فیزیکی بخش و توسط یکی از اعضای هیئت‌علمی همان بخش آموزش داده خواهد شد. مهمترین دلیل برای این تصمیم، افزایش مشارکت گروه‌های بالینی در برنامه، افزایش احتمال پذیرش برنامه توسط اعضای هیئت‌علمی، افزایش امکان‌پذیری اجرایی برنامه و ارتقای یادگیری فراگیران از طریق ادغام برنامه در آموزش بالینی بود. از آن جایی که در این مدل از مدیریت برنامه نمی‌توان تدریس کارگاه‌ها را به فرد یا افراد خاصی از اعضای هیئت‌علمی محدود نمود، تصمیم گرفته شد تا برای هر کارگاه یک سند راهنمای تدریس آماده شود. در این صورت، هر عضو هیئت‌علمی که سابقه آشنایی با مهارت‌های پایه ارتباطی را دارد، می‌تواند با مطالعه این سند و نیز دریافت محتوای آموزشی کارگاه، خود را برای تدریس در آن آماده نماید. برگزاری کارگاه‌ها در بخش‌های بیمارستانی، می‌تواند امکان‌پذیری اجرایی برنامه را افزایش دهد. برگزاری موفق اجرای آزمایشی برنامه با استفاده از همین رویکرد نیز دلیلی برای پیش‌بینی موفقیت برنامه در آینده است. از سوی دیگر، واگذاری اجرای برنامه به گروه‌های بالینی و تمرکززدایی در مدیریت آن می‌تواند با تهدیدهایی نیز همراه باشد. پیدا نشدن بخش متناسب با برخی از کارگاه‌ها، بی‌علاقگی اعضای هیئت‌علمی بخش‌ها برای تدریس در برنامه، کاربردی نبودن یا عدم مطالعه سند راهنمای تدریس توسط مدرسان و نهایتاً اعمال تغییرات ناخواسته در ساختار کارگاه‌ها توسط ایشان، از جمله موانع احتمالی است که می‌تواند اثربخشی برنامه را مختل نماید. تعهد به پایش و ارزشیابی دقیق و منظم برنامه توسط گروه‌های آموزشی متولی آن در دانشکده (یعنی گروه آموزشی مهارت‌های ارتباطی و گروه آموزش پزشکی)، می‌تواند در شناسایی و مدیریت مدیریت این موانع احتمالی کمک‌کننده باشد.

ت) بحث و تحلیل اجرای آزمایشی:

اجرای آزمایشی برنامه در قالب شش کارگاه در گروه‌های داخلی و اطفال بیمارستان امام خمینی (ره) و پنج کارگاه در گروه داخلی بیمارستان شریعتی برگزار شد. به منظور افزایش امکان‌پذیری اجرای آزمایشی برنامه، فراگیران در قالب گروه‌های کارآموزی از پیش شکل‌گرفته خود در کارگاه‌ها حضور یافتند؛ یعنی هر یک از گروه‌های کارآموزی فراگیران ترجیحاً در همان کارگاهی حضور یافت که توسط بخش وقت آن گروه برگزار می‌شد. در نتیجه، یکی از محدودیت‌های اجرای آزمایشی این مطالعه، عدم استفاده از روش‌های تصادفی‌سازی ساده یا بلوکی برای توزیع فراگیران در کارگاه‌ها بود. محدودیت دیگر اجرای آزمایشی برنامه، دشواری تأمین کلاس‌هایی با امکانات سمعی و بصری مناسب جهت برگزاری کارگاه‌ها در بیمارستان بود. با توجه به چالش‌هایی که در مسیر تأمین این کلاس‌ها به وجود آمد، پیشنهاد می‌شود تا پیش از اجرای برنامه در آینده یا واگذاری کارگاه‌ها به بخش‌ها، تمهیدات لازم برای تجهیز کلاس‌های موجود بخش‌ها اتخاذ گردد.

نتایج ارزشیابی برنامه در سطح اول مدل Kirkpatrick نشان می‌داد که رضایت کلی فراگیران از کارگاه‌های برگزار شده بالا بوده است. همچنین، متوسط رضایت فراگیران از محتوا و روش‌های آموزشی کارگاه، ارائه Power-point کارگاه، تسلط محتوایی، کیفیت تدریس و تعامل مدرسان با فراگیران و نهایتاً کاربردی بودن محتوای کارگاه نیز بالا گزارش شد. اگرچه این رضایت بالا



تضمین‌کننده وقوع یادگیری در فراگیران نیست، اما می‌تواند تضمین‌کننده مشارکت و استقبال ایشان از برنامه باشد. بازخوردهای مکتوب دریافت شده از فراگیران و نیز بازخوردهای شفاهی که فراگیران در طول کارگاه به ناظران و اساتید ارائه دادند، نشان می‌دهد که مبتنی بودن کارگاه بر نیازهای فراگیران و استفاده از طیفی از روش‌های آموزشی فعال، از جمله دلایل رضایت بالای فراگیران از کارگاه بوده است. در همین راستا، ضریب همبستگی یکی از آیت‌های پرسشنامه رضایت‌سنجی (رضایت عمومی فراگیران از کارگاه) با امتیاز چهار آیت دیگر (رضایت از روش‌های آموزشی، رضایت از ارائه Power-point، کاربردی بودن کارگاه و وقوع یادگیری در کارگاه)، به طور معناداری بالا گزارش شد که می‌تواند بیانگر نقش مهم این عوامل در افزایش رضایت عمومی فراگیران از کارگاه‌ها باشد.

نتایج ارزشیابی کارگاه‌ها در سطح ارتقای دانش فراگیران (سطح دوم مدل Kirkpatrick) نشان می‌دهد که در ۰۱ کارگاه از ۱۱ کارگاه برگزار شده، یادگیری رخ داده است. تنها در یکی از کارگاه‌ها (کارگاه مهارت‌های ارائه خبر بد به بیمار در بیمارستان امام خمینی (ره))، اختلاف معناداری بین عملکرد دانشی فراگیران در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده نشد. اگرچه این یافته می‌تواند ناشی از ضعف طراحی کارگاه فوق باشد، اما شواهد متعددی علیه این فرضیه وجود دارد. نخست آنکه عملکرد دانشی فراگیران در کارگاه هم‌نام برگزار شده در بیمارستان شریعتی (که عیناً طراحی مشابهی با کارگاه بیمارستان امام خمینی (ره) داشته است)، به صورت معناداری ارتقا یافته است. دوم، کارگاه مهارت‌های ارائه خبر بد به بیمار در بیمارستان امام خمینی (ره) تنها کارگاهی در بین ۱۱ کارگاه برگزار شده بود که مدرس آن به گفته خود سند راهنمای تدریس کارگاه را مطالعه نکرده بود. سوم، بازخورد ناظر دانشجویی حاضر در کارگاه حاکی از آن بود که ساختار کارگاه توسط مدرس حفظ نشده است؛ به عنوان مثال، هم‌خوانی بین اسلایدها و محتوای کلامی مدرس وجود نداشته، دستورالعمل‌های اجرای بخش ایفای نقش انجام نشده و کارگاه بیشتر مبتنی بر تجربیات مدرس - و نه مسیر مشخص شده در سند راهنما - برگزار شده است. چهارم، کارگاه مهارت‌های ارائه خبر بد به بیمار در بیمارستان امام خمینی (ره)، تنها کارگاهی در برنامه بود که مدرس کارگاه نظم برگزاری آن را کم (امتیاز ۲ از ۵) توصیف کرد. با توجه به این دلایل و نیز رخدادهای یادگیری در ده کارگاه دیگر می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که اجرای آزمایشی برنامه در ارتقای دانش فراگیران موفق بوده است. یک یافته دیگر نیز در مورد کارگاه مهارت‌های ارائه خبر بد به بیمار در بیمارستان امام خمینی (ره) قابل ذکر است. علی‌رغم معنادار نشدن ارتقای عملکرد فراگیران در این کارگاه، آیت رضایت کلی فراگیران از کارگاه امتیاز نسبتاً مناسب ۹.۳ (از ۵) را به دست آورده و رضایت فراگیران از آیت‌های دیگر پرسشنامه رضایت‌سنجی نیز مناسب بوده است. همچنین، فراگیران خود معتقد بودند که کارگاه منجر به یادگیری ایشان شده است (امتیاز ۱.۴ از ۵). این یافته به خوبی نشان می‌دهد که برداشت فراگیران از یادگیری خود، ارتباط ضعیفی با رخدادهای حقیقی یادگیری در ایشان دارد. چنین گزاره‌ای در سایر مطالعات ارزشیابی آموزشی نیز مورد تأکید قرار گرفته است (۴۸، ۵۸).

ارزشیابی سطح دوم فراگیران در این مطالعه دو محدودیت عمده داشته است. اول، حضور در کارگاه‌های این برنامه نخستین مواجهه فراگیران با موضوع مهارت‌های ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص محسوب نمی‌شد. علت آن است که در برنامه جاری دانشکده پزشکی برای

آموزش مهارت‌های پایه ارتباط با بیمار که در مقطع میانی طب بالینی ارائه می‌شود، دو جلسه سخنرانی دو ساعته نیز به آموزش برخی مهارت‌های ارتباطی در موقعیت‌های خاص (نظیر ارائه خبر بد، برخورد با بیمار عصبانی و برخورد با بیمار غیرهم‌زبان) اختصاص دارد. بنابراین، کارآموزان حاضر در مطالعه حاضر پیشتر و در مقطع میانی طب بالینی، با موضوع مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص آشنا شده‌اند. این محدودیت می‌تواند میزان ارتقای دانش فراگیران به دنبال حضور در اجرای آزمایشی برنامه حاضر را محدود نموده باشد. به همین دلیل، توصیه می‌شود تا ارزشیابی آموزشی برنامه در سطح ارتقای دانش با حضور فراگیرانی که نخستین مواجهه خود را با موضوع «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص» تجربه می‌کنند نیز انجام شده و نتایج آن با نتایج مطالعه حاضر مقایسه گردد. دوم، ارزشیابی مطالعه حاضر تنها محدود به تغییرات کوتاه‌مدت دانشی بوده است. تغییرات دانشی میان‌مدت یا بلندمدت و نیز تغییرات نگرش و مهارت‌های فراگیران در این مطالعه مورد سنجش قرار نگرفت. با توجه به این محدودیت، توصیه می‌شود تا برای ارزشیابی ارتقای دانش فراگیران در میان‌مدت و بلندمدت و نیز برای ارزشیابی تغییرات نگرش و مهارت ایشان به دنبال حضور در برنامه، مطالعات کاملتری طراحی و اجرا گردد.

بازخوردهای به دست آمده از مدرسان کارگاه‌ها نیز رضایت بالای ایشان از کلیات برگزاری کارگاه‌ها را نشان می‌دهد. در مقایسه هفت آیتم مشترک در پرسشنامه رضایت‌سنجی از فراگیران و مدرسان کارگاه (رضایت از محتوای کارگاه، رضایت از روش‌های آموزشی کارگاه، رضایت از ارائه POW-er-point کارگاه، رضایت از تسلط مدرس به محتوا، رضایت از کیفیت تدریس مدرس، رضایت از تعامل مدرس با فراگیران و رضایت از نظم برگزاری کارگاه)، هیچ آیتمی دیده نمی‌شود که متوسط امتیاز فراگیران یا مدرسان به آن کمتر از ۴ باشد. این رضایت بالا از کارگاه می‌تواند پذیرش برنامه توسط مدرسان و اعضای هیئت‌علمی بخش‌های بالینی در آینده را تسهیل نماید. از سوی دیگر، رضایت مدرسان از اسناد راهنمای تدریس بسیار بالا گزارش شده و ایشان این اسناد را برای تدریس خود کمک‌کننده دانسته‌اند. با توجه به تجربه کم پیشین مدرسان در آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص، این یافته می‌تواند این فرضیه را مطرح کند که اسناد راهنمای تدریس در توانمندسازی مدرسان کاربردی بودند. از سوی دیگر، مدرسان کارگاه‌های اجرای آزمایشی برنامه در یک جلسه توجیهی پیش از برگزاری نیز حضور یافتند. در این جلسه، توضیحی در مورد محتوای علمی برنامه داده نشد اما، برنامه آموزشی «برقراری ارتباط با بیماران در موقعیت‌های خاص»، ضرورت و اهداف آن به مدرسان معرفی گردید. به همین دلیل، ممکن است تا بخشی از رضایت بالای مدرسان از برنامه و اسناد راهنمای تدریس آن ناشی از توضیحاتی باشد که در جلسه توجیهی دریافت کرده باشند. نیاز به برگزاری چنین جلسات توجیهی در اجرای عادی برنامه، ضرورت و هزینه‌آزایی آن می‌بایست در مطالعات ارزشیابی دیگر مورد بررسی قرار گیرد.

آخرین منبع ارزشیابی برنامه، ناظران دانشجویی بودند که در محل برگزاری کارگاه‌ها حضور داشته و بازخوردهای خود از برنامه را در قالب نقاط قوت و ضعف ارائه نمودند. رضایت بالای فراگیران از کلیات کارگاه، روش‌های آموزشی به کار رفته در کارگاه و کاربردی بودن آن مهمترین نقاط قوتی بود که ناظران دانشجویی به آن اشاره داشتند. این یافته، با رضایت بالای دو منبع دیگر ارزشیابی (یعنی فراگیران و مدرسان) از کارگاه هم‌خوانی دارد. در مقابل، ناظران دانشجویی



تسلط کم برخی از مدرسان به محتوای آموزشی برنامه و مدیریت زمان ضعیف کارگاه توسط ایشان را از جمله نقاط ضعف برخی از کارگاه‌ها نام بردند. فرضیات مختلفی می‌تواند توجیه‌کننده این یافته باشد. محتملترین فرضیه، جدید بودن کارگاه برای مدرسان و تنوع روش‌های آموزشی به کار رفته آن است. در چنین شرایطی، تسلط ایده‌آل مدرس به محتوای کارگاه و زمان‌بندی آن جز با کسب تجربه در اجراهای متعدد برنامه حاصل نخواهد شد. توجیه دیگر این یافته، عدم مطالعه یا مطالعه ناقص سند راهنمای تدریس توسط برخی از مدرسان است. اگرچه تنها یکی از مدرسان در پرسشنامه رضایت‌سنجی خود اشاره کرد که هیچ بخشی از سند راهنمای تدریس را مطالعه نکرده و سایر مدرسان نیز رضایت بالایی را از اسناد راهنمای تدریس گزارش کردند، چگونگی استفاده مدرسان از این اسناد نیاز به بررسی بیشتر دارد. استفاده از روش‌های ارزشیابی کیفی (نظیر برگزاری جلسات مصاحبه و بحث گروهی متمرکز با مدرسان) می‌تواند نگرش مدرسان نسبت به مطالعه اسناد راهنمای تدریس، کیفیت مطالعه و نقاط قوت یا ضعف اسناد از نظر ایشان را مشخص نماید. فرضیه سوم در توجیه یافته فوق، ضعف توانمندی تدریس یا تسلط کم برخی مدرسان به مباحث پایه‌ای مهارت‌های ارتباطی است. البته این فرضیه احتمال کمی دارد؛ چرا که مدرسان کارگاه‌ها از بین اعضای هیئت‌علمی انتخاب شدند که توانمندی تدریس و علاقه ایشان به موضوعاتی چون مهارت‌های ارتباط با بیمار از پیش شناخته شده بود.

در پایان، مهمترین محدودیت مطالعه حاضر را می‌توان عدم امکان ارزشیابی پیامدهای برنامه در سطح سوم (ارتقای رفتار) و سطح چهارم (ارتقای نتایج) مدل Kirkpatrick دانست. شواهد زیادی وجود دارد که بر اهمیت ارزشیابی برنامه‌های آموزشی در سطح سوم و چهارم تأکید کرده‌اند (۴۸، ۶۸)؛ چرا که یک برنامه آموزشی می‌تواند با رضایت بالای فراگیران همراه بوده و حتی منجر به ارتقای دانش ایشان نیز بشود اما در عمل تغییر رفتاری در فراگیران رخ نداده یا نتیجه مورد انتظار از برنامه به دست نیاید (۵۷، ۵۸، ۷۸). علت اصلی این محدودیت، زمان‌بر بودن مطالعات ارزشیابی در سطح سوم و چهارم است که توان اجرایی آن در حاضر مطالعه وجود نداشت. با توجه به هدف کاربردی این مطالعه که ارتقای دانش، نگرش و عملکرد فراگیران در برقراری ارتباط با بیماران در موقعیت‌های خاص است، توصیه می‌شود تا مطالعات کاملتری برای ارزشیابی برنامه در سطح سوم و چهارم طراحی و اجرا شود.

به طور خلاصه، مطالعه حاضر منجر به طراحی و توسعه شش کارگاه در قالب برنامه آموزشی «مهارت‌های برقراری ارتباط با بیمار در موقعیت‌های خاص» شد. این کارگاه‌ها سپس در دو بیمارستان امام خمینی (ره) و شریعتی اجرا و ارزشیابی گشت. نتایج ارزشیابی کارگاه‌ها نشان از رضایت بالای فراگیران و ارتقای دانش ایشان به دنبال حضور در کارگاه‌ها داشت. پایش مستمر برنامه طراحی شده و ارزشیابی آن در سطوح تغییر رفتار و پیامد، از ضروری‌ترین اقدامات برای ارتقای برنامه در آینده است.

۷۱- 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.



عنوان فارسی:

تدوین چارچوب توانمندی های دانش آموختگان دوره دکترای تخصصی گروه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

عنوان انگلیسی:

Developing a competency framework for Medical Education PhD program at Tehran University of Medical Sciences

حیطه نوآوری:

- 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 صاحب / صاحبان فعالیت نوآورانه:

مجری: دکتر عظیم میرزازاده

مدیر اجرایی: دکتر فاطمه کشمیری

همکاران:

دکتر رقیه گندمکار، دکتر شیواشیرازیان، دکتر سارا مرتاض هجری، الهه محمدی

محل انجام فعالیت:

دانشگاه علوم پزشکی تهران دانشکده پزشکی

گروه/ رشته آموزش پزشکی مقطع تحصیلی دکترای تخصصی فاز بیمارستان بخش بالینی

مدت زمان اجرا: ۹۶-۹۲

تاریخ پایان ۱۳۹۶

تاریخ شروع ۱۳۹۲

هدف کلی:

تدوین چارچوب توانمندی های دانش آموختگان دوره دکترای آموزش پزشکی در دانشگاه علوم

پزشکی تهران

اهداف ویژه/ اهداف اختصاصی:

تبیین محورهای توانمندی های دانش آموختگان دوره دکترای آموزش پزشکی

تدوین فهرست توانمندی های دانش آموختگان دوره دکترای آموزش پزشکی

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

امروزه یکی از چالش های اساسی سیستم های آموزش پزشکی تحقق آموزش اثربخش و تربیت

دانش آموخته ی توانمند است. این امر سیستم های آموزش جهانی را به سمت "آموزش مبتنی

بر پیامد" و اصطلاح کاربردی آن "آموزش مبتنی بر توانمندی یا شایستگی" سوق داده است که

در آن علاوه بر فرایند آموزش، پیامد در سیستم آموزشی نیز مورد تاکید جدی قرار گرفته است. در



برنامه های آموزشی سنتی بر فرایند آموزش بدون توجه به پیامد آموزشی تاکید می شده است در حالیکه در آموزش مبتنی بر پیامد، فرایند و پیامدهای برنامه به عوامل اساسی برای هدایت و تصمیم گیری در رابطه با اجزای برنامه آموزشی در نظر می شود. برنامه های آموزشی مبتنی بر توانمندی در رشته های مختلف *chiropractic, pharmacology, social work, teacher education* مورد استفاده قرار گرفته است در پزشکی نیز آموزش مبتنی بر توانمندی بیش از ۵۰ سال پیش مورد توجه قرار گرفت. در ایران نیز در سالهای اخیر مورد استفاده دانشکده های پزشکی قرار گرفته است (۱).

در سال ۱۹۹۶ در دانشکده پزشکی *Brown University* کوریکولوم مبتنی بر توانمندی به نام MD2000 تدوین شد که طی آن مجموعه ای از توانمندیهای مورد انتظار برای دانش آموزان پزشکی تعیین گردید. تدوین برنامه آموزشی مبتنی بر توانمندی موجب می شود متولیان آموزش از کسب توانمندی های ضروری و ویژگی های مطلوب برای پزشک توانمند اطمینان کسب کنند. همچنین ایجاد درک مشترک از اهداف و آرمان های دانشگاه بین مدرسین و دانشجویان و تلاش برای کسب اهداف مشترک از دیگر مزایای کوریکولوم مبتنی بر توانمندی محسوب می شود. کوریکولوم های مبتنی بر توانمندی با ایجاد ساختار منسجم و یکپارچه بستر لازم را برای مشارکت بیشتر فراگیران و مدرسین برای تسهیم اهداف، یادگیری فعال، سنجش و پیگیری روند پیشرفت تحصیلی، شناخت و غلبه بر موانع کسب توانمندی های تعیین شده را فراهم می کند که این مهم تحقق فرایند یادگیری و آموزش اثربخش را موجب می شود (۲).

بررسی متون در رابطه با "توانمندی" و تعاریف آن نشان می دهد تعریف یکسانی از واژه ی "توانمندی" و معنی و مفهوم آن وجود ندارد. در متون مختلف تعاریفی مانند "ترکیبی از مهارتها، دانش و نگرشهای مورد نیاز برای انجام نقش به گونه ای اثربخش" و یا "کاربرد دانش و مهارت به طور مناسب" ارائه شده است (۳). همچنین واژه *Competence* اشاره به کیفیت و میزان برخورداری از صفت "*Competent*" بودن دارد در فرهنگ آکسفورد توانایی و ظرفیت انجام دادن وظیفه و برخورداری از دانش و توانایی انجام موفقیت آمیز برخی کارها را توانمندی می داند و *Competent* به فردی اطلاق می کند که کارآمد باشد (۴). معمولاً دو تعریف کاربردی از واژه "توانمندی" ارائه می شود. اولی نشانگر توانایی فرد برای انجام کارهای مربوط به شغل به گونه ای اثربخش است به عبارت دیگر به آنچه فرد به عنوان فعالیتی مهم در شغل خود انجام می دهد، ارتباط دارد و دومین تعریف عبارت است از آنچه فرد برای عملکرد اثربخش نیاز دارد که دربردارنده آن چیزی است که فرد برای موفقیت در شغل آینده لازم دارد. تعریفی که در حوزه علوم پزشکی از مفهوم توانمندی (*Competency*) ارائه شده است شامل "قضاوت صحیح و عادت به استفاده از ارتباطات، دانش، مهارت های فنی، استدلال بالینی، احساسات، ارزش ها و بازنمایی در فعالیتهای روزانه با هدف ارائه خدمت به جامعه و افراد" می باشد (۵).

نکته مهمی که در آموزش مبتنی بر توانمندی مدنظر صاحب نظران قرار می گیرد در تعریف "تاکید بر یادگیری و ارتقای مهارت فراگیران تا رسانیدن آنان به توانمندی اجرای موفقیت آمیز و مؤثر مهارتهایشان" تبلور می یابد. هدف سیستم آموزشی مبتنی بر توانمندی تغییر دانش، نگرش و مهارت برای ایفای وظایف حرفه ای در آینده است. به عبارت دیگر آماده سازی فراگیران برای کار در آینده و نیز کسب هریک از توانمندی های مطلوب در تک تک فراگیران در این رویکرد آموزشی

مورد تاکید قرار می گیرد (۶۰).

در حوزه آموزش علوم پزشکی ارائه مفهوم سازمان یافته ای از آموزش مبتنی بر توانمندی، با اهداف و ویژگی های زیر تا حدودی قابل تبیین است:
آموزشی که دانش و اطلاعات مناسب و مرتبط با ایفای نقش و وظایف حرفه های در اختیار فراگیران قرار دهد.

آموزشی که بر یادگیری و ارتقای مهارت و یا مهارت های فراگیران تارسانیدن آنان به توانمندی اجرای موفقیت آمیز و مؤثر مهارت هایشان تأکید دارد.

آموزشی که اهداف آن از تحلیل دقیق وظایف حرفه ای اتخاذ می شود.
آموزشی که تغییر دانش، نگرش و مهارت فراگیران را به صورت توأمان برای ایفای وظایف حرفه ای مورد نظر قرار می دهد (۷).

با تعاریف ارائه شده دانشگاه های مختلف تدوین توانمندی های دانش آموختگان خود را در رشته های مختلف آغاز نمودند.

از روش های متعددی در مطالعات مختلفی به منظور تدوین برنامه های آموزشی مبتنی بر توانمندی استفاده شده است. نتایج بررسی متون نشان داد روش های کیفی از جمله جلسات طوفان مغزی، گروه های متمرکز، روش های گروه اسمی، دلفی و ... از روش های مورد توجه در تدوین کوریکولوم های مبتنی بر توانمندی است (۸، ۹). دانشگاه Brown یکی از پیشگامان تدوین کوریکولوم مبتنی بر توانمندی از روش های طوفان فکری ۱، تکنیک گروه اسمی ۲، مصاحبه با صاحب نظران و افراد کلیدی و راند دلفی ۳ به منظور تدوین، بررسی، اصلاح و اجماع در رابطه با توانمندی های تدوین شده مورد استفاده قرار گرفته است (۲). در پروژه ای Tuning Project که توسط European Commission انجام شده است پس از بررسی متون مرتبط با چارچوب های توانمندی های موجود، کارگاه هایی با هدف بررسی درفت اولیه منتج از بررسی متون انجام شد و پس از آن با انجام مطالعه پیمایشی نظرات متخصصین در سراسر اروپا تا حد ممکن جمع آوری شده است و در network MEDINE مورد تایید قرار گرفت و سپس با برگزاری پنل تخصصی روایی نتایج مورد بررسی قرار گرفت (۹).

با استقبال دانشکده های پزشکی از رویکرد مبتنی بر توانمندی، استفاده از این رویکرد مورد توجه مدیران آموزشی در سیستم های آموزشی سایر رشته ها و مقاطع آموزشی قرار گرفت. این مهم در دوره های تحصیلات تکمیلی با توجه به اینکه فارغ التحصیلان مقطع مذکور بویژه دکترای تخصصی نیاز به مجموعه مهارت های ضروری برای ایفای نقش مؤثر در آینده شغلی خود دارد بیش از پیش احساس می شود. در پژوهش حاضر رشته آموزش پزشکی از رشته های نوین در مقطع تحصیلات تکمیلی است، مورد توجه قرار گرفته است. هدف این رشته تربیت دانش آموختگانی است که توانایی شناسایی مشکلات آموزشی از طریق تحقیقات مناسب، ارائه راه حل های منطقی و قابل ارزیابی برای مسایل آموزشی داشته باشند. همچنین توانمندی لازم به منظور مساعدت در امر برنامه ریزی و مدیریت مسایل آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی، انتقال تکنولوژی ها و روش های مناسب آموزشی به منظور ارتقای قابلیت های اعضا، هیات علمی داشته باشند. انتظار می رود دانش آموختگان قادر باشند با شناسایی نقاط قوت و ضعف دانشگاه ها و شناخت



- 1 Brainstorming
- 2 Nominal Group
- 3 Delphi Group Opinion Technique

عوامل پیشرفت و توسعه دانشگاه‌های جهان در ارتقای وضعیت دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ایفای نقش نمایند. این درحالیست که کریکولوم موجود بر اساس توانمندی‌های اساسی و نیای سیستم‌های آموزشی در کشور تدوین نشده است و توانمندی‌های دانش‌آموختگان به طور جدی و علمی در آن دیده نشده است. همچنین سیستم‌های آموزشی چارچوب معینی برای اطمینان از کسب توانمندی‌های اساسی توسط دانش‌آموختگان خود ندارند.

لذا می‌توان گفت با تدوین توانمندی‌های اساسی و شاخص قرار دادن آن در آموزش دوره دکترای تخصصی حتی در قالب واحدهای فعلی می‌توان محتوای دوره و روش‌های آموزشی را سرو سامان داد و سیستم آموزشی را از کسب توانمندی‌های اساسی توسط دانش‌آموختگان خود مطمئن ساخت. در مطالعه‌ی هاردن طیف مختلفی از کاربردی کردن ۹ بعد کریکولوم‌های مبتنی بر پیامد به تصویر کشیده شده است و وی بر این امر تأکید کرده است رایج‌ترین حالت تأکید بر تدوین توانمندی‌ها و تلاش سیستم آموزشی برای تعهد به اجرای سایر ابعاد کریکولوم‌های مبتنی بر توانمندی است (۲۳). بنابراین با توجه به اینکه، اولین و اساسی‌ترین گام در بازنگری کریکولوم آموزشی رشته‌ی آموزش پزشکی و پیاده‌سازی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر توانمندی، تبیین توانمندی‌های مورد انتظار دانش‌آموختگان رشته‌ی مورد نظر می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تدوین توانمندی‌های دانش‌آموختگان دوره دکترای آموزش پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر رفرنس):

در پروژه ملی که با هدف تدوین پروفایل مبتنی بر پیامد مکزیک انجام شده است با جلسات کارگاهی با حضور اعضای هیئت علمی و روسای دانشکده‌های مرتبط در ۴ زیرگروه برگزاری کرده است. کارگاه ذکر شده بررسی و آنالیز چارچوب‌های موجود منتج از بررسی متون شامل (IIME 2002) و (Tomorrow's Doctor (General Medical Council 2003)، توسط زیرگروه‌ها انجام و درفت اولیه با توجه به نیازهای جامعه و سیاست‌های کشور، پیامدها به عنوان -Minimal Essen (tial Requirements (Elements) تدوین شد. سپس درفت اولیه‌ی منتج از فاز اول با حضور متخصصین و زیرگروه‌های ذکر شده بررسی و پس اجماع در رابطه با پیامدهای مورد نظر، مورد تأیید قرار گرفت. (۱۰)

در گزارش Can MEDS با برگزاری بیش از ۳۰۰ جلسه با حضور متخصصین ۴ فاز اساسی را در تدوین چارچوب مبتنی بر پیامد تعیین کرده است که شامل تعیین استاندارد برای کریکولوم، تدریس و ارزیابی، توانمندسازی اعضای هیئت علمی، پژوهش و منابع توسعه‌ای و ارتباطات و انتشار ۴ فاز اصلی تدوین کریکولوم معرفی کرده است (۱۱). در گزارش Can MEDS که در سال ۲۰۰۵ منتشر شده است مراحل تدوین کریکولوم مبتنی بر توانمندی را تشریح کرده است (۱۲).

با توجه مزایای آموزش مبتنی بر توانمندی و علی‌رغم لزوم صرف تلاش و هزینه به منظور تدوین و اجرای (Competency Based Curriculum (CBC)، دوره پزشکی عمومی در این رابطه پیش‌رو بوده است. در سال ۱۹۹۸ (Association of American Medical Colleges (AAMC) در پروژه اهداف دانشکده پزشکی (MSOP) اهداف یادگیری کریکولوم پزشکی را مشخص نمودند. بر اساس پژوهش آنها پزشک باید توانمندی لازم را در نوع دوستی (altruistic)، مطلع/ بصیر

(knowledgeable)، ماهر (skillful)، وظیفه شناس (dutiful) کسب کند. (۱۳)

در سال ۱۹۹۹ مدل (Dundee Outcome Model (DOM) توسط Harden و همکاران بصورت مدل سه دایره متحد مرکز معرفی شد. داخلی ترین دایره "انجام اعمال درست" "doing the right thing" شامل ۷ پیامد، دایره میانی "انجام درست اعمال" "doing the thing right" شامل ۳ پیامد و دایره خارجی "فرد درست (کار)، آن را انجام می دهد" "The right person doing it" شامل ۲ پیامد می باشند. ۷ پیامد اول شامل توانمندی در مهارت‌های کلینیکی، در انجام پروسه های عملی، در رسیدگی/ بررسی (اطلاعات مقدماتی بدست آوردن از بیمار) به بیمار، درمان بیمار، ارتقاء، سلامت و پیشگیری از بیماری، مهارت‌های ارتباطی و بازبینی و بکارگیری اطلاعات می باشند. ۳ پیامد دایره میانی شامل: دانستن علوم اجتماعی، کلینیکی و پایه، درک نگرش و اخلاق مناسب و دانش مسئولیت‌های اخلاقی، مهارت های تصمیم گیری و قضاوت بالینی مناسب و ۲ پیامد دایره خارجی شامل: درک نقش پزشک در نظام سلامت و تمایل ذاتی برای ارتقاء فردی می باشد. (۱۴-۱۵)

Frank و همکاران در سال ۲۰۰۵ فاز چهارم پروژه Can MEDS را که شامل بازنگری و تجدید چارچوب توانمندی‌های این مدل بود را در کانادا انجام دادند. آنها توانمندی‌های دانش آموختگان را در ۷ حیطه Communicator, Medical expert, Collaborator, Scholar, Manager, Health advocate و Professionalism تعریف کردند (۱۲) و همکاران در سال ۲۰۰۷ در پروژه نتایج ACGME، تغییراتی را در برنامه رزیدنتی ایجاد کردند که بر آموزش بر اساس توانمندی متمرکز بود. در این راستا ACGME (American Board of Medical Specialists) (ABMS) ۶ حیطه برای توانمندی‌های اصلی تعریف کردند که شامل مراقبت از بیمار (Patient Care)، دانش پزشکی (Medical Knowledge)، یادگیری و پیشرفت مبتنی بر عملکرد (Practice-based Learning and improvement)، مهارت‌های ارتباطی و میان فردی (Interpersonal and Communication skills)، تعهد حرفه ای (Professionalism)، عملکرد مبتنی بر سیستم (System-based practice) است (۱۶).

انجمن ملی فوق دکترای آمریکا (NPA Association) (۴) "National Postdoctoral" در سال ۲۰۰۸ توانمندی را "مهارت فردی کسب شده که نشان دهنده توانایی فرد در فراهم کردن یک سطح بالا و با کیفیت نامتناقض از عملکرد در یک فعالیت شغلی خاص" تعریف کرد. بر این اساس NPA ۶ توانمندی اصلی شامل دیدگاه علمی مختص رشته علمی Discipline-specific professional knowledge، مهارت‌های ارتباطی، Communication skills، تعهد حرفه ای- professionalism، ایجاد مهارت تحقیق Research skill development، مهارت‌های مدیریت و رهبری Leadership and management skills، مسئول اجرای تحقیقات Responsible conduct of research را ارائه کرد (۱۷).

آن چه در حال حاضر در حوزه آموزش پزشکی، به عنوان توانمندی مورد نیاز برای تربیت پزشک، مورد موافقت نسبتاً عمومی قرار گرفته عبارتست از:

داشتن چشم انداز مناسب از نظام مراقبت سلامت

توانایی اندازه گیری و بهبود بخشیدن به کیفیت مراقبت

توانایی مدیریت تیم پزشکی

آشنایی با نحوه مراقبت‌های پیشگیرانه



توانایی برقراری ارتباط بین پزشک و بیمار و مهارت در روابط بین فردی
توانایی انجام کار تیمی
مدیریت کردن اطلاعات و آشنایی با تکنولوژی اطلاعاتی
مدیریت فعالیت های درمانی مبتنی بر سیستم
آشنایی و پای بندی به اصول اخلاقی
توانایی تصمیم گیری مبتنی بر اطلاعات و شواهد
انجام توأم با مهارت پروسیجرهایی مرتبط با حرفه
توانایی انجام پژوهش و گردآوری و تحلیل اطلاعات
توانایی استفاده از علوم پایه و بالینی در مقام عمل (۱۸)

با رشد روز افزون کاربرد برنامه های آموزشی مبتنی بر توانمندی در دانشکده های پزشکی، استفاده از این رویکرد و تاکید بر تعیین توانمندی در سایر رشته های علوم پزشکی مورد توجه قرار گرفت. Calhoun و همکاران در سال ۲۰۱۲ مدلی را برای توانمندیهای اصلی در آموزش دوره دکترای بهداشت عمومی "public health" تعریف کردند. این توانمندیها در ۷ حیطه اصلی و ۵۴ توانمندی مرتبط مشخص گردید. ۷ حیطه ی اصلی عبارتند از رهبری leadership، عنوان مرکز توجه در این مد نظر قرار گرفت. حامی advocacy، ارتباطات communication، مدیریت -manage- ment، تسلط فرهنگی/اجتماعی community/cultural orientation، تعهد و اخلاق حرفه ای professional & ethics و تحلیل نقدانه critical analysis از توانمندی های اساسی برای دانش آموزان دکترا تخصصی بهداشت عمومی تعیین شده است. (۱۹)

Schultz و همکاران در سال ۲۰۱۲ استانداردهای ملی توانمندیهای اصلی پزشکان، پرستاران و اعضا، اورژانس در خطرات ناشی از بلایای طبیعی را مشخص کردند. آنها ۱۹ توانمندی اصلی و بیش از ۹۰ هدف عملکردی را برای پرسنل مراقبتهای پزشکی اورژانس تعریف کردند که علاوه بر تخصص پزشکی، مهارتهای ارتباطی، مدیریت منابع، اصول اخلاقی، روانشناسی و تفکر نقاد تاکید شده است. (۲۰)

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

سال های اخیر در دانشگاه های مختلف کشور توانمندی های دانش آموزان رشته های مختلف علوم پزشکی بویژه پزشکی عمومی تدوین شده است. دانشگاه علوم پزشکی تهران به عنوان یکی از دانشگاه های پیشرو در کشور توانمندی های دانش آموزان دوره ی پزشکی عمومی را در سال ۸۹ منتشر کرد که مشتمل بر ۷ محور اساسی شامل "مهارت های بالینی، مهارت برقراری ارتباط، مراقبت بیمار (تشخیص، درمان، بازتوانی)، ارتقای سلامت و پیشگیری، رشد فردی، تعهد حرفه ای، اخلاق و حقوق پزشکی، مهارت تصمیم گیری، استدلال و حل مسئله و نظام سلامت و نقش پزشک در آن" است (۲۱).

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

فرایند حاضر در سه گام در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۶ اجرا شده است که شامل اول شامل تبیین



دیدگاههای دینفعان مختلف در رابطه با توانمندیهای دانش آموخته دکتری آموزش پزشکی، دسته بندی و تشکیل طبقات کدهای استخراج شده، مرحله دوم؛ تبیین و تصریح توانمندیها و در مرحله سوم نظرسنجی و سنجش روایی محتوایی توانمندیهای تبیین شده انجام شد. شرکت کنندگان در این مطالعه شامل ۸۹ نفر از دینفعان در گروه‌های مختلف بودند شامل ۳۵ نفر از دانشجویان دکتری تخصصی، ۲۲ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه (مدیران دفتر توسعه و اعضای هیات علمی گروه آموزشی و مدیران آموزشی دانشگاه) که در مرحله اول وارد شدند. در مرحله دوم ۱۰ نفر از دانشجویان و دانش آموختگان دکتری تخصصی و ۷ نفر از اعضای هیات علمی مشارکت داشتند و در مرحله سوم ۱۵ نفر از اعضای هیات علمی و مسئولان مراکز توسعه آموزش پزشکی در راندهای نظرسنجی و ۷ نفر از متخصصین در پانل تخصصی شرکت کردند. در حدود ۴۰۰ ساعت جلسات اجماع محور در این مطالعه برگزار شده است.

در مرحله اول در مجموع ۵۷ نفر در خلق ایده ها در گروه‌های مختلف در مطالعه وارد شدند که به تفکیک شامل ۳۵ نفر از دانشجویان دکتری تخصصی آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۵ نفر از مدیران واحد مرکز مطالعات و دفاتر توسعه آموزش دانشکده‌ها و ۸ نفر اعضای هیئت علمی گروه آموزش پزشکی دانشگاه در جلسات گروه اسمی، ۷ نفر از دست اندرکاران حوزه آموزش پزشکی در سطح کشور در نظرسنجی، ۲ نفر در مصاحبه تلفنی وارد شدند. در مرحله دوم پانل تخصصی با هدف ساختار دادن به نظرات تبیین شده و طبقه بندی آنها انجام شد در این مرحله جلسات پانل تخصصی با حضور ۱۰ نفر از دانشجویان و دانش آموختگان دکتری تخصصی و ۷ نفر از اعضای هیات علمی طی ۱۶ جلسه سه ساعته حیطه های مختلف مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله سوم که با هدف بررسی روایی محتوایی به صورت کیفی و کمی انجام شد که در این مرحله ۱۵ نفر از اعضای هیات علمی و مسئولان مراکز توسعه آموزش پزشکی در مطالعه شرکت کردند. نتایج حاصل از بررسی روایی در پانل تخصصی با حضور ۷ نفر از متخصصین مورد بررسی قرار گرفت و بر اساس کامنتهای کیفی و شاخصهای روایی محتوایی، تغییرات در توانمندیهای اعمال شد.

اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید:

در مرحله اول مطالعه با استفاده از سه سویه سازی ۱ در انتخاب گروه‌های دینفع مختلف و روشهای مختلف، نظرات گروه‌های مختلف دینفع جمع اوری شد. روشهای کاربردی برای خلق ایده و تبیین نظرات شامل سه جلسه گروه اسمی، نظرسنجی، مصاحبه تلفنی است.

در این جلسات سوالات آغاز کننده شامل موارد ذیل است:

چه توانمندی هایی برای متخصص آموزش پزشکی نیاز است تا بتواند به نیازهای سیستم های آموزشی پاسخ دهد؟

تجربه شما در کار با مرکز توسعه شما خود در چه حیطه های نیاز بیشتری به توانمند شدن داشته باشید (شما در مرکز توسعه از چه توانمندی هایی بیشتر استفاده می کنید؟)

از دانش آموخته ی دکتری تخصصی آموزش پزشکی در محیط های کاری انتظار می رود چه فعالیتهایی را بتوانند انجام دهند؟



شما در موقعیت شغلی فعلی، چه مهارت‌های و توانمندی‌هایی باید داشته باشید تا پاسخگوی انتظارات مدیرتان باشید؟

گام اول: برگزاری جلسات گروه اسمی

فرآیند تکنیک گروه اسمی در چهار مرحله‌ی متمایز اجرا شد که این مراحل عبارتند از: گام اول: خلق ایده‌ها، گام دوم: ثبت ایده‌ها، گام سوم: تصریح ایده‌ها، گام چهارم: رأی‌گیری درباره‌ی ایده‌ها. در جلسات گروه اسمی رهبر گروه با معرفی و بیان هدف برنامه جلسه را آغاز کرد. پس از بیان و اهداف جلسه توسط رهبر گروه، از شرکت‌کنندگان خواسته خواهد شد تا طی فرایند طوفان مغزی نظرات خود را در رابطه با توانمندی‌های دانش‌آموختگان دوره دکترای تخصصی آموزش پزشکی بیان کنند. رهبر گروه، نقش دبیر جلسه را نیز ایفا کرد و پاسخ‌های گروه را بر روی یک صفحه‌ی مناسب بنحوی که برای همه‌ی شرکت‌کنندگان قابل مشاهده باشد، تایپ و ثبت شد. در مرحله‌ی سوم با بحث بین شرکت‌کنندگان، تصریح ایده‌های افراد به جملات با مفهوم و روشن انجام شد (تصریح ایده‌ها) که طی آن اصلاحات لازم روی متن انجام گرفت. جلسات گروه اسمی با امتیازدهی شرکت‌کنندگان به منظور تعیین و اولویت‌بندی ایده‌های ارائه شده پایان یافت. در پایان این مرحله عبارات اولویت‌بندی شده به عنوان آئتم‌های نهایی جمع‌آوری شد و در مرحله‌ی آنالیز داده‌ها وارد شد.

به منظور جمع‌آوری نظرات دست‌اندرکاران حوزه آموزش پزشکی در سطح کشور از نظرسنجی استفاده شد که طی آن سوالات باز برای شرکت‌کنندگان از طریق ایمیل ارسال گردید و پس از ۴ هفته فرم‌ها جمع‌آوری گردید. همچنین مصاحبه با افراد کلیدی در مراکز مطالعات و توسعه دانشگاه‌های کشور به صورت تلفنی انجام شد. منظور از افراد کلیدی مدیران باتجربه‌ی مرکز مطالعات و توسعه‌ی دانشگاه‌های کشور است. مصاحبه‌ها به صورت نیمه ساختارمند انجام شد. تمامی متن مصاحبه‌ها ضبط شده و کلمه به کلمه تایپ گردید. برای رسیدن به غوطه‌وری در داده‌ها و به دست آوردن حس کلی نسبت به داده‌ها، پژوهشگر مصاحبه‌ها را چندین نوبت گوش کرده و متن تایپ‌شده آن‌ها را بارها و بارها مرور کرده است. سپس برای استخراج کدها، داده‌ها کلمه به کلمه خوانده شده و کلمات برجسته‌متنی مشخص و با یادداشت‌برداری در حاشیه متن کدگذاری انجام شد.

بعد از برگزاری جلسات مختلف، در این مرحله با جمع‌آوری نظرات گروه‌های مختلف ذینفع، کد جدید بدست نیامد (اشباع داده‌ها) و در پایان این مرحله کلیه کدهای استخراج شده از روش‌های مختلف شامل گروه اسمی، نظرسنجی و مصاحبه‌ها وارد مرحله تحلیل محتوایی شد. در مرحله بعد تحلیل داده‌ها با استفاده از رویکرد استقرایی 'Elo & Kyngas استفاده شده است. بر اساس رویکرد استقرایی، کدگذاری داده‌ها از کدهای اختصاصی آغاز و با ترکیب آن‌ها، عبارات کلی و انتزاعی‌تر پدید می‌آید (Elo & Kyngas, 2007). فرایند تجربه و تحلیل شامل کدباز، طبقات و طبقه‌بندی اصلی است. با کدگذاری، واحدهای معنایی از بیان و گفته‌های مشارکت‌کنندگان که بیانگر تجارب آنان بود، استحصال، سپس کدها بر اساس قرابت معنایی داخل طبقات قرار گرفتند. طبقات باهم مقایسه شدند و درون‌مایه اصلی حاصل شدند. درون‌مایه اصلی تحت عنوان محور، طبقات به عنوان زیرمحور و کدها تحت عنوان توانمندی‌های تبیین شده جهت تصریح و بررسی در پانل تخصصی وارد شدند.

گام دوم: تبیین و تصریح توانمندی‌ها

این مرحله باهدف تبدیل کدهای استخراج شده به توانمندی انجام شد. در این مرحله جلسات پانل



تخصصی در دو سطح برگزار شد. در سطح اول؛ دانش آموختگان و دانشجویان دکترای تخصصی و در سطح دوم توانمندی‌های تدوین شده در بین اعضای هیات علمی گروه آموزش پزشکی دانشگاه برگزار شد.

در سطح اول؛ هدف تصریح‌های کدهای استخراج شده به قالب توانمندی با رعایت اصول نگارش توانمندی بود. در پانل تخصصی، هریک از توانمندی‌های تدوین شده از نظر پوشش محتوایی کدهای استخراج شده و رعایت اصول نگارش توانمندی مورد بحث قرار گرفت و اصلاحات پیشنهادی جهت بهبود توانمندیها اعمال شد.

در سطح دوم؛ توانمندی‌های تدوین شده در بین اعضای هیات علمی گروه آموزش پزشکی دانشگاه مورد بحث قرار گرفت و پیشنهادات با اجماع نظرات اعمال شد. پس از جمع‌آوری نتایج حاصل، نسخه اولیه چارچوب مجموعه توانمندی‌های دوره دکترای تخصصی آموزش پزشکی در این مرحله تدوین شد.

مرحله سوم: سنجش روایی توانمندی‌ها

در مرحله سوم بررسی نظرات متخصصین حوزه آموزش پزشکی در کشور و همچنین بررسی روایی محتوایی به صورت کیفی و شاخصهای کمی، توانمندیهای تدوین شده انجام شد. فرم سنجش روایی محتوایی کیفی بر اساس توانمندیهای تدوین شده تهیه شد و از طریق ایمیل برای شرکت کنندگان در این مرحله ارسال شد. پس از جمع‌آوری فرم‌ها، کامنتها و نظرات کیفی متخصصین جمع‌آوری شد. شاخص‌های کمی روایی محتوا (CVR & CVI) مورد بررسی قرار گرفت. برای تعیین روایی محتوا به روش کمی از دو شاخص «نسبت روایی محتوا»^۱ و «شاخص روایی محتوا»^۲ استفاده شد. برای تعیین نسبت روایی محتوا (CVR) از متخصصین مذکور درخواست شد تا هر توانمندی را بر اساس طیف سه درجه‌ای (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست و ضرورتی ندارد) بررسی نمایند. بر اساس جدول لاوشه حداقل ارزش نسبت روایی محتوا تعیین شد (Lawsche, 1975). برای شاخص روایی محتوا (CVI) معیار مربوط بودن هریک از ایت‌م‌های پرسشنامه با استفاده از طیف لیکرت چهار درجه‌ای مورد بررسی قرار گرفت. (Waltz & Bausell, 1983) در این مطالعه I-CVI (item-level content validity index) برای هر ایت‌م مورد بررسی قرار گرفت و همچنین S-CVI/Ave (scale-level content validity index) محاسبه گردید (Polit & Beck, 2006). نتایج حاصل از نظرسنجی و سنجش روایی در پانل تخصصی بررسی و اصلاحات پیشنهادی و شاخصهای روایی کمی هریک از توانمندی‌ها مورد بحث قرار گرفت.

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

The present process conducted in 3 steps; the first step, we explored the capabilities of PhD graduate in Medical education in viewpoint of different stakeholders, in the Second, we developed a draft of competency framework and in the third step we assessed the validity of the competencies framework. In the present process 89 of stakeholders consisted of 35 PhD students in medical education, 22 faculty members participated in the first



step. In the second step, 10 PhD students and 7 faculty members and in the third step 15 faculty members and 7 experts involved in competency development process.

In the first step, we have used Nominal group technique sessions, expert panel meetings, survey and individual interviews. The data analyzed by inductive content analysis according to Ela & Kyngas approach. In The second step, the explored cods revised as a "competency" based on the principals of competency development. In the Third step, the validity of competencies has been assessed by stakeholders.

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

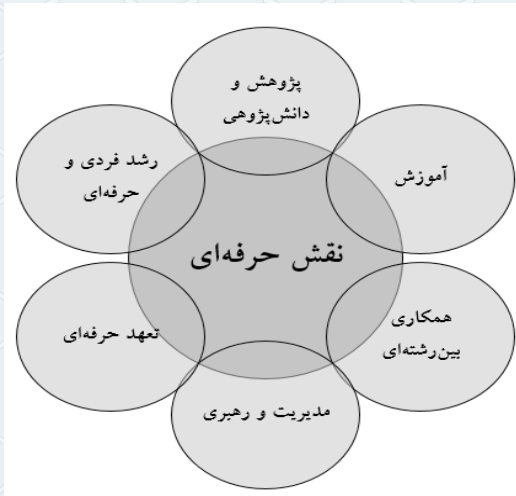
در این فرایند حاضر به منظور تعامل با محیط در رابطه با چارچوب توانمندیهای دانش آموختگان دوره دکتری آموزش پزشکی، فرم های نظرسنجی به منظور بررسی نظرات متخصصین حوزه های مختلف مدیریت آموزش، اعضای هیات بود آموزش پزشکی، برخی از مدیران مراکز توسعه و اعضای هیات علمی گروه های آموزش پزشکی و دانشجویان و دانش آموختگان در سطح دانشگاه های علوم پزشکی کشور ارسال شد. در این فرم ها علاوه بر روایی محتوایی، شفافیت توانمندی ها با استفاده از طیف لیکرت چهار درجه ای مورد بررسی قرار گرفت که میانگین شاخص شفافیت ۰,۸۸ بود که نشان دهنده وضعیت مطلوب شفاف توانمندیها تبیین شده است.

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

در مجموع ۵۳۵ کد از مرحله اول مطالعه حاضر استخراج شد که به تفکیک در مرحله اول در مجموع ۲۹۹ کد اولیه از جلسات گروه اسمی استخراج شد که بعد از اولویت بندی ۲۸۵ کد باقی ماند آنالیز وارد شدند. در پانل تخصصی از کدهای تبیین شده به ۶۵ توانمندی، ۱۲ زیرمحور و ۷ محور تدوین شد که شامل محور نقش حرفه ای (۲۰ توانمندی)، دانش پژوهی (۱۶ توانمندی)، آموزش (۳ توانمندی)، همکاری بین رشته ای (۵ توانمندی)، مدیریت و رهبری (۴ توانمندی)، تعهد حرفه ای (۱۰ توانمندی)، ارتقای فردی (۷ توانمندی) است که جهت سنجش روایی در نظر سنجی وارد شدند. ۳۰ کامنت به صورت کیفی از متخصصین دریافت شد که طی آن ۱۵ آیتم توانمندی و برایش شد. در رابطه با شاخصهای کمی، بر اساس جدول لاوشه حداقل CVR قابل قبول برای هر آیتم ابزار ۰,۵۱ تعیین شده است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد شاخص CVR برای ۱۱ توانمندی کمتر از ۰,۵۱ بوده است که از چارچوب حذف شد. بر اساس شاخص I-CVI، همه توانمندی باقی مانده شاخص بالاتر از ۰,۷۹ را کسب کردند و در چارچوب مذکور حفظ شدند. $0.91 = \text{scale-level}$

توانمندی دکترای تخصصی آموزش پزشکی با ۵۴ توانمندی در ۱۱ زیرمحور و ۷ محور تدوین شد.





شکل شماره ۱- محورهای توانمندیهای دانش آموختگان دوره دکتری آموزش پزشکی 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.

منابع

FRANK J, SNELL LS, CATE OT, HOLMBOE ES, CARRACCIO C, SWING SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher*. 2010;32: 638-45.

SMITH SR, DOLLASE R. AMEE guide No. 14: Outcome-based education: Part 2: Planning, implementing and evaluating a competency-based curriculum. *Medical Teacher*. 1999;21(1):15-22.

Shasti S. Competency based education. *Iranian Journal of Educational Strategies* 2010;3(2):77-80.

Yousefi A. Competency-Based Education (CBE)1. *Iranian Journal of Medical Education*. 1384;5(2):200-1.

Epstein R, Hundert E. Defining and assessing professional competence. 2002; . *JAMA*. 2002;287(2):226-35.

Shamshiri M, Mohammadi N, Sadeghi T. Innovation Problem base methodes in clinical competency assessment *Iranian Journal of Medical Education*. 1391;9(2):198-202.

Yusefi A. Competency-Based Education (CBE). *Iranian Journal of Medical Education*. 1384;5(2):200-1.

BIESMA RG, PAVLOVA M, VAATSTRA R, VAN MERODE GG, CZABANOWSKA K, SMITH T, et al. Generic Versus Specific Competencies of Entry-Level Public Health Graduates: Employers` Perceptions in Poland, the UK, and the Netherlands. *Advances in Health Sciences Education*. 2008;13:325-43.

HARDEN RM. Outcome-Based Education: the future is today *Medical Teacher*.



2007;29:625-9.

ELIZONDO-MONTEMAYOR L, CID-GARCI´A1 A, AURORA PE´ REZ-RODRI´GUEZ B, ALARCO´ N-FUENTES G, PE´ REZ-GARCI´A I, STERN D. Outcome-based national profile of Mexico's medical graduates. *Medical Teacher*. 2007;29:691-8.

Frank JR, Deborah D. TheCanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies *Medical Teacher*. 2007;29(7):642 - 7.

Frank JR. The CanMEDS.physician competency framework: Better standards, better physicians, better care Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 2005.

Anderson MB, Cohen JJ, A HJ, Kassebaum DG, Turnbull J, Whitcomb ME. Learning objectives for medical student education-Guidelines for medical schools: Report I of the Medical School Objectives Project. *Academic Medicine*. 1999;74(1):13-8.

Harden J. AMEE Guide No.14: Outcome-based education: Part 5-From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. *Medical teacher*. 1999;21(6):546-52.

Harden RM. AMEE Guide No. 14: Outcome-basededucation: Part 1-An introduction to outcome-based education. *Medical teacher*. 1999;21(1):7-14.

Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Medical teacher*. 2007;29(7):648-54.

Anestidou L, Chesney J, Chuck E, al. e. The NPA Postdoctoral Core Competencies Prepared by the NPA Core Competencies Committee (2007-2009) .<http://www.nationalpostdoc.org/publications-5/competencies>. (accessed 20/7/2014).

Yousefi A. Competency Based Education. *Iranian Journal of Educational Strategies*. 1384;5(2):145-6.

Calhoun JG, McElligott JE, Weist EM, Raczynski JM. Core competencies for doctoral education in public health. *American journal of public health*. 102. 2012;1:22-9.

Schultz CH, Koenig KL, M W, R M. Development of national standardized all-hazard disaster core competencies for acute care physicians, nurses, and EMS professionals *Annals of emergency medicine*. 2012;59(3):196-208.

توانمندی های دانش آموختگان دوره ی پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۸۹.

Graham MJ, Naqvi Z, Encandela JA, Bylund CL, Dean R, Calero-Breckheimer A, et al. What indicates competency in systems based practice? An analysis of perspective consistency among healthcare team members. *Adv in Health Sci Educ*. 2009;14:187-203.

Harden, Ronald M.(2007)'Outcome-based education - the ostrich, the peacock and the beaver',*Medical Teacher*, 29:7,666 — 671

Elo, S., & Kynga` s, H. (2007). The qualitative content analysis process *RESEARCH METHODOLOGY*, 107-115.

Lawsche, C. (1975). A quantitative approach to content validity. *Pers Psychol*, 28(4), 563-575.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in nursing & health*, 29(5), 489-497.

Waltz, C., & Bausell, R. (1983). *Nursing research: Design, statistics, and computer analysis* (2en ed). Philadelphia: F. A. Davis Company.



عنوان فارسی:

طراحی، تولید محتوا، اجرا و ارزشیابی کلاس درس وارونه با استفاده از فیلم و راهنمای یادگیری در کورس گوارش دوره مبانی طب بالینی در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران: توسعه یادگیری الکترونیک و تعاملی

عنوان انگلیسی:

Design, implementation and evaluation of flipped classroom using video clips and study guide in gastroenterology course of FCM at Tehran University of medical sciences, school of medicine: Developing e-learning and interactive learning

حیطه نوآوری:

- 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 صاحب /صاحبان فعالیت نوآورانه :
محمود خدادادگی، دکتر محسن نصیری طوسی، دکتر مریم علیزاده

نام همکاران:

مهدی ارمندئی، زهره اجل لوییان، ریحانه علیخانی، سید محمد احمدی هنزائی، علیرضا رضایی

محل انجام فعالیت:

دانشگاه علوم پزشکی تهران دانشکده پزشکی رشته: پزشکی مقطع تحصیلی: دکترای حرفه ای

فاز: مبانی طب بالینی بیمارستان: امام خمینی، بخش داخلی

مدت زمان اجرا:

تاریخ شروع ۱۳۹۵،۷،۱

تاریخ پایان -

هدف کلی:

طراحی، تدوین محتوا، اجرا و بررسی تاثیر کلاس درس وارونه با استفاده از فیلم و راهنمای یادگیری در کورس گوارش دوره مبانی طب بالینی در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران توسعه یادگیری الکترونیک و تعاملی اهداف ویژه/ اهداف اختصاصی:

طراحی محتواهای آموزشی مورد نیاز برای مباحث کلاس درس وارونه طراحی راهنمای یادگیری برای مباحثی از کورس گوارش



اجرای کلاس درس وارونه برای مباحث کورس گوارش با استفاده از دانشجویان تسهیلگر تعیین میزان رضایت دانشجویان از روش کلاس درس وارونه تعیین میزان رضایت دانشجویان از راهنمای یادگیری و محتوای الکترونیک تعیین میزان یادگیری دانشجویان در روش کلاس درس وارونه نسبت به روش آموزشی سخنرانی از نظر سطوح یادگیری بلوم (دانشی و تحلیلی)

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

دوره مبانی طب بالینی در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، یکی از دوره‌های پرچالش است. ارزشیابی‌های انجام‌شده و نظرات دانشجویان نشان می‌دهد که دانشجویان از این دوره آموزشی رضایت کافی ندارند. یکی از موضوعاتی که در جلسات مختلف به آن اشاره می‌کنند نحوه ارائه محتوا و روش آموزش دوره است. به طوری که به جز یک جلسه بحث موردی در انتهای هر کورس، سایر جلسات با روش سخنرانی یک‌طرفه ارائه می‌شود و فرصتی برای استفاده از روش‌های آموزش فعال، یادگیری الکترونیک، یادگیری مبتنی بر مورد و ایجاد تعامل بین دانشجویان و یادگیری خود راهبر در این دوره در نظر گرفته نمی‌شود.

این در حالی است که بر اساس سند توانمندی‌های دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، یک پزشک فارغ‌التحصیل برای این‌که بتواند عملکرد مناسبی در حرفه خود داشته باشد، باید علاوه بر تخصص در محتوای آموزشی به مهارت‌های اساسی مانند کار گروهی، مهارت ارتباطی، حل مسئله و تصمیم‌گیری، استدلال و شاید مهم‌تر از همه مهارت یادگیری مادام‌العمر مجهز باشد. اما متأسفانه روش آموزش مبتنی بر سخنرانی و ارائه یک‌طرفه اطلاعات به دانشجویان نمی‌تواند به تنهایی این مهارت‌ها را در افراد تقویت کند.

یکی از شیوه‌های آموزش فعال و ترکیبی که در سال‌های اخیر به دلیل دسترسی به اینترنت و گسترش یادگیری الکترونیک بیش‌ازپیش مورد توجه قرار گرفته است، روش کلاس درس وارونه است. در این روش، برعکس روش معمول که آموزش مطالب در کلاس و توسط استاد صورت می‌گیرد، محتواهای آموزشی قبل از کلاس و عموماً با استفاده از بستر وب و به صورت الکترونیک در اختیار دانشجویان قرار داده می‌شود تا دانشجو مطالعه کند سپس از زمان کلاس برای ایجاد تعامل و یادگیری فعال استفاده می‌شود. بنابراین علاوه بر ایجاد یادگیری فعال، یادگیری خود راهبر از طریق واگذاری مطالعه محتوای الکترونیک به دانشجویان تقویت می‌شود.

هدف از این فرایند طراحی، تدوین محتوا، اجرا و بررسی تاثیر کلاس درس وارونه با استفاده از فیلم و راهنمای یادگیری در کورس گوارش دوره مبانی طب بالینی در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و توسعه یادگیری الکترونیک و تعاملی در آموزش دانشجویان پزشکی به منظور تقویت یادگیری خود راهبر و فعال بود.

مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر رفرنس):

گسترش پیوسته دانش پزشکی و مدت زمان رو به کاهش آموزش، چالش مهمی است که آموزش پزشکی با آن مواجه است (۱-۳). در حال حاضر اکثر کلاس‌ها به صورت ارائه سخنرانی برگزار می‌شود که در این روش استاد نقش محوری دارد^۱ (۴). در مقابل، رویکردهای یادگیری فعال^۲ علاوه



بر این که توسط تئوری های یادگیری پشتیبانی می شوند، بلکه نشان داده شده که اثرات مثبتی در یادگیری بلند مدت دارند (۵، ۶). تاییدات زیادی از نظر تجربی برای یادگیری فعال وجود دارد (۷). Miller و همکاران نشان دادند که رویکرد یادگیری فعال باعث افزایش حدود 9% میانگین نمرات دانشجویان در درس فیزیولوژی نسبت به روش آموزش سنتی می شود (۸). علاوه بر این مطالعات، در مطالعات صورت گرفته در دروس دیگری نظیر آناتومی نیز دانشجویان رضایت بیشتری به رویکرد های یادگیری فعال نشان داده اند (۹، ۱۰). به طور کلی یادگیری فعال در مطالعات علوم مختلف از علوم پایه تا مهندسی، ریاضیات و علوم تکنولوژی به خوبی اثرات مثبت خود را نشان داده است (۱، ۱۱-۱۶). در سال ۲۰۰۹ یک فراتحلیل از وزارت آموزش آمریکا منتشر شد که نشان می داد استفاده ترکیبی از آموزش آنلاین فراگیر محور و آموزش در کلاس، بهتر از به کار گیری هر کدام از این دو روش به تنهایی است (۱۷). نکته مهم دیگر این است که در مطالعات انجام شده آموزش مجازی بیشترین اثر مثبت را در یادگیری سطوح پایین مانند درک مطلب ۱ دارد (۱۸). کلاس درس وارونه ۲ یکی از روش های آموزشی است که اخیرا مطرح شده است. این روش ابتدا توسط Jonathan Bre-gmann و Aaron Sams در سال ۲۰۰۷ مطرح شد که می خواستند به این وسیله به دانش آموزان غایب کلاس آموزش دهند (۱۹). این روش را می توان با روش های یادگیری فعال ترکیب کرد (۲۰) در این روش و بر اساس طبقه بندی بلوم ۳، سطوح پایینی یادگیری نظیر به یاد سپاری ۴ و فهمیدن ۵، قبل از کلاس و توسط خود فراگیر کسب می گردد. به این ترتیب که محتوای آموزشی به عنوان مثال به صورت مجازی، قبل از کلاس در اختیار فراگیر قرار داده می شود. در ادامه کلاس درس جهت کسب سطوح بالاتر یادگیری نظیر به کار بستن ۶، تحلیل کردن ۷ و ارزیابی ۸ به شکل یادگیری مبتنی بر تیم ۹، یادگیری مبتنی بر مساله ۱۰ و بحث موردی ۱۱ برگزار می شود (۲۱-۲۴). به این ترتیب استاد با توجه به سوالات و ایرادات فراگیران به آنها بازخورد دهد و آنها را راهنمایی کند (۲۵). در واقع هدف این روش آموزشی، فراهم کردن محیط یادگیری با محوریت فراگیر است و نقش استاد از ارایه دهنده محتوا، به مربی و منتور تغییر می کند (۲۶، ۲۷). حامیان این روش آموزشی می گویند این روش باعث می شود تا دانشجویان کمتر در زمان کلاس به سراغ موبایل و اینترنت بروند یا به نحوی دچار حواس پرتی شوند (۲۸). از جمله نکات مثبت دیگر، کنترل پذیر بودن سرعت یادگیری با توجه به شرایط هر فراگیر به دلیل در دسترس بودن محتوای آموزشی قبل از کلاس، حضور فراگیران با آمادگی بیشتر در کلاس، افزایش قدرت حل مساله و کار تیمی است (۷، ۲۴، ۲۹). فراهم بودن شرایط بحث و تبادل نظر روی سوالات، امکان یادگیری فراگیران از یکدیگر، خود ارزیابی فراگیران از طریق کوپیزهای کوتاه در طول دوره، ارتباط بیشتر با استاد و امکان گرفتن بازخورد به طور مستقیم و در نهایت یادگیری بلند مدت به علت ارتقای آموزش تا سطوح بالاتر یادگیری، از جمله دیگر نقاط قوت این روش است (۱۹، ۲۴، ۳۰-۳۲). در رشته پزشکی و رشته های مرتبط تحقیقات متعددی

- 1 Comprehension
- 2 Flipped classroom
- 3 Bloom
- 4 Remembering
- 5 Understanding
- 6 Application
- 7 Analyzing
- 8 Evaluation
- 9 Team based learning
- 10 Problem based learning
- 11 Case discussion



صورت گرفته است. در رشته داروسازی Ferreri و همکاران در سال ۲۰۱۲ روش را در مورد یکی از درس های رشته داروسازی اعمال کردند که در نتیجه آن هم نمرات ارزشیابی دانشجویان نسبت به گذشته و هم میزان رضایت دانشجویان افزایش داشت (۳۳). نتایج تحقیق Koo هم نتایج مشابهی را نشان می دهد (۳۴). در سال ۲۰۱۴، Wong و همکاران از این روش در موضوع داروی موثر بر آریتمی در رشته داروسازی این روش را اجرا کردند که رضایت دانشجویان و نمرات آنها نسبت به گذشته بهتر شده بود (۳۵). نتایج بررسی Giuliano و همکاران هم افزایش ۱۰٪ نمرات و رضایت دانشجویان را به همراه داشته است (۳۶). در رشته پرستاری نتایج یک مقاله مروری سیستمیک اخیرا منتشر شده و حاصل بررسی ۲۱ مقاله، به این ترتیب است که تاثیر روش کلاس درس وارونه بر نمرات متغیر بوده و در برخی مطالعات تأثیری نداشته و در برخی دیگر مثبت بوده است. هم چنین طبق این مطالعه میزان رضایت دانشجویان در تحقیقاتی که به خوبی به آنها اطلاع رسانی شده، افزایش داشته است (۳۷). در رشته دندانپزشکی، Bohaty در سال ۲۰۱۶ مقاله ای منتشر کرده و نتایج حاصل از استفاده از این روش در یکی از دروس به صورت افزایش نمرات و رضایت دانشجویان بوده است (۳۸). Wakabayash هم در سال ۲۰۱۵ مقاله مروری از اجرای این روش طی ۲ سال در یکی از دروس رشته دندانپزشکی ارائه کرده و نشان داده که عملکرد دانشجویان و رضایت آنها نسبت به گذشته افزایش داشته است (۳۹). در رشته پزشکی Ramnanan در سال ۲۰۱۷ و در یک مقاله مروری، ۲۶ مقاله که معیارهای کافی داشته اند را از نظر بازخورد دانشجویان به استفاده از روش کلاس درس وارونه، بررسی کرده و نشان داده که دانشجویان ابراز رضایت بیشتری نسبت به روش سنتی آموزش داشته اند و این روش را ترجیح می دادند (۲). از طرف دیگر برخی مقالات بهبودی قابل توجهی در نمرات دانشجویان نشان نمی دهند. چنان که آقای Ramnanan در مقاله مذکور به چند مقاله که نتایج آنها تفاوتی با گذشته نشان نمی داد، اشاره می کند (۲). Chen در مقاله مروری که در سال ۲۰۱۷ منتشر کرده است، می گوید نتایج حاصل از برخی مقالات تفاوتی بین این روش و روش سنتی آموزش نشان نمی دهند. بنابراین اثربخشی این روش در بهبود یادگیری را محل سوال می داند. هر چند تصریح می کند که دانشجویان در مجموع از این روش رضایت بیشتری دارند (۴۰). البته برخی دلیل این مساله را در عدم استفاده از ابزارهای ارزیابی متناسب با این روش آموزشی می دانند. Morton در سال ۲۰۱۳-۲۰۱۴، مقایسه ای بین میزان پاسخگویی دانشجویان آموزش داده شده با روش کلاس درس وارونه و روش سنتی، به سوالات دانشی و تحلیلی انجام داده است و نشان داده است که میزان پاسخگویی به سوالات دانشی تفاوتی نداشته ولی عملکرد دانشجویان آموزش دیده با روش کلاس درس وارونه در سوالات تحلیلی بهتر بوده است (۴۱). از جمله دیگر انتقادات مطرح شده به طرح های اجرا شده با این روش آموزشی، می توان به نیاز بیشتر به صرف زمان جهت آماده سازی محتواهای آموزشی، عدم همراهی دانشجویان و اساتید و فراهم نبودن بستر IT اشاره کرد (۲۸).

در پاسخ به این انتقادات می توان گفت که مدت زمان بیشتر صرف شده برای تهیه محتواهای آموزشی، به دلیل قابلیت استفاده مجدد از این محتواها در آینده، مساله قابل اغماضی خواهد بود. به علاوه با ارائه توضیحات متناسب و کافی به اساتید و دانشجویان می توان همکاری لازم را به دست آورد. هم چنین در صورت فراهم شدن امکان استفاده از توانمندی های دانشگاه در حوزه IT به عنوان مثال همکاری با دانشکده مجازی و بهره گیری از تجربیات آنها، مشکلات کمتری در بستر

IT بوجود خواهد آمد.

از بخش های مهم اجرایی این روش آموزشی، مطالعه دانشجویان قبل از کلاس حضوری می باشد. با توجه به فرهنگ یادگیری حاکم در محیط های دانشگاهی داخلی و از جمله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران که عمدتاً مبتنی بر روش های استاد-محور و ارائه سخنرانی است، ممکن است دانشجویان با آمادگی در کلاس درس حاضر نشوند. به منظور حل این مشکل، در این مطالعه از راهنمای یادگیری استفاده خواهد شد. مطالعات نشان داده است که استفاده از راهنمای یادگیری می تواند به دانشجویان در یادگیری خود-راهبر کمک بیشتری کند (۴۲).

بنابراین با توجه به نتایج مقالات به نظر می رسد این روش در صورت اجرای صحیح می تواند رضایت بیشتری برای فراگیران فراهم کند و احتمال افزایش نمرات در صورت ارزشیابی متناسب با این روش قابل دستیابی می باشد.

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

در ایران نیز مقالاتی در خصوص کلاس درس وارونه به چاپ رسیده اند. حقانی در سال ۹۵ مروری بر مفهوم کلاس درس وارونه انجام داده است که علاوه بر تعریف مفهوم، به مزایا و معایب آن اشاره کرده است. (۴۳) دهقان زاده در سال ۹۵ میزان رضایت دانشجویان پرستاری از به کارگیری کلاس درس وارونه را مورد بررسی قرار داده و نشان داده است که اکثریت دانشجویان (حدود ۸۰ درصد) از این روش رضایت داشته اند. (۴۴) در مطالعه دیگری در سال ۹۴ کاویانی به بررسی تأثیر رویکرد کلاس وارونه بر پیشرفت تحصیلی، خود تنظیمی تحصیلی، تعامل گروهی و انگیزش تحصیلی دانش آموزان سال اول متوسطه پرداخته و نشان داده است که استفاده از کلاس درس وارونه تأثیر مثبتی بر همه این موارد داشته است. (۴۵) گلزاری هم در سال ۹۵ به بیان تجربیات اجرای چند دوره کلاس درس وارونه پرداخته است. (۴۶) با این وجود در حال حاضر مطالعه ای ای به زبان فارسی در مورد اجرا کلاس درس وارونه در یک دوره آموزشی و برای دانشجویان پزشکی، وجود ندارد. هم چنین در هیچ یک از مطالعات صورت گرفته از راهنمای یادگیری برای اجرای این شیوه استفاده نشده است. در مطالعات بررسی شده چالش هایی در خصوص عدم آمادگی دانشجویان برای حضور در کلاس درس بیان شده است، اما در هیچ کدام از مطالعات مذکور از راهنمای یادگیری برای کمک به آمادگی دانشجویان در کنار ارائه فیلم استفاده نشده است. همچنین اکثر مطالعات انجام شده به صورت تک گروهی بوده اند. در مطالعه حاضر از گروه مقایسه استفاده شد تا نتایج معتبرتری را به همراه داشته باشد. در این مطالعه روش کلاس درس وارونه را با استفاده از بسته مجازی و راهنمای یادگیری، در دوره مبانی طب بالینی اجرا کردیم و سطح رضایت و میزان بهبود نمرات دانشجویان را در این روش در مقایسه با روش ارائه سخنرانی ارزیابی نمودیم.

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

فرایند حاضر که خلاصه آن در دیگرام فوق قابل مشاهده است، از سال ۹۵ در کورس گوارش و برای دانشجویان ورودی ۹۳ رشته پزشکی به بعد طراحی شد و در حال حاضر در کورس گوارش دوره



مبانی طب بالینی برنامه ریزی و اجرا و ارزشیابی شده است. هدف از این فرآیند طراحی، اجرا و ارزشیابی میزان تاثیر روش کلاس درس وارونه بر یادگیری دانشجویان در برابر روش سخنرانی در کورس گوارش دوره مبانی طب بالینی در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. مراحل اجرای فرآیند شامل سه بخش است:

الف- طراحی برنامه و تدوین محتواهای آموزشی الکترونیک مورد نیاز کلاس وارونه (راهنمای یادگیری و تهیه فیلم) و سناریوهای بالینی

ب- اجرای کلاس درس وارونه و کلاس آموزشی متداول (ارائه سخنرانی) در دو گروه دانشجویان بیمارستان های امام و شریعتی ج- ارزشیابی رضایت و میزان تاثیر کلاس درس وارونه بر یادگیری دانشجویان با استفاده از گروه کنترل در ادامه، جزئیات این مراحل توضیح داده می شود:

الف: طراحی برنامه و تدوین محتواهای آموزشی الکترونیک مورد نیاز کلاس وارونه (راهنمای یادگیری و تهیه فیلم) و سناریوهای بالینی

الف- ۱. تهیه محتوای الکترونیک (فیلم و راهنمای یادگیری)

سه مبحث تحت عنوان های «هیپاتیت حاد»، «هیپاتیت مزمن» و «تفسیر تست های آنزیمی کبدی» که سابقاً به روش سخنرانی ارائه می شد، به روش کلاس درس وارونه ارائه گردید. برای طراحی برنامه، در ابتدا کمیته ای متشکل از متخصص محتوا، متخصص آموزش، طراح و دانشجویان پزشکی تشکیل شد. در جلسات این کمیته موارد زیر مورد بحث و بررسی قرار گرفته و محتوا تدوین شد.

ابتدا اهداف آموزشی مباحث با توجه به مخاطبین آن (دانشجویان پزشکی دوره مطب) تعریف گردید. سپس همزمان با جستجوی منابع الکترونیک آماده و انیمیشن های موجود، سخنرانی های استاد درس در قالب فایل فلش (سخنرانی روی ست اسلاید) با استفاده از امکانات دانشکده مجازی ضبط گردید. همچنین برای هر یک از مباحث یک راهنمای یادگیری تدوین شد. از جداول، تصاویر، نمودارها و ویدیوهای آموزشی open access موجود در اینترنت و همچنین ویدیوهای سخنرانی استاد درس برای تکمیل این منابع استفاده شد. با توجه به اینکه راهنمای یادگیری و فیلم ها از طریق سامانه نماد و قبل از کلاس در اختیار دانشجویان قرار می گرفت و خودشان باید آن را مطالعه می کردند، تکنیک هایی برای افزایش تعامل و یادگیری بهتر در آن تعبیه شد. این تکنیک ها شامل تکالیفی که در آن خواسته شده بود یک نقشه مفهومی رسم کنند، محلی برای نکات کلیدی، حل سناریوهای بالینی، سوالات مشوق و محرک بازاندیشی، ارجاع به کتب مرجع و خودارزیابی دانشجویان با سوالات چهار گزینه ای و تشریحی در انتهای راهنمای یادگیری بود.

هم چنین از دانشجویان خواسته شد که به عنوان تکلیف بعد از مشاهده هر فیلم و مطالعه هر مبحث، از هر یک از مباحث یک نقشه مفهومی تهیه کنند و قبل از جلسه روی سامانه نماد بارگذاری کنند. ضرورت استفاده از ویدیوهای آموزشی در کنار راهنمای یادگیری جهت انتقال محتوای آموزشی به روش های مختلف بود تا دانشجویان بنا بر ترجیح خود از هر یک استفاده کنند و احتمال مطالعه قبلی افزایش یابد.

با توجه به این که در بخش ارزشیابی یکی از اهداف این فرآیند مقایسه میزان یادگیری با گروه کنترل بود و لازم بود منبع آموزشی مشابهی (از نظر محتوای اصلی ارائه شده) در اختیار گروه کنترل قرار



داده شود تا نتایج مطالعه قابل اعتمادتر باشد، درسنامه ای برای هر یک از مباحث تهیه شد. اما در آن از هیچ از تکنیک های یادگیری بهتر (که در راهنمای یادگیری گنجانده شده بود) استفاده نشد. این درسنامه ها برای مطالعه در اختیار گروه کنترل قرار گرفت. با توجه به اینکه امکان تدریس مباحث توسط یک مدرس برای هر دو گروه امکان پذیر نبود، طی جلسه ای توضیحات لازم به هر یک از مدرسین داده شده و از طرف کمیته، محتواهای آموزشی (شامل درسنامه و اسلاید آموزشی) در اختیار مدرس گروه کنترل قرار داده شد تا تفاوتی در مطالب آموزش داده شده، وجود نداشته باشد.

الف- ۲. تدوین سناریوهای بالینی

آخرین مرحله در این قسمت تهیه سناریوی بالینی برای کلاس حضوری بود که به کمک اعضای کمیته و برای هر یک از مباحث طراحی گردید. در طی سه نشست دو ساعته مجموعاً ۴ سناریو طراحی شد که در هر یک از جلسات دو سناریو مورد بررسی قرار گرفت. در طراحی سناریوها معیارهای زیر مد نظر قرار گرفت:

تناسب سطح سوالات سناریوها با سطح دانشجویان
امکان پاسخ دهی به سوالات با توجه به منابعی که قبل از کلاس در اختیار دانشجویان قرار گرفته است

تا حد ممکن به شرایط واقعی نزدیک باشد

ارائه نتایج آزمایشگاهی بدون تفسیر و تحلیل

ارائه تلفیقی از سوالات سطح دانشی، به کار بستن و تحلیلی برای هر یک از سناریوها

ارائه سوالات به صورت چند پاسخی، چهار جوابی و تشریحی

طراحی برخی سوالات در قالب شرح حال گیری و جهت تقویت توانایی دانشجویان در این حوزه

طراحی سناریو در خصوص شکایت های شایع تر

ب: اجرای کلاس درس وارونه و کلاس سخنرانی معمول در دو گروه دانشجویان بیمارستان های امام

و شریعتی

مراحل اجرای کلاس درس وارونه شامل دو بخش پیش از کلاس و کلاس حضوری تعاملی بود.

ب- ۱) پیش از کلاس

محتوای تدوین شده در مرحله طراحی محتوای آموزشی (شامل راهنمای یادگیری و فیلم های آموزشی) یک هفته قبل از کلاس حضوری مربوط به هر مبحث و از طریق سامانه نماد و همچنین

بستر تلگرام در اختیار دانشجویان قرار داده شد. و از آن ها خواسته شد تا با مطالعه قبلی در کلاس

حاضر شوند. برای اطمینان از مطالعه قبلی علاوه بر تکنیک هایی که برای تعامل با فیلم ها و راهنما

(رسم نقشه مفهومی و تکلیف) به دانشجویان داده شد یک آزمون مجازی نیز طراحی گردید.

این آزمون مجازی ۱۰ سؤالی چهار گزینه ای در سامانه نماد قرار داده شد و دانشجویان موظف

بودند پیش از کلاس در این آزمون شرکت کنند. این آزمون برای اطمینان از مطالعه قبلی برگزار شد.

ب- ۲) کلاس حضوری

کلاس های حضوری برای هر دو گروه (امام و شریعتی) برگزار گردید. در کلاس حضوری در گروه

کلاس درس وارونه، دانشجویان در گروه های کوچک تقسیم شدند. برای هر یک یا دو گروه یک نفر

از دانشجویان سال بالاتر به عنوان تسهیلگر حضور داشتند. علاوه بر نمایش سوالات سناریو بر

روی پرده نمایش، به اعضای هر گروه چند نسخه چاپ شده از سناریوهای (آماده شده در مرحله



طراحی) داده شد. توضیحات اولیه هر سناریو ابتدا توسط یکی از دانشجویان قرائت شده و سپس برای هم فکری تیمی برای هر یک از سوالات دو الی سه دقیقه فرصت داده شد. در این مدت مدرس کلاس و تسهیلگران که از دانشجویان سال بالاتر بودند و برای تسهیلگری در این جلسه آموزش دیده بودند، بین گروه‌های مختلف گردش کرده و علاوه بر ترغیب اعضای گروه‌ها به بحث و مشارکت بیشتر، به سوالات ایشان نیز پاسخ می‌دادند.

سپس یک نفر از دانشجویان به نمایندگی از سایر اعضای گروه به بیان نتیجه نهایی کارگروهی می‌پرداختند. همزمان با بیان نظرات گروه‌ها، مدرس کلاس این نظرات را با استفاده از تابلت بر روی پرده نمایش یادداشت نموده و به این صورت همه صحبت‌ها در معرض دید تمامی اعضای کلاس قرار می‌گرفت. پس از بیان نظرات دانشجویان، مدرس به نقد و تکمیل نتیجه کارگروهی دانشجویان پرداخته و پاسخ صحیح نهایی را بیان می‌نمود. در انتهای این هم فکری، مجدداً سوال بعد قرائت شده و این چرخه تکرار گردید. بحث در مورد هر یک از سناریوها حدوداً به مدت یک ساعت به طول انجامید. نکته مهم قابل ذکر این است که در تقسیم‌بندی گروه‌ها تلاش شد تا توزیع دانشجویان قوی و ضعیف بین گروه‌ها متوازن باشد. در گروه ارائه سخنرانی، صرفاً مباحث توسط استاد و با استفاده از اسلایدهای آموزشی ارائه گردید. در این گروه سناریوی بالینی در کلاس مطرح نشد. ج: ارزشیابی رضایت و میزان تاثیر کلاس درس وارونه بر یادگیری دانشجویان با استفاده از گروه کنترل

ارزشیابی در دو سطح از سطوح هرم پاتریک شامل واکنش دانشجویان و ارزشیابی یادگیری آن‌ها انجام شد که در ادامه توضیحاتی ارائه می‌شود.

ج-۱. ارزیابی میزان رضایت دانشجویان: پرسشنامه‌ای محقق ساخته و روا و پایا در این مرحله استفاده شد. سوالات این پرسشنامه براساس بررسی متون و با توجه به اهداف فرآیند به صورت خاص طراحی شد. به این صورت که سوالات مرتبط با این فرآیند از میان مقالات مورد مطالعه در بررسی متون استخراج گردید و سپس از میان این سوالات، گویه‌های مشترک حذف شده و نهایتاً به یک قالب اولیه دست پیدا کردیم. با توجه به اینکه راهنمای یادگیری در هیچ یک مطالعات قبلی، در کلاس درس وارونه مورد استفاده قرار نگرفته بود، سوالاتی جهت ارزیابی میزان رضایت دانشجویان از راهنمای یادگیری نیز به مجموعه سوالات اضافه شد. نهایتاً همه سوالات مورد ارزیابی مجدد قرار گرفته تا از نظر شفافیت و دقت گویه‌ها مورد بررسی بیشتر قرار بگیرد. گویه‌های پرسشنامه با استفاده از یک طیف لیکرت از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) میزان رضایت دانشجویان از کلاس درس وارونه و راهنمای یادگیری را مورد ارزیابی قرار می‌داد. پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به شیوه درونی و روایی پرسشنامه توسط ۵ نفر از اعضای هیات علمی آشنا با آموزش پزشکی سنجیده شد. ارزیابی میزان رضایت صرفاً از گروه کلاس درس وارونه به عمل آمد. پرسشنامه در پیوست قابل مشاهده است.

ج-۲. ارزیابی میزان یادگیری: ارزیابی و مقایسه میزان یادگیری دو گروه در دو مقطع زمانی (پایان ترم و سه ماه بعد) صورت گرفت.

ج-۲-۱. آزمون پایان دوره: این آزمون در انتهای دوره یک ماهه کورس گوارش برگزار شد. این آزمون مشتمل بر سوالات تمامی مباحث تدریس شده در طول کورس گوارش می‌باشد. سوالات مربوط به سه مبحث این فرآیند (هیپاتیت حاد، هیپاتیت مزمن و تفسیر تست‌های آنزیمی کبدی) توسط کمیته

کلاس درس وارونه طراحی شده و شامل ۸ سوال چهارگزینه ای بود. این سوالات در سطوح دانشی و تحلیلی طراحی شد (به صورت معمول این سوالات در آزمون پایان کورس گوارش وجود نداشت). اطمینان از سطوح یادگیری مورد ارزیابی، در همین کمیته و توسط متخصص آموزش و متخصص محتوا صورت گرفت. هم چنین روایی این آزمون توسط دو نفر از مدرسین کورس گوارش و پایایی درونی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ بررسی شد.

ج-۲-۲. ارزشیابی سه ماه پس از آزمون پایان کورس: با توجه به اینکه نزدیکی زمان آزمون پایانی به زمان برگزاری کلاس حضوری و وجود فرصت مطالعاتی برای دانشجویان در فاصله بسیار نزدیک به امتحان، ممکن بود در نتایج آزمون پایانی موثر باشد و علاوه بر آن تاثیر تغییر روش آموزشی در یادگیری دراز مدت دانشجویان نامشخص بود، آزمون دیگری با فاصله زمانی بیشتری (۳ ماهه) از دانشجویان دو گروه به عمل آمد. این آزمون با استفاده از سامانه برگزاری آزمون app.epoll.ir برگزار شد، با مشاوره متخصص آمار ۴۰ نفر از دانشجویان هر یک از دو گروه امام و شریعتی (به صورت تصادفی) در این آزمون شرکت کردند. این آزمون از طریق لینک زیر قابل دسترسی است. (<http://app.epoll.ir/815575>)

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

The purpose of this developmental study was design, implementation and evaluation of the effect of the flipped classroom on student's learning versus the lecture method in gastroenterology course of fundamentals of Clinical Medicine at Tehran University of Medical Sciences.

This scholarship activity consists of three parts:

- Design the electronic content needed in the flipped classroom
- Implementing the flipped classroom and the conventional classroom (lecture) for two groups of students at Imam and Shariati hospitals
- Assessment of learning and students satisfaction

Details of these steps are explained below:

1. Designing the electronic content and scenarios.

In this study, three topics were presented as "acute hepatitis", "chronic hepatitis" and "interpretation of liver enzyme tests", which were previously presented in lecture, by the flipped classroom method.

At first, the educational goals of the discussion were defined. Videos and study guides were developed. Then tables, illustrations, graphs, and open access educational videos or animations available were provided.

The final step in this step was developing the clinical scenarios for the interactive sessions. Finally two scenarios were written for each of two sessions.

2. Implementing the flipped classroom and lecture method for two groups of students at Imam and Shariati hospitals

The stages of the project implementation include two parts of before class and in-class.

A) Before Class:

In the flipped classroom group, the electronic contents (including the study guide and videos) were provided to the students one week prior to the class using an LMC is named NAMAD. Also, readiness assurance was tested ap-



plying an electronic test on NAMAD.

B. In-class:

The classroom in these three topics was held for two groups. In the flipped classroom group, groups of students were formed and one senior-trained peer was assigned as facilitator for each group. Then, authentic cases were presented and students instructed to work in their groups to discuss. Then, case was opened for full class discussion among all groups and instructors. The clinical faculty member summarized the discussion points and answered the questions. 6-8 students were in each group and these groups created just for this particular class exercise. There was a pre-classroom assignment. Students were supposed to study the electronic content, and before class answered to the test. Facilitators (trained peer students) floated in the class in order to encourage whole group contribute equally in the discussion.

3) Evaluation

Two types of evaluations were done in this study:

1. Student Satisfaction: This assessment was performed using a researcher made questionnaire which was designed based on a review of the literature using a Likert scale: (totally disagree (1) to completely agree (5)); evaluated the student's satisfaction from the flipped classroom and the study guide. The reliability of this questionnaire was assessed using the Cronbach's alpha and validity of the questionnaire was measured by 5 faculty members of medical education (Appendix 1).

2. Assessment of learning:

Evaluation and comparison of the learning of the two groups performed at two time intervals.

A) End-of-course: This test was held at the end of a one-month course of gastrointestinal tract, which includes questions from all topics taught during the course. Questions related to the three topics studied by the committee were designed which included eight MCQ questions. These questions were designed at the level of knowledge and analysis of Blooms learning pyramid. Ensuring the assessment levels was done by the specialist in the same committee. comparison between the two groups of students (Imam and Shariati Hospitals) who were trained by the flipped classroom teaching method and lecture method was done according to the results of the study.

(B) Long term assessment: this test was performed with a longer interval (3 months). Given the fact that the closeness of the end-of-course test could affect the results of the test in addition, the effect of changing the teaching-method was unclear in the long-term. This test was done virtually and due to the lack of access to all students, 40 students from each of Imam and Shariati groups (randomly) participated in this test which is available on <http://app.epoll.ir/815575>.

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

برگزاری دوره های آموزشی در جهت انتقال نوآوری

پذیرش در کنگره ها و جشنواره ها

شیوه های نشر نوآوری اعم از CD/ پاورپوینت / مقالات داخلی یا خارجی/تارنما/کتاب/ راهنما

شواهد تعمیم نوآوری در اماکن دیگر و نتایج آنها



این فرایند با استفاده از روش های مختلف به محیط معرفی شده و مورد نقد قرار گرفته است. نقد خبرگان و همکاران: فرایند و نتایج این برنامه در قالب فایل پاورپوینت در جلسات مختلف ارائه شده است. کمیته اجرایی، شورای عالی بازنگری، ارائه در کلاس های روش تدریس دانشجویان دکترا و ارسال نتایج ارزشیابی برای مدیران و مسئولان دانشکده پزشکی و دانشگاه از روش های استفاده شده برای تعمیم فعالیت بوده است. در این جلسات فرایند کار مورد نقد خبرگان و صاحب نظران قرار گرفته است.

نقد فراگیران: بازخوردهای دانشجویان در تمامی جلسات به صورت شفاهی و کتبی دریافت شده است. بر اساس بازخوردهای دانشجویان در جلسه اول تغییراتی در نحوه اجرای جلسه دوم اعمال گردید. به عنوان مثال سناریوها کوتاهتر شد و سؤالاتی که مبنای دانشی داشتند حذف گردید. از آن جاییکه استقبال دانشجویان از این روش زیاد بود قرار شد تعداد جلسات بیشتری با این روش برنامه ریزی و اجرا گردد.

نشر نوآوری از طریق گروه های تلگرام: تمامی راهنماهای یادگیری و همچنین فیلم های تولید شده از طریق گروه تلگرام دانشجویان ورودی ۹۳ منتشر شده و در اختیار دانشجویان قرار دارد. برگزاری کارگاه: کارگاه های متعدد چگونه کلاس درس را با روش وارونه برگزار کنیم در دانشکده پزشکی و سایر دانشکده ها مانند پیراپزشکی و دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و همچنین دانشگاه خرم آباد توسط نویسندگان این فرایند برگزار شده است. خلاصه این مقاله در همایش آموزش پزشکی در اردیبهشت ماه سابمیت شده است. و در مجله مدیکال تیچر (Medical Teacher) سابمیت شده است.

Flipped classroom using video clips and study guide in gastroenterology course of FCM at Tehran University of medical sciences, school of medicine

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

نتایج بر اساس اهداف فرایند ارائه می شود.

هدف شماره یک: فیلم های آموزشی از طریق لینک زیر قابل دسترسی است.

https://drive.google.com/file/d/1Nin10XVINKLxP9uEz6Qd9rYPT_aHYjho/view?usp=drivesdk

هدف شماره دو: طراحی راهنمای یادگیری برای مباحثی از کورس گوارش



هدف شماره سه: اجرای کلاس درس وارونه برای مباحث کورس گوارش در کل سه جلسه آموزشی با روش وارونه برگزار شد. فیلم ها و راهنمای یادگیری از طریق سامانه نماد در اختیار دانشجویان قرار گرفت. تصاویری از جلسات مذکور در جدول شماره یک قابل مشاهده است. میزان حضور دانشجویان در این جلسات چشمگیر بود. و به نسبت کلاس های معمولی که عموماً تعداد دانشجویان کمی حاضر هستند، بالای ۹۵ درصد در این کلاس ها شرکت کردند.

تصاویر اجرای کلاس درس وارونه با کمک دانشجویان تسهیگر



هدف شماره چهار: تعیین میزان رضایت دانشجویان از محتوای الکترونیک و کلاس درس وارونه حدود ۷۵ نفر از مجموع ۹۲ نفر شرکت کننده، به پرسشنامه پاسخ دادند. طبق داده های حاصله از تحلیل پرسشنامه ها، حدود ۷۰ درصد از دانشجویان از این شیوه آموزشی رضایت داشته و مایل بودند که در کلاس های دیگری هم از این شیوه آموزشی استفاده شود. در مقابل حدود ۲۲ درصد مخالف این موضوع بودند. همچنین حدود ۷۰ درصد به تاثیر مثبت بحث گروهی بر تسلط آنها بر موضوع اشاره کردند و حدود ۲۳ درصد مخالف این موضوع بودند. این در حالی است که ۵۳ درصد از دانشجویان سناریوهای مطرح شده را خوب ارزیابی کردند (نمودار شماره یک).

نظرات و پیشنهادات دانشجویان به شرح زیر نیز منعکس شده است:

- روش بسیار موثر و جالبی بود و مزیت آن داشتن وقت کافی برای مطالعه پیش از کلاس بود.
- اگر در جلسات بیشتری اجرا شود خیلی بهتر است. به یادگیری مباحث کمک بیشتری می کند
- سخنرانی های خشک را از سیستم آموزشی کم کنید!!! محتوای الکترونیک بهتر است
- خیلی هم عالی!

- سناریوها رو چالشی تر کنید.

- ۸ مدت زمان در دسترس بودن محتواهای آموزشی پیش از کلاس، جهت مطالعه کافی بود
 - ۹ ویدیوهای آموزشی، من را برای فعالیت های کلاس آماده کرد
 - ۱۰ مشاهده ویدیوهای آموزشی پیش از کلاس، بهتر از ارائه سخنرانی در کلاس است
 - ۱۱ نحوه مدیریت کلاس به صورتی بود که کاملا در جلسه مشارکت فعال داشتم
 - ۱۲ راهنمایی استاد و دستیاران در بحث های گروهی کافی بود
 - ۱۳ بحث های گروهی به تسلط بیشتر من بر موضوع کمک کرد
 - ۱۴ استفاده از سناریو های بالینی در کلاس به انگیزه من برای مطالعه موضوع کمک کرد
 - ۱۵ سناریو های بالینی جذاب و چالش برانگیز بود
 - ۱۶ آموزشی کلاس درس وارونه، بهتر از روش سخنرانی است
 - ۱۷ به نظر من این روش آموزشی باید در تعداد بیشتری از مباحث اجرا شود
- هدف شماره پنج: تعیین میزان رضایت دانشجویان از راهنمای یادگیری
- ۷۰ درصد دانشجویان بیان کردند که راهنمای یادگیری به آسان تر شدن فهم موضوع کمک می کند.
- ۷۴ درصد معتقد بودند که راهنمای یادگیری به آنها کمک کرد تا برای مطالعه قبل از کلاس وقت بگذارند و حدود ۶۰ درصد مطالعه راهنمای یادگیری را بر مطالعه کتاب ترجیح می دادند (نمودار شماره دو)

۱ استفاده از شکل ها و تصاویر در راهنمای یادگیری انگیزه من برای مطالعه را افزایش داد

۲ متن راهنمای یادگیری ساده و قابل فهم بود

۳ ساختار راهنمای یادگیری، یادگیری موضوع را آسان نمود

۴ مطالب راهنمای یادگیری به نحوی طراحی شده بود که امکان تعامل با محتوا را برایم فراهم نمود

۵ خود ارزیابی، نقشه مفهومی و استفاده از تصاویر در راهنمای یادگیری، برای درک بهتر موضوع به من کمک نمود

۶ وجود راهنمای یادگیری باعث شد، تا برای مطالعه مطلب قبل از کلاس، وقت بگذارم

۷ مطالعه راهنمای یادگیری را به مطالعه کتاب ترجیح میدهم

هدف شماره شش: تعیین و مقایسه میزان یادگیری دانشجویان در روش کلاس درس وارونه نسبت به

روش آموزشی سخنرانی از نظر سطوح یادگیری بلوم (دانشی و تحلیلی)

الف. آزمون پایان دوره: در این پژوهش ۸ سوال چهارگزینه ای از مباحث منتخب که شامل ۴ سوال از

سطح دانشی و ۴ سوال از سطح تحلیلی بود، در امتحان پایان کورس مطرح شده و دانشجویان دو

گروه به این سوالات یکسان، پاسخ دادند. از تحلیل نمرات کسب شده برای مقایسه میزان تاثیرگذاری

اجرای این شیوه بر یادگیری دانشجویان استفاده شد (جدول شماره یک).



جدول یک. مقایسه میزان یادگیری دانشجویان در دو گروه کلاس وارونه و سخنرانی در آزمون پایان کورس

تعداد دانشجویان	انحراف معیار نمرات	میانگین نمرات	
۹۷	۱,۵۷	۴,۵۷	گروه بیمارستان امام (کلاس درس وارونه)
۱۰۱	۱,۶۵	۴,۵۴	گروه بیمارستان شریعتی (ارائه سخنرانی)
۰,۸۷			P value

مقایسه این دو گروه با استفاده از آزمون independent T test صورت گرفت. نتیجه نشان می دهد که P value معادل ۰,۸۷ است و بنابراین تفاوت معنی داری بین این دو گروه از دانشجویان وجود ندارد.

ب. ارزیابی سه ماه پس از آزمون پایان کورس: این آزمون مجازی با فاصله سه ماه از زمان انتهای کورس گوارش برگزار شد. در این آزمون حدود ۴۰ نفر از هر دو گروه شرکت کرده و به سوالات پاسخ دادند (confidence level: ۹۰٪). در این آزمون ۴ سوال در سطح دانشی و ۴ سوال در سطح تحلیلی مطرح شد (جدول شماره دو). نتایج تحلیل این آزمون به این شرح است:

جدول دو. مقایسه میزان یادگیری دانشجویان در دو گروه کلاس وارونه و سخنرانی سه ماه پس از آموزش

تعداد شرکت کنندگان	انحراف معیار سوالات تحلیلی	میانگین سوالات تحلیلی	انحراف معیار سوالات دانشی	میانگین سوالات دانشی	انحراف معیار کل	میانگین کل	
۴۰	۰,۸۳	۲,۲۵	۰,۸۷	۱,۵۵	۱,۳۲	۳,۰۸	گروه بیمارستان امام (کلاس درس وارونه)
۳۹	۰,۷۸	۲,۲۵	۰,۷۱	۱,۴۳	۱,۰۵	۳,۷۱	گروه بیمارستان شریعتی (ارائه سخنرانی)
۱			۰,۵۰		۰,۷۳		P value

مقایسه این دو گروه با استفاده از آزمون independent T test صورت گرفت. نتیجه حاصل از آن نشان می دهد که تفاوت مشاهده شده بین دو گروه دانشجویان معنادار نیست. علیرضا رضایی بر اساس آزمون های آماری تفاوت بین دو گروه معنادار نبود، می توان دلیل این عدم معناداری را در عوامل مختلفی جستجو نمود. شاید سوالات آزمون به اندازه کافی نتوانسته است بین دو گروه تمایز قابل شود. از طرفی دانشجویان هر دو گروه با هم در ارتباط هستند و اگرچه دانشجویان گروه کلاس وارونه از این نظر توجیه شده بودند اما ممکن است مشکل آگاهی دانشجویان گروه سخنرانی از سناریوها و فیلم ها اتفاق افتاده باشد. در عین حال در ادامه اجرای این فرایند در کورس های آتی این بخش مجدداً بازبینی خواهد شد و ارزیابی های جامع تری در مورد تاثیر جلسات بر میزان یادگیری و یادداری مطالب انجام خواهد شد.



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.
- این مطالعه با این ابعاد برای اولین بار در سطح کشور صورت گرفته است.
- منابع:

1. Freeman S, Eddy SL, McDonough M, Smith MK, Okoroafor N, Jordt H, et al. Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2014;111(23):8410-5.
2. Ramnanan CJ, Pound LD. Advances in medical education and practice: student perceptions of the flipped classroom. *Advances in Medical Education and Practice*. 2017;8:63.
3. Prober CG, Khan S. Medical education reimaged: a call to action. *Academic Medicine*. 2013;88(10):1407-10.
4. Mazur E. Fawell, Lecture? *Science*. 2009;323(5910):50-1.
5. Taylor DC, Hamdy H. Adult learning theories: Implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83. *Medical Teacher*. 2013;35(11):e1561-e72.
6. Graffam B. Active learning in medical education: strategies for beginning implementation. *Medical teacher*. 2007;29(1):38-42.
7. Bonwell C, Eison J. Active learning: Creating excitement in the classroom AEHE-ERIC higher education report No. 1. 1991.
8. Miller CJ, McNear J, Metz MJ. A comparison of traditional and engaging lecture methods in a large, professional-level course. *Advances in physiology education*. 2013;37(4):347-55.
9. Shields RK, Pizzimenti MA, Dudley Javoroski S, Schwinn DA. Fostering interprofessional teamwork in an academic medical center: Near-peer education for students during gross medical anatomy. *Anatomical sciences education*. 2015;8(4):331-7.
10. Schreiber BE, Fukuta J, Gordon F. Live lecture versus video podcast in undergraduate medical education: A randomised controlled trial. *BMC medical education*. 2010;10(1):68.
11. Graham MJ, Frederick J, Byars-Winston A, Hunter A-B, Handelsman J. Increasing persistence of college students in STEM. *Science*. 2013;341(6153):1455-6.
12. Haak DC, HilleRisLambers J, Pitre E, Freeman S. Increased structure and active learning reduce the achievement gap in introductory biology. *Science*. 2011;332(6034):1213-6.
13. Olson S, Riordan DG. Engage to Excel: Producing One Million Additional College Graduates with Degrees in Science, Technology, Engineering, and Mathematics. Report to the President. Executive Office of the President. 2012.
14. Davies RS, Dean DL, Ball N. Flipping the classroom and instructional technology integration in a college-level information systems spreadsheet course. *Educational Technology Research and Development*. 2013;61(4):563-80.



15. Baepler P, Walker J, Driessen M. It's not about seat time: Blending, flipping, and efficiency in active learning classrooms. *Computers & Education*. 2014;78:227-36.
16. Deslauriers L, Schelew E, Wieman C. Improved learning in a large-enrollment physics class. *science*. 2011;332(6031):862-4.
17. Means B, Toyama Y, Murphy R, Bakia M, Jones K. Evaluation of evidence-based practices in online learning: A meta-analysis and review of online learning studies. US Department of Education. 2009.
18. Prunuske AJ, Batzli J, Howell E, Miller S. Using online lectures to make time for active learning. *Genetics*. 2012;192(1):67-72.
19. Bergmann J, Sams A. Flip your classroom: Reach every student in every class every day: International Society for Technology in Education; 2012.
20. SCHWINN DA. EDUCATE TO TRANSFORM: THE ART OF DEVELOPING CURIOUS MINDS. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*. 2016;127:259.
21. McLaughlin JE, Roth MT, Glatt DM, Gharkholonarehe N, Davidson CA, Griffin LM, et al. The flipped classroom: a course redesign to foster learning and engagement in a health professions school. *Academic Medicine*. 2014;89(2):236-43.
22. Conklin J, Anderson LW, Krathwohl D, Airasian P, Cruikshank KA, Mayer RE, et al. *A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives Complete Edition*. JS-TOR; 2005.
23. Strayer JF. How learning in an inverted classroom influences cooperation, innovation and task orientation. *Learning Environments Research*. 2012;15(2):171-93.
24. Tolks D, Schäfer C, Raupach T, Kruse L, Sarikas A, Gerhardt-Szép S, et al. An introduction to the inverted/flipped classroom model in education and advanced training in medicine and in the healthcare professions. *GMS journal for medical education*. 2016;33(3).
25. Wood DF. Problem based learning. *BMJ: British Medical Journal*. 2003;326(7384):328.
26. Barr RB, Tagg J. From teaching to learning—A new paradigm for undergraduate education. *Change: The magazine of higher learning*. 1995;27(6):12-26.
27. Weimer M. Focus on learning, transform teaching. *Change: The Magazine of Higher Learning*. 2003;35(5):48-54.
28. Rotellar C, Cain J. Research, perspectives, and recommendations on implementing the flipped classroom. *American journal of pharmaceutical education*. 2016;80(2):34.
29. Freeman S, O'Connor E, Parks JW, Cunningham M, Hurley D, Haak D, et al. Prescribed active learning increases performance in introductory biology. *CBE-Life Sciences Education*. 2007;6(2):132-9.
30. Illeris K. Towards a contemporary and comprehensive theory of learning. *International journal of lifelong education*. 2003;22(4):396-406.
31. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive perspective*. Englewood Cliffs, NJ: Princeton-Hall. 1986.
32. McDonald PL. Adult learners and blended learning: A phenomenographic study of variation in adult learners' experiences of blended learning in higher education 2012.



33. Ferreri SP, O'Connor SK. Redesign of a large lecture course into a small-group learning course. *American journal of pharmaceutical education*. 2013;77(1):13.
34. Koo CL, Demps EL, Farris C, Bowman JD, Panahi L, Boyle P. Impact of flipped classroom design on student performance and perceptions in a pharmacotherapy course. *American journal of pharmaceutical education*. 2016;80(2):33.
35. Wong TH, Ip EJ, Lopes I, Rajagopalan V. Pharmacy students' performance and perceptions in a flipped teaching pilot on cardiac arrhythmias. *American journal of pharmaceutical education*. 2014;78(10):185.
36. Giuliano CA, Moser LR. Evaluation of a flipped drug literature evaluation course. *American journal of pharmaceutical education*. 2016;80(4):66.
37. Betihavas V, Bridgman H, Kornhaber R, Cross M. The evidence for 'flipping out': a systematic review of the flipped classroom in nursing education. *Nurse education today*. 2016;38:15-21.
38. Bohaty BS, Redford GJ, Gadbury-Amyot CC. Flipping the Classroom: Assessment of Strategies to Promote Student-Centered, Self-Directed Learning in a Dental School Course in Pediatric Dentistry. *Journal of Dental Education*. 2016;80(11):1319-27.
39. Wakabayashi N. Flipped classroom as a strategy to enhance active learning. *Kokubyo Gakkai zasshi The Journal of the Stomatological Society, Japan*. 2015;81:1-7.
40. Chen F, Lui AM, Martinelli SM. A systematic review of the effectiveness of flipped classrooms in medical education. *Medical Education*. 2017;51(6):585-97.
41. Morton DA, Colbert Getz JM. Measuring the impact of the flipped anatomy classroom: The importance of categorizing an assessment by Bloom's taxonomy. *Anatomical Sciences Education*. 2016.
42. Harden JM LEAHRM. AMEE Medical Education Guide No 16: Study guides-their use and preparation. *Medical Teacher*. 1999;21(3):248-65.
43. Haghani F, Rezaei H, baeigzade A, Eghbali B. Flipped Classroom: A Pedagogical Method. *Iranian Journal of Medical Education*. 2016;16(0):104-19.
44. Jafaraghaie F, Dehghanzadeh S, Khordadi-Astane H. Nursing students' experience in a flipped classroom method. *Research in Medical Education*. 2017;9(1):36-27.
45. بررسی تأثیر رویکرد کلاس معکوس بر پیشرفت تحصیلی، خود تنظیمی تحصیلی، تعامل گروهی و انگیزش تحصیلی دانش آموزان. *Technical and Vocational Education*. 2016;5(5):52-69.
46. flipped learning in higher education: Narratives of a teacher. *Theory and Practice in Curriculum*. 2016;4(7):81-136.

پیوست ها

الف- پرسشنامه سنجش رضایت

ب- راهنمای یادگیری

ج- سناریو بحث گروهی

د- فیلم



عنوان فارسی:

طراحی، اجرا و ارزشیابی هشت دوره همایش های «پزشکی؛ این راه بی نهایت» با حضور اساتید الگو، برای دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

عنوان انگلیسی:

"Medicine, This Infinite Way" / To Design, execute and evaluate eight serial conferences, under the name of "Medicine, This Infinite Way", run by role models, for medical students. Tehran University of Medical Sciences, 2014- 2016.

حیطه نوآوری:

- 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 صاحب / صاحبان فعالیت نوآورانه:

دکتر امیرعلی سهراب پور

نام همکاران:

محمدرضا نادریان، پوریا روزرخ، الهام فراهانی، یگانه یوسفی فر، مهدی فرهنگیان، مهرداد صدری، پوریا فرهنگی، بردیا خسروی، محدثه مرزبان

محل انجام فعالیت:

دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده ی پزشکی

مقطع تحصیلی: پزشکی عمومی و تخصص بالینی

مدت زمان اجرا: ۳ سال و ۲ ماه

تاریخ شروع: تیر ماه ۱۳۹۳

تاریخ پایان: شهریور ماه ۱۳۹۶

هدف کلی:

طراحی، اجرا و ارزشیابی همایش های مستمر با حضور اساتید الگو، برای دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در یک بازه دو ساله.

اهداف ویژه/ اهداف اختصاصی:

طراحی هشت دوره همایش مستمر «پزشکی؛ این راه بی نهایت» با حضور اساتید الگو برای دانشجویان پزشکی

اجرای هشت دوره همایش مستمر «پزشکی؛ این راه بی نهایت» برای دانشجویان پزشکی ارزشیابی کمی هشت دوره همایش مستمر «پزشکی؛ این راه بی نهایت» با حضور اساتید الگو برای



دانشجویان پزشکی

ارزشیابی کیفی هشت دوره همایش مستمر «پزشکی؛ این راه بی نهایت» با حضور اساتید الگو برای دانشجویان پزشکی

تعیین میزان استقبال دانشجویان از برگزاری هشت دوره همایش مستمر «پزشکی؛ این راه بی نهایت» با حضور اساتید الگو برای دانشجویان پزشکی

تعیین انواع مهارت های فردی و اجتماعی از دیدگاه دانشجویان پزشکی که دانشجویان پزشکی در طول تحصیلشان نیاز به فراگیری آن را احساس می کنند.

تعیین نقش برگزاری هشت دوره همایش مستمر «پزشکی؛ این راه بی نهایت» با حضور اساتید برتر برای دانشجویان پزشکی در ارتقای عملکرد پزشکان فارغ التحصیل از دانشگاه، از دیدگاه دانشجویان شرکت کننده در این همایش ها.

تعیین نقش برگزاری هشت دوره همایش مستمر «پزشکی؛ این راه بی نهایت» با حضور اساتید برتر برای دانشجویان پزشکی در حفظ و ارتقای انگیزه دانشجویان پزشکی، از دیدگاه دانشجویان شرکت کننده در این همایش ها.

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

به طور خلاصه، سه عامل در کنار هم، یعنی «خلاً در تماس اساتید الگو با دانشجویان»، «نیاز به کسب مهارت‌هایی فراتر از آنچه در کوریکولوم مدون پزشکی عمومی تعریف شده است» و «ارتقای انگیزه تحصیلی دانشجویان به عنوان موتور محرک‌های برای پیشرفت مؤثر در سال‌های تحصیل و پس از تحصیل»، گروهی از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران را بر آن داشت تا به تلاش برای برگزاری نشست‌هایی دوره‌ای، تحت عنوان «پزشکی، این راه بی نهایت» اهتمام ورزند. هدف کلی از برگزاری این همایش‌ها، در درجهی اول آن بود تا الگوهای بسیار برجسته اما دست‌یافتنی یک پزشک موفق نشان داده شود و محیطی برای به اشتراک گذاشتن تجربیات و همچنین یادآوری اهداف آرمان‌های اصلی زندگی فراهم گردد تا از این طریق، باعث نوعی انگیزه‌بخشی مداوم به دانشجویان پزشکی گردد و از آنجایی که انگیزه، موتور محرک‌های یادگیری انسان است، سعی در تغییر رفتار فراگیران دوره‌های مختلف پزشکی به‌مرورزمان داشته باشیم.

اما مبنای تئوریک این فرضیه چه بود؟

دانشجویان پذیرفته‌شده در رشته‌ی پزشکی از بااراده‌ترین و باهوشترین نیروهای انسانی جامعه هستند که از بدو ورودشان به دانشگاه، آرمانها و اهداف بلندی در سر دارند. این افراد با سختکوشی بسیار، موفق به رسیدن به جایگاه مورد نظر خود شده و در ابتدای راهی طولانی و چه‌بسیا سخت‌تر که همان سپری نمودن دوران تحصیل پزشکی است، قرار گرفته‌اند. «پزشک موفق بودن» آرزویی است که هر دانشجوی پزشکی در سر می‌پروراند. حال آنکه رسیدن به این هدف علاوه بر پشتکار و مطالعه فراوان، نیاز به انگیزه‌های بسیار بالا، برای فراگیری مهارت‌های فردی، ارتباطی و اجتماعی دارد و هر دانشجویی به دنبال یافتن الگویی عملی برای رسیدن به این موفقیت است. بدان معنا که علاوه بر سختکوشی در مسیر طولانی تحصیل در رشته‌ی پزشکی، مواجهه با «الگوی عملی» یا "Role



Model" (۲۰۱۱) و علاوه بر آن، آموختن مهارت‌هایی فردی، ارتباطی و اجتماعی از ایشان (۳، ۴)، در کنار داشتن انگیزه، نقشی مهم در موفق شدن آن‌ها به عنوان پزشکان آینده، ایفا می‌کند. امری که در واقعیت با آن روبه‌رو هستیم این است که با شروع دوره تحصیلی به سبب حجم بالای مطالب و عوامل درونی و بیرونی، انگیزه‌ی این افراد فرسایش می‌یابد. مطالعات بسیاری در میان دانشجویان پزشکی، پزشکان و کارکنان حیاط‌های بهداشتی-درمانی، حکایت از آن دارد که «فرسودگی» یا «Burn-out»، نقش بسیار مهمی در کاهش عملکرد این افراد دارد و جلوگیری یا اصلاح آن، می‌تواند باعث بهبود عملکرد این افراد که نقش مهمی در سلامت سایر افراد جامعه نیز بازی می‌کنند، ایفا کند (۵، ۶).

در بسیاری از مطالعات، از «انگیزه» به عنوان یکی از عوامل مؤثر در زندگی برای نیل به اهداف و در کنار آن، خلق زندگی مؤثر، نام برده شده است. انگیزه‌ی تحصیلی به تمایل درونی فراگیر که موجب هدایت رفتار او به سوی یادگیری و پیشرفت تحصیلی می‌گردد، اطلاق می‌شود که تحت تأثیر هر دو عوامل درونی و بیرونی قرار می‌گیرد. با انگیزه‌ی تحصیلی، دانشجویان تحرک لازم را برای به اتمام رساندن موفق یک تکلیف، نیل به هدف یا دسترسی به درجه‌ی معینی از شایستگی در کار خود پیدا می‌کنند تا نهایتاً بتوانند به موفقیت لازم در امر یادگیری و پیشرفت تحصیلی نائل گردند. ورود به دانشگاه، سختی‌هایی که دانشجویان پزشکی در مسیر تحصیل با آن روبه‌رو می‌شوند و فشارهای مضاعفی که علاوه بر تحصیل، در جنبه‌های گوناگون زندگی به آنان وارد می‌شود، همگی منجر به تغییرات عمده‌ای در زندگی فرد می‌شود. قرار گرفتن در چنین شرایطی غالباً با فشار و نگرانی همراه بوده و می‌تواند عملکرد و سلامتی روانی افرادی را که خود مسئول سلامت جسمی و روانی دیگران خواهند بود، تحت تأثیر قرار دهد. با توجه به اهمیت بالای سلامت روانی در اقبال مختلف جامعه و نقش محوری دانشجویان رشته‌ی پزشکی و ارتقا آن، وجود سلامت روان آن‌ها می‌تواند در جهت ارتقا سلامت روانی سایر اقشار جامعه مؤثر باشد.

موضوع «اساتید الگو» یا «Role Models» در پزشکی، جایگاه ویژه‌ای دارد و مطالعات متنوع و متعددی، به اهمیت این مقوله در تربیت دانشجویان پزشکی، اهتمام ورزیده‌اند؛ تا آنجا که توصیه شده است، رهبران دانشکده‌های پزشکی باید حضور این اساتید الگو را در آموزش پزشکی و برنامه‌های تربیت کارکنان مرتبط با بهداشت و درمان، تسهیل کنند (۷). به عنوان یک مثال، Leeuw و همکارانش در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۴ به چاپ رسیده است اعلام داشتند که Role Model مثبت در جهت کمک به یادگیری رفتار حرفه‌ای و رفتارهای رقابتی در دانشجویان پزشکی اهمیت دارد. متأسفانه، در طول سال‌های تحصیل در دانشگاه، مشاهده می‌گردد که اگرچه مثالهایی از الگوهای علمی و عملی در بین اعضای محترم هیئت علمی دانشگاه‌ها وجود دارد، اما معمولاً، دانشگاه‌ها برنامه‌ی مدونی برای برقراری تماس مستمر این اساتید الگو با دانشجویان ندارد.

این سه مورد در کنار هم یعنی «حلاً در تماس اساتید الگو با دانشجویان»، «نیاز به کسب مهارت‌هایی فراتر از آنچه در کوریکولوم مدون پزشکی عمومی تعریف شده است» و «ارتقای انگیزه‌ی تحصیلی دانشجویان به عنوان موتور محرک‌های برای پیشرفت مؤثر در سال‌های تحصیل و پس از تحصیل»، گروهی از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران را بر آن داشت تا به تلاش برای برگزاری نشست‌هایی دوره‌ای، تحت عنوان «پزشکی، این راه بی‌نهایت» اهتمام ورزند. هدف کلی از برگزاری این همایش‌ها، در درجه‌ی اول آن بود تا الگوهای بسیار برجسته اما دست‌یافتنی یک پزشک موفق نشان



داده شود و محیطی برای به اشتراک گذاشتن تجربیات و هم‌چنین یادآوری اهداف و آرمانهای اصلی زندگی فراهم گردد تا از این طریق، باعث نوعی انگیزه‌بخشی مداوم به دانشجویان پزشکی گردد و از آنجایی که انگیزه، موتور محرک‌هی یادگیری انسان است، سعی در تغییر رفتار فراگیران دوره‌های مختلف پزشکی به‌مرور زمان داشته باشیم.

مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر رفرنس):

نمونه‌های موفق مشابه در دانشگاه‌های جهان

آغاز طراحی این پروژه، با کنکاش در مورد مدل‌های موفق و مشابه با این ایده در دانشگاه‌های مختلف دنیا آغاز گردید. با جست‌وجو در پایگاه‌های علمی، نمونه‌های مشابهی از این قبیل فعالیتها، در سایر دانشگاه‌های دنیا، به چشم می‌خورد که برای مثال، چند موردی در زیر ذکر شده‌اند:

Chakkalalاکال و همکارانش در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۹ به چاپ رسیده است، طرحی را با نام "Panel Advising" اجرا نمودند؛ این طرح به‌صورت جلسات ۳۰ دقیقه‌ای با حضور مدعوینی از مراکز آکادمیک پزشکی مختلف در دنیا، با زمین‌های تخصصی متفاوت جهت صحبت و مشاوره برگزار میگردد. آن‌ها هم‌چنین با استفاده از پرسش‌نامه‌هایی در مقیاس لیکرت نشان دادند که ۱۰۰ درصد شرکت‌کنندگان در این طرح شرکت در این جلسات را به سایرین توصیه کردند و ۶۹ درصد آن‌ها شرکت در این طرح را به روابط یکبه‌یک منتور-منتی، ترجیح میدادند (۸).

در دانشگاه Stanford در کشور ایالات‌متحده‌ی آمریکا، طرحی با نام "Academic Advising" در حال اجراست تا دانشگاه اطمینان پیدا کند که هر دانشجوی پزشکی، می‌تواند از حداکثر پتانسیل‌هایش در مسیر تحصیلش در دوران پزشکی و از حداکثر منابعی که در این دانشگاه وجود دارد، استفاده کند. در این طرح، هر دانشجو، به یک "Primary Academic Advising Dean" ارجاع می‌گردد که این فرد، با دانشجوی پزشکی، در ارتباط نزدیک باشد و بتواند او را در دوران تحصیل در رشته‌ی پزشکی، یاری نماید (۹).

دانشگاه Colombia در کشور ایالات‌متحده‌ی آمریکا به دنبال بازخوردهای منفی از دور بودن رابطه‌ی بین دانشجویان و اساتید در این دانشگاه در سال ۲۰۰۳-۲۰۰۴ طرحی را با نام "Advisory Dean Program" به اجرا درآورد و در آن، از اساتید منتخب دانشگاه برای افزایش توانمندی‌های دانشجویان پزشکی، استفاده نمود. از موضوعاتی که این طرح، به آن‌ها ورود داشته است، می‌توان به "Wellness Resources"، "Career Counseling"، "Professionalism"، "Humanism" اشاره نمود. این طرح به اذعان دانشگاهیان آن دانشگاه، از جمله طرح‌های موفق در آن دانشگاه بوده است، به طوری‌که در سال ۲۰۰۶، ۶۸ درصد از دانشجویان، بازخوردهای مثبتی در مورد این طرح، به دانشگاه ارائه نمودند (۱۰).

دانشگاه Pittsburgh در ایالت Pennsylvania در کشور ایالات‌متحده‌ی آمریکا، طرحی به نام "Health Profession Advising" را اجرا میکند و در آن، سعی دارد تا دانشجویان را در انتخاب مسیر آینده‌ی تحصیلیشان و برنامه‌ریزی بلندمدت یاری نماید تا آن‌ها بتوانند در مسیر زندگی، از موفقترین افراد جامعه‌ی خود باشند. در این طرح، افرادی به‌عنوان "Adviser" انتخاب می‌شوند که تعهد بسیار قوی نسبت به دانشگاه و دانشجو داشته باشند و علاوه بر آن، در زمین‌های که در آن، متبحر هستند، به دانشجویان، کمک‌رسانی میکنند. در این طرح، دانشجویان به این افراد، ارجاع داده



می‌شوند و در طول دوره‌ی تحصیلاتشان، از این افراد، بهره می‌گیرند (۱۱).

در دانشگاه Wisconsin در کشور ایالات متحده‌ی آمریکا طرحی با نام "Academic and Career Advising Program" در حال اجراست که در آن، دانشجویان پزشکی، با راهنمایی اساتیدشان، بتوانند در مسیر پزشکی، انتخاب‌های درستی، به خصوص در مورد انتخاب مسیر شغلی در دوران رزیدنتی‌شان، داشته باشند. در این طرح، در ۴ حیطه‌ی اصلی به دانشجویان، راهنمایی داده می‌شود که آن ۴ حیطه عبارت‌اند از: "Exploring Options"، "Choosing a"، "Self-Assessment"، "Specialty" و "Getting into Residency" (۱۲).

با ایده گرفتن از این پروژه‌ها که در سرتاسر دنیا در حال اجراست، گروه «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» اقدام به طراحی همایش‌هایی با همین نام نمود. در هر همایش محور و موضوعی مشخص، برای عنوان شدن، اتخاذ گردید که این محورها، یکی از همان مهارت‌های فردی، اجتماعی و شغلی ذکرشده خواهد بود. افراد مدعو در این جلسات، اساتید الگویی هستند که علاوه بر موفقیت در جنبه‌های مختلف زندگی پزشکی و غیرپزشکی‌شان، در محور یادشده، صاحب‌نظر و کارشناس نیز خواهند بود. هم‌چنین قصد داشتیم با آموزش مهارت‌ها و آگاهی‌بخشی‌ها، به بهبود سلامت روان و ارتقای توانمندی‌های فردی و اجتماعی دانشجوی پزشکی بپردازیم و امید داشتیم از این طریق بر سیستم سلامت جامعه تأثیرگذاریم.

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

با دانش و جیست و جوی انجام شده توسط گروه پزشکی؛ این راه بی‌نهایت، در پایگاه‌های جست‌وجوی ملی و پرس‌وجو از افراد مطلع در حوزه‌ی آموزش پزشکی، چه در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و چه در سطح دانشگاه علوم پزشکی تهران، نمونه‌ی مشابهی از این فرآیند، که به نحوی، محیطی برای تماس اساتید الگو با دانشجویان، برای ارتقای انگیزه و آموزش مهارت‌های نرم به این دانشجویان و انتقال تجربیات افراد موفق و الگو فراهم کند، در کشور ما وجود نداشته است.

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

شرح مبسوط فرآیند انجام شده در ۳ سال طراحی و اجرای پروژه‌ی پزشکی؛ این راه بی‌نهایت، در یک جلد کتاب، به دبیرخانه‌ی جشنواره‌ی مطهری در مرکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش دانشگاه علوم پزشکی تهران، ارسال گردیده است. در خطوط زیر، صرفاً مهم‌ترین نکات به صورت مختصر اشاره گردیده است. همچنین، یک مجموعه دی‌وی‌دی از این مجموعه همایش‌ها، آماده گردیده است که به پیوست کتاب تهیه شده، به دبیرخانه جشنواره ارسال گردیده است.

انتخاب سخنران همایش‌ها:

در قدم اول، برای طراحی این پروژه به دنبال پاسخ این سوال بودیم که واقعا Role Model یا استاد الگو، برای دانشجویان پزشکی، چه کسی است؟ و چه افرادی، شایسته‌ی معرفی با این عنوان، برای دانشجویان پزشکی هستند. این‌ها سوالاتی بود که همان ابتدا گروه «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» درصدد پاسخ‌گویی به آن‌ها برآمد تا بتواند انتخاب مؤثرتری در حوزه سخنران مدعو و معرفی الگوها به مخاطبان خود داشته باشد. از آنجایی که پاشنه‌ی آشیل همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت»



در انتخاب استاد الگو بود، در این راستا مطالعات بسیاری انجام گرفت و با مرور متون مرتبط با این موضوع، مواردی حاصل شد که ضمن پی بردن به اهمیت داشتن یک الگو، گروه «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» را متوجه ملاکهای انتخاب صحیح یک استاد الگو نمود. در ابتدای طراحی همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت»، نحوه‌ی انتخاب اساتید، از سه طریق صورت می‌پذیرفت:

هر یک از دانشجویان دانشگاه، می‌توانستند اساتیدی را که برای حضور در این همایش‌ها، مناسب میدانستند، به اعضای گروه برگزارکننده، معرفی کنند. این افراد، باید به‌صورت مکتوب یا شفاهی، با ذکر دلیل، ویژگی‌هایی که در فرد موردنظر برای حضور در این همایش‌ها، وجود دارد را برشمارد. مسیر دیگر انتخاب اساتید سخنران، از طریق معرفی اعضای معتبر و برجسته هیئت علمی دانشگاه، مانند معاونت آموزشی دانشکده و بیمارستانها، اعضای فعال در حیطه‌ی آموزش پزشکی، ریاست مرکز رشد استعدادهای درخشان و سایر افراد مشابه بود. این افراد نیز، با توجه به شناخت گسترده‌ای که از اساتید فارغ‌التحصیل یا حاضر در دانشگاه‌های کشور یا خارج از کشور دارند، می‌توانستند به‌صورت فعال در امر انتخاب اساتید، مشارکت داشته باشند. هم‌چنین گروه برگزارکننده، در توالیهای مشخصی به‌صورت فعالانه از این افراد در مورد اساتید الگوی مناسب برای دعوت در همایش‌ها، پرسش میکرد.

اساتید مدعو همایش‌های قبل، یکی از بهترین منابع برای دعوت اساتید همایش‌های آتی بودند. تجربه‌ی آن‌ها در حضور در این‌گونه همایش‌ها و شناختی که از فضا و جو حاکم بر این نوع همایش‌ها داشتند، به‌خوبی میتوانست برای گروه «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» به‌عنوان یک منبع ارزشمند، نقش ایفا کند.

درنهایت، از این سه مسیر، فهرستی از کاندیداهای حضور در این همایش‌ها استخراج می‌گردید و این فهرست، به‌صورت پویا، تکمیل و گسترده‌تر میشد. اعضای گروه «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» به‌صورت مقطعی و ایضاً به‌صورت برنامه‌ریزی طولانی‌مدت، سعی در انتخاب بهترین گزینه برای همایش‌ها برآمدند و ایده‌های خود را، با مدیر دفتر منتورینگ به بحث و تبادل می‌گذاشتند و درنهایت با مشورت ایشان، گزینه‌ی موردنظر برای دعوت در همایش، انتخاب میشد.

انتخاب موضوع همایش‌ها:

قبل از برگزاری هر یک از همایش‌ها، اعضای برگزارکننده همایش‌ها، با استاد سخنران جلساتی داشتند و ایشان را از موضوع موردنظر و محتوای مشخص‌شده‌ی جلسه مطلع می‌کردند تا ایشان با خط فکری مشخص در جلسه حاضر شوند. ذکر این امر، خالی از لطف نیست که هم انتخاب استاد موردنظر، بر روی موضوع نهایی همایش‌ها، اثر می‌گذاشت و هم موضوع ابتدایی که در ذهن اعضای گروه «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» وجود داشت و بر مبنای آن، به جستجوی اساتید الگو می‌پرداختند، در انتخاب استاد مدعو به همایش، تأثیرگذار بود، به‌نحوی که این دو، در یک تعامل، به تکامل می‌رسیدند.

برای جلوگیری از تکراری شدن موضوعات سخنرانیها، گروه برگزارکننده برای هر جلسه یک «تم زمینی» در نظر می‌گرفت. این تمها طی همفکری و مشورت اعضای گروه با دانشجویان فعال، دفتر توسعه آموزش دانشکده، دفتر منتورینگ و خود استاد مربوطه و به‌گونه‌ای انتخاب می‌شدند که جمعیت مخاطب آن‌ها گروه عموم دانشجویان از تمامی مقاطع در حال تحصیل در دانشکده‌ی



پزشکی باشند. موضوعات به‌گونه‌ای انتخاب می‌شدند که محتوای انگیزشی داشته باشند و یا گاهبگاه به مشکلات شایع در جامعه‌ی دانشجویان پزشکی مانند «دانشجویان پزشکی و مدیریت زمان»، «دانشجویان پزشکی و استرس»، «مهاجرت نخبگان»، «موفقیت فردی و دستاوردهای عالی»، «پزشک و نحوه‌ی برخورد با بیمار به‌عنوان رمزی در موفقیت»، «تغییر نگاه به مسیر پزشکی به‌عنوان وسیله‌ای برای نیل به هدف» و نظیر آن، بپردازد. ذکر این نکته ضروری است که گروه برگزارکننده‌ی همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» موضوعات را به‌گونه‌ای تدوین می‌داشتند که به بیانی، آن‌ها بتواند خلأهایی که در جامعه‌ی دانشجویی وجود دارد را پر کند؛ به‌گونه‌ای که آن مهارت‌هایی که برای ادامه‌ی صحیح راه زندگی مورد نیاز است، اما این افراد در طول تحصیل در رشته‌ی پزشکی آن را فراموشی‌گیرند، در همایش‌ها بیان گردد. هم‌چنین باید به این نکته توجه گردد که این «تم زمینه‌ای» درنهایت با استناد مدعو، به مشورت گذاشته می‌شد تا نظرات ایشان و دیدگاه استادانه و تجربه‌ی ایشان در امر آموزش و تربیت دانشجو، بتواند به تم زمینه‌ای شاخوبرگ دهد و آن را با توجه به دانش و آموخته‌های خود، به نحوی برای دانشجویان پزشکی، جذابتر کند. در اصل گروه «پزشکی؛ این راه بینهایت»، قالب کلی همایش‌ها را با توجه به نیازسنجی صورت گرفته از دانشجویان و با توجه به مرور متونی که نمونه‌هایی از آن، در صفحات قبل ذکر شد، مشخص مینمود و جزئیاتی را که در همایش مطرح میگشت با توجه به دانش و مهارت فرد مدعو و با تعامل با وی، انتخاب مینمود. تعیین تاریخ برگزاری همایش‌ها:

همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» با یک چشم‌انداز دوساله و با ظرفیت برگزاری ۸ همایش به‌صورت فصلی و در یک قالب اجرایی و با زمانبندی مشخص، طراحی گردید.

تقسیم‌بندی زمان همایش‌ها

هر همایش «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» در دو بخش، سخنرانی و پاسخ به سؤالات دانشجویان برگزار میگردد. در هر همایش استناد الگو یک سخنرانی با زمانبندی حدود ۴۵ دقیقه‌ای داشت و به دنبال آن به مدت حدود ۴۵ دقیقه پاسخگوی سؤالات جمع‌آوری‌شده از دانشجویان و سایر افراد حاضر در سالن بود.

جامعه‌ی هدف همایش‌ها

جامعه‌ی هدف اصلی برای این همایش‌ها، دانشجویان پزشکی مقاطع مختلف دکترای حرفه‌ای، یعنی علوم پایه، فیزیوتراپولوژی (دوره‌ی مطب)، کارآموزی و کارورزی بودند. تمامی انتخابها در طی برگزاری همایش، به نحوی صورت پذیرفت که متناسب با دانشجویان پزشکی و برای رشد آن‌ها باشد و بتواند در وهله‌ی اول، به ایشان در جهت تعالی در موفقیت تحصیلی و غیر تحصیلی‌شان کمک کند. گرچه، گروه برگزارکننده، از استفاده‌ی دیگر مخاطبین و دیگر دانشجویان دانشگاه‌های سرتاسر کشور، به این همایش‌ها، استقبال مینمود.

متولی برگزاری همایش‌ها

این همایش‌ها، توسط گروهی متشکل از دانشجویان پزشکی عمومی از تمامی مقاطع، به نام گروه «پزشکی؛ این راه بینهایت»، برگزار شد. این گروه دانشجویی، کارهای خود را با مشورت اعضای دفتر منتورینگ دانشجویی دانشکده‌ی پزشکی و تحت نظارت مستقیم مدیر این دفتر، انجام میداد. برگزاری این همایش‌ها با همکاری واحدهای مختلف دانشکده‌ی پزشکی مثل معاونت آموزشی، دفتر توسعه‌ی آموزش دانشکده‌ی پزشکی، روابط عمومی، امور اداری و امور مالی انجام گردید.



چگونگی اطلاع‌رسانی

در اطلاع‌رسانی برگزاری همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» سعی شد تا یک رویکرد چندگانه مورد توجه قرار گیرد. در این رویکرد، اقدامات سازمانیافته‌ای برای اطلاع‌رسانی از طریق تمامی راه‌های ارتباطی موجود، اعم از فیزیکی و مجازی صورت گرفت و علاوه بر تهیهی مترالیهای موردنیاز برای اطلاع‌رسانی، مانند پوستر، متن دعوت، کلیپ تبلیغاتی و کلیپ معرفی اساتید، برای هر همایش، یک جدول تحت با عنوان «سامانه‌ی جامع دعوت» طراحی گشت.

۱۳- اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید:

نحوه‌ی ارزشیابی پروژه‌ی «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت»

نحوه‌ی ارزشیابی این پروژه هم به‌صورت کمی، با استفاده از «پرسش‌نامه» و هم به‌صورت کیفی، با استفاده از جلسات «بحث گروهی متمرکز»، یا «FGD (Focus Group Discussion)» و «مصاحبه و دریافت بازخورد» انجام شد که در زیر در مورد آن، توضیحاتی آورده شده است.

پرسش‌نامه

در ابتدای هر جلسه پرسش‌نامه‌هایی به همراه برگه‌ی پرسش سؤال، به تمامی مخاطبین، داده می‌شد که شرکت‌کنندگان، در حین جلسه و یا عمدتاً پس از پایان آن به تکمیل آن‌ها مبادرت می‌ورزیدند. ابتدا بر اساس بررسی انجام‌گرفته بر روی متون، شاخصهای کلی برای ارزشیابی مشخص و بر اساس آن‌ها، محتوای پرسش‌نامه و سؤالات مربوط به آن‌ها، تدوین گردید. این سؤالات، جهت تأیید «روایی» یا «Validity» سؤالات پرسش‌نامه، به مشورت اعضای هیئت‌علمی دفتر توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، اعضای هیئت‌علمی باتجربه در حیطه‌ی آموزش پزشکی در دانشگاه و افراد متخصص در امر تدوین پرسش‌نامه رسید و روایی پرسش‌ها تأیید شد. بعد از تأیید روایی پرسش‌ها، «پایایی» یا «Reliability» پرسش‌نامه نیز به دنبال برگزاری اولین همایش با محاسبه‌ی معیار کرونباخ آلفا (Cronbach's Alpha) به کمک نرم افزار SPSS تعیین گردید و عدد ۰.۸۸ به دست آمد. ۱۱ سؤال طراحی‌شده که با مقیاس لیکرت مورد بررسی قرار گرفته است، هم به‌صورت تکتک، هم در کنار سایر سؤالات و هم در کنار آماره‌های به‌دست‌آمده از جلسات قبل، تحلیل می‌شد. جهت تعامل بیشتر با مخاطبین همایش و بررسی سایر شاخصهای برگزاری موفق همایش، علاوه بر ۱۱ سؤال طراحی‌شده، پرسش‌هایی در مورد اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان، سن و مقطع تحصیلی ایشان و نحوه‌ی اطلاع‌یابی ایشان از برگزاری همایش نیز طراحی گشت. علاوه بر آن، در نهایت دو سؤال باز برای مخاطبین قرار داده شده تا بتواند نظر کلی آن‌ها را چه در مورد نحوه‌ی برگزاری همایش و چه مورد محتوای همایش جویا و از آن، به‌صورت فعال، در ارتقای کیفیت همایش‌ها استفاده شود. این پرسش‌نامه‌ها در پایان جلسه جمع‌آوری و اطلاعات آن‌ها استخراج و در نرم‌افزارهای تحلیلیگر وارد می‌شد. تدوین نمودارها، با استفاده از نرم‌افزار «Microsoft Excel» و تحلیل اطلاعات حاصل از هر همایش، با استفاده از نرم‌افزار Stata/SE ۱۲ انجام پذیرفت. نتایج به‌صورت آمار توصیفی نظیر فراوانی، میانه، میانگین و انحراف معیار بیان می‌گردد. نتایج حاصل از پرسش‌نامه، در صفحه‌ی ۲۰۸ توضیح داده خواهد شد.

جلسات بحث گروهی متمرکز

علاوه بر پرسش‌نامه، پس از اجرای هر برنامه از دانشجویان به‌صورت «جلسات بحث گروهی متمرکز»، یا «Focus Group Discussion» در مورد محتوای جلسات و میزان اثربخشی آن‌ها



سؤال شد و نتایج به دست آمده مورد بررسی و جمع‌بندی قرار گرفت. تلاش شد تا تنوع شرکت‌کنندگان در جلسات بحث گروهی متمرکز، متناسب با شرکت‌کنندگان در همایش، حفظ شود. در گروه «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت»، از ابتدای طراحی این پروژه، برای هر جلسه، با هماهنگی دفتر توسعه‌ی آموزش دانشگاه علوم پزشکی تهران، تعدادی سؤال در نظر گرفته شد. سؤالات ابتدا به صورت باز بیان‌شده و به تدریج با توجه به نظرات افراد حاضر در جلسات بحث گروهی متمرکز، سؤالات خاص‌تر و متمرکزتر، پرسیده می‌شد. سؤالات از پیش طراحی شده برای جلسات بحث گروهی متمرکز، به شرح زیر هستند:

نظرتان درباره‌ی برگزاری این چنین همایش‌هایی چیست؟
نظرتان درباره‌ی اساتید سخنران چیست؟ تا چه اندازه ایشان را به عنوان استاد الگو می‌پسندید؟ فکر می‌کنید تا چه اندازه، حضور اساتید الگو برای رشد دانشجویان پزشکی موثر باشد؟
نظرتان درباره‌ی موضوع همایش‌ها چیست؟ آیا موضوعات کاربردی برای همایش‌ها، انتخاب شده بود؟ و به نظرتان دانستن این مطالب در چه موقعیت‌هایی می‌تواند به شما کمک کند؟
چه راه‌های دیگری برای به دست آوردن این مهارت‌ها و اطلاعات سراغ دارید؟
برگزاری چه تأثیری داشته است؟ آیا نسبت به قبل، در اهداف و نگرش شما به زندگی تغییر ایجاد شده است؟

با توجه به مسیر طولانی پزشکی و دشواری‌های آن، آیا این همایش‌ها می‌تواند در حفظ انگیزه‌ی دانشجویان برای ادامه راه موثر باشد؟
چه سؤالاتی در ارتباط با موضوع همایش، در جلسه اخیر پاسخ داده شد/نشد؟
به نظر شما چه موضوعات دیگری می‌تواند عنوان همایش‌های بعدی «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» باشد؟

این سؤالات، برای هر پنج گروه پیش‌بینی شده برای شرکت در جلسات بحث متمرکز، یکسان بوده و به گونه‌ای طراحی گردید تا به بیان نظرات متفاوت منجر شود؛ در ابتدا به صلاح‌دید مدیر جلسه، سؤالی کلی به منظور تشویق حاضرین برای شرکت در بحث پرسیده می‌شد، سپس با سؤالات هدف‌دار به جمع‌آوری نظرات مختلف درباره‌ی جوانب متفاوت همایش و تأثیر آن بر نگرش و انگیزه دانشجویان پرداخته می‌شد و در نهایت با یک سؤال پایانی پیشنهادها شرکت‌کنندگان، مدنظر قرار می‌گرفت.

انتخاب شرکت‌کنندگان

گروه «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» بدین منظور، پس از برگزاری هر همایش «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت»، نام افراد مناسب برای حضور در جلسات بحث گروهی متمرکز را از تصاویر بهداشت‌آمده از همایش، استخراج می‌نمود؛ افرادی که صاحب‌نظر، مناسب برای ارائه‌ی نظرات در جمع‌های کوچک دانشجویی و خوشفکر هستند و در کنار آن، آگاهی بر موضوع و هدف جلسه دارند، برای این منظور، برگزیده شدند. به منظور ایجاد فضایی بهتر برای تبادل نظر فعالانه همهی افراد حاضر در جلسه و یکنواخت قرار دادن جمعیت حاضر در جلسات بحث گروهی متمرکز، گروه‌بندی‌ها بر اساس سال ورودی دانشجویان بود:

دانشجویان از ورودی ۹۲-۹۵ (که در زمان برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز، دانشجویان علوم پایه و دورهی مطلب بودند).

دانشجویان ورودی ۹۰ و ۹۱ (که در زمان برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز، کارآموزان پزشکی بودند).

دانشجویان ورودی ۸۹ و ۸۸ (که در زمان برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز، کارورزان پزشکی بودند).

به این ترتیب برای هر بار برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز، شش نفر از دانشجویان انتخاب می شدند.

آنالیز داده‌ها و گزارش نویسی

گروه «پزشکی: این راه بی نهایت» از میان تمام این روشها، روش «تحلیل محتوا» یا «Content Analysis» را برگزید. جهت تحلیل محتوای به دست آمده از جلسات بحث گروهی متمرکز، فایل صوتی جلسه به همراه تمامی نظرات بیان شده توسط هر فرد شرکت کننده در جلسه، پیاده می شد. سپس، پاسخهای افراد در گروههای مختلف، دسته بندی گردید. برای هر پاسخ نیز یک یا چند «کلیدواژه» تعیین گردید و بر اساس پاسخهای داده شده و کلیدواژههای تعریف شده، «تم» هایی تعیین شد و پاسخها به همراه کلیدواژههایشان با هر یک از این تمها انطباق داده شده و در تم مشخصی قرار گرفتند. نتایج حاصل از نظرات شرکت کنندگان در جلسات بحث گروهی متمرکز، در کنار یکدیگر قرار گرفته و به طور کلی، با استفاده از این روش آنالیز کیفی، مورد تحلیل قرار گرفت. ارائه این نظرات نیز با ارائه ی فراوانی نظرات مختلف و در کنار آن، ذکر برخی از نظرات است.

مصاحبه و دریافت فعالانه ی بازخورد

علاوه بر تحلیل محتوای پرسشنامهها و جلسات بحث گروهی متمرکز، گروه «پزشکی: این راه بی نهایت» خود را ملزم به جمع آوری بازخوردهای شرکت کنندگان به طور فعالانه کرده بود. اعضای گروه به خصوص اعضای زیرگروه ارزشیابی، توسعه و تحقیق، به طور فعالانه با شرکت کنندگان در همایشها در مورد نحوه ی برگزاری همایشها مصاحبههایی دوستانه و غیر ساختارمند انجام داده و نظرات ایشان را در جلسات درونگروهی مورد بحث و تصمیمگیری قرار میدادند. در جریان برگزاری همایشهای متعدد، اعضای هر زیرگروه به تجربیات ارزشمندی در نحوه ی موثر انجام وظایف دست یافتند که ماحصل به کار گرفتن آنها، صرفه جویی در وقت و انرژی صرف شده توسط افراد در همایشهای بعدی بود. از مهمترین جلسات اعضای گروه «پزشکی: این راه بینهایت» جلسات نقد و بررسی، بلافاصله بعد از اجرای هر همایش بود. در این جلسات، اعضا با نگاهی نقادانه تمامی مراحل کار را رصد کرده و در صدد کشف نقاط ضعف و حل و فصل مسائل مختلف برمی آمدند. به این صورت که تمامی بازخوردها به صورت فهرستی جمع آوری شده و به فهرست به دست آمده از همایشهای قبلی افزوده می شد. این فهرست جامع تا زمان برگزاری همایش آخر «پزشکی: این راه بی نهایت»، حاوی ۱۱۲ بازخورد تصویب شده در جلسات گروه برای توجّه بیشتر در همایشهای آتی بود.

شرح مختصری از فعالیت صورت گرفته را به انگلیسی بنویسید (آماده سازی، چگونگی تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق متدولوژی، اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید):
Medicine; This Infinite Way, was the name of a project, to design, execute and evaluate eight serial conferences, run by role models, for motivating medical students in Tehran University of Medical Sciences, between the years 2014- 2016. In this project, a group of medical students, try to provide a friendly environment, to improve the contact between role model



faculty members and students. The aimed to motivate students via depicting a bright future, communicating undergraduates to the scientific stars and share the novel ideas which can help the student to build a clear, bright future for themselves.

In the first step, the group tried to extract a thorough definition from "role model". Then, the students tried to build comprehensive criteria for selecting the best role models for this purpose. Another important aspect of the serial conferences, was the main topic presented by role models and the group attempted to select the most important motivating topic that are necessary for academic achievement of the students who actually are builder of their society.

The conferences designed for 8 serial ones for a 2-year period. Each session consisted of a 45-minute lecture followed by a 45-minute section of question-answer dialogue between the role model and the students. In the question-answer section, we tried to share the novel ideas and insight of the role models for students.

We wrote some pre-defined goals for this project and therefore, we tried to assess them while executing the project using 3 objective tools: A validated reliable questionnaire prepared by some experts in the field of medical education and evaluation, focus group discussion (FGD) designed and executed by some experts experienced in medical evaluation and a feedback seeking system that allowed us to gather verbal and non-verbal comments of the participants and students.

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

گروه «پزشکی؛ این راه بی نهایت» در تمامی مراحل برگزاری همایش ها، توان حداکثری خود را برای اشاعه ایده های این کار، در بین دانشجویان سراسر کشور به کار بست. بدین منظور، بخش عمده های از توان تبلیغاتی گروه، معطوف به انتشار متون دعوت، پوستره های همایش ها، کلیپهای ساخته شده از هر همایش و پستهای تبلیغاتی برای سایر دانشجویان و مخاطبین در سرتاسر کشور بود. اعتقاد گروه «پزشکی؛ این راه بی نهایت» بر این بود که تمامی دانشجویان در سرتاسر کشور، باید بتوانند از صحبت های اساتید الگو که در یک فضای انگیزشی ارائه می گردد استفاده کنند و به نوعی، این صحبتها را برای ادامه مسیر تحصیلی و مسیر زندگی خود به کار بندند. همین اعتقاد باعث شد که در دو برهه ی زمانی، گروه دانشجویان مجری این پروژه، توان خود را برای معرفی این پروژه به تمامی دانشجویان دانشگاه های علوم پزشکی کشور، به کار بندند. بدین منظور، با استفاده از افرادی که در طی سالهای مختلف، با دانشجویان مختلف دانشگاه های علوم پزشکی کشور در تماس بودند، سعی کردیم در هر دانشگاه، فرد یا افرادی را به عنوان رابط پیدا کنیم و از این افراد که در بسیاری از موارد، نماینده ی ورودیها بودند، درخواست کنیم تا متن مربوط به معرفی این ایده و آدرس صفحات مجازی گروه «پزشکی؛ این راه بی نهایت» را با سایر دوستان همورودیشان به اشتراک بگذارند. بعد از این دو برهه ی زمانی، واضحاً تعداد مخاطبین صفحات مجازی افزایش یافت و همین امر، گواه درجاتی از موفقیت در این اقدام است. گروه «پزشکی؛ این راه بی نهایت» به طور کلی، از پنج راه ارتباطی با مخاطبین، بهره می جست:

کانال Telegram: این کانال به آدرس www.telegram.me/MedicineThisInfiniteWay

اصلیترین راه ارتباطی مخاطبین با گروه «پزشکی؛ این راه بی نهایت» بود. اطلاع از اخبار همایش ها،



متون دعوت، پوسترها و کلیپها در این کانال به راحتی قرار گرفته و در فضای مجازی، منتشر می‌شود. صفحه‌ی Instagram: این صفحه، به آدرس www.instagram.com/MedicineThisInfiniteWay یکی دیگر از صفحات پربازدید و پرمخاطب گروه «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» بود. در این صفحه نیز، اعلانهای دعوت، پیشنمایشی از کلیپها و پستهای انگیزشی از قسمتهایی از صحبت‌های اساتید قرار می‌گرفت که در نهایت، این صفحه را به صفحه‌های علمی برای مواجهه با صحبت‌های اساتید الگو، تبدیل نمود.

صفحه‌ی Facebook: این صفحه، به آدرس www.facebook.com/MedicineThisInfiniteWay یکی دیگر از صفحات مجازی مورد استفاده‌ی گروه بود. در برهه‌ی زمانی اجرای پروژه‌ی «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» به علت ظهور صفحات مجازی جدید از جمله دو مورد ذکرشده‌ی قبلی، این شبکه در بین کاربران ایرانی اقبال زیادی نداشت، لذا صفحه‌ی مربوطه نیز نسبت به صفحات قبل، از مخاطب کمتری برخوردار بود.

پست الکترونیکی: پست الکترونیکی گروه به آدرس MedicineThisInfiniteWay@gmail.com پاسخگوی تمامی درخواست‌های مخاطبین بود. عمده‌ی مخاطبین از طریق ایمیل، درخواست آوای ضبط‌شده و اسلایدهای هر کدام همایش‌ها را، داشتند که طبق سیاست گروه در احترام به مخاطبین، درخواست‌های ایشان ظرف حداکثر ۴۸ ساعت، پاسخ داده می‌شد.

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

خلاصه‌ی قسمت نتایج و تحلیل نتایج:
«پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» عنوان مجموعه همایش‌هایی بود که با هدف دستیابی به سه مقصود، در دانشگاه علوم پزشکی تهران و برای دانشجویان پزشکی برگزار شد؛ ایجاد محیطی برای تماس با اساتید الگو، ایجاد، ارتقا و تداوم انگیزه به‌عنوان موتور محرک در بین دانشجویان پزشکی و تلاش برای آموزش مهارتهایی به ایشان. این سه رکن، به‌عنوان اصولی جداناپذیر و تخطیناپذیر در طراحی و برگزاری این همایش‌ها قلمداد می‌شود. این پروژه که با همت جمعی از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و در طول چهار سال طراحی و اجرا گشت، نمونه‌های عملی از کاشت یک ایده، تلاش برای ارتقا و به سرانجام رساندن آن برای باروری حداکثری بود.

به اتکای نتایج به‌دست‌آمده از ارزشیابی کمی و کیفی انجام‌شده برای این پروژه، همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» توانست، محیطی صمیمانه، دوستانه، علمی و درعین حال، پویا برای ایجاد ارتباط بین اساتید الگو و دانشجویان پزشکی ایجاد کند؛ محیطی که در آن دانشجویان، نه تنها از بهرورترین دانش همه‌جانبه‌ی اساتید الگو بهره‌بردند، بلکه با مسیر زندگی ایشان، دستاوردهایشان، نوع نگاه متفاوت این افراد برجسته به زندگی و در کنار همهی اینها، داستان شکست‌های این افراد آشنا شدند و تعامل رخ داده در این محیط، به‌نوعی سازنده، به رشد فکری و عملکردی دانشجویان منجر شد. (نمودار، جدول و پاسخ به سؤال اول جلسات بحث گروهی متمرکز).

در کنار رشد فکری و رشد عملکردی در این محیط سازنده که در نوع خودش، کم‌نظیر بود، یکی دیگر از دستاوردهای کوتاهمدت و بلندمدت این همایش‌ها، ارتقای سطح انگیزشی دانشجویان پزشکی بود. شرکت‌کنندگان در همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت»، به طرز کاملاً مطلوبی از نقشی که



این همایش‌ها در ایجاد، حفظ، تداوم و ارتقای انگیزهی ایشان بازی کرده است، یاد نمودند و اساتید الگو با توانایی منحصری که در انتقال نگاه خود به زندگی، دانش و مهارت کسب‌شده و تجربیاتشان داشتند، توانستند انگیزهی این دانشجویان را برای ادامهی مسیر «بینهایت» پزشکی، ارتقا دهند. در کنار آن اما شاید موضوعی که به اذعان مخاطبین این همایش‌ها کم‌فروغ‌تر از دو اصل قبلی ظاهر شد، بحث آموزش مهارت‌ها بود. برخی از مخاطبین، اصولاً ساختار این همایش‌ها را مناسب برای آموزش مهارت نمیدانسته و ترجیح بر تأکید بر سایر قالب‌ها برای آموزش مهارت داشتند. تعداد کم این همایش‌ها (هشت همایش در طول تقریباً دو سال)، مدت زمان کوتاه آن‌ها و بخش‌های متنوع آن، باعث شد دستیابی به این هدف در سطحی که قابل‌انتظار بود، رخ ندهد. البته در این بین، مخاطبین اظهار نموده بودند که عمده‌ی مطالب مطرح‌شده در این همایش‌ها، جنسی متفاوت با مطالب در دسترس دانشجویان پزشکی داشت و همین امر، محیطی متفاوت برای آموزش دانشجویان ایجاد مینمود. گروهی دیگر نیز، این نکته را متذکر شده بودند که صرف گذراندن اوقاتی با اساتید الگو، آنهم در محیطی که همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» ایجاد مینمود، همراه با یادگرفتن ضمنی از ایشان بود.

در جایجای جهان، در دانشکده‌های پزشکی، برنامه‌های متنوعی، بهم‌منظور ایجاد محیطی برای تماس با اساتید الگو، در راستای افزایش انگیزهی دانشجویان پزشکی و کسب مهارت‌های ایشان طراحی شده است (۸-۱۳) و بر نقش مثبت اساتید الگو در بالندگی دانشجویان پزشکی تأکید کرده‌اند (۱۴، ۱۵). برنامه‌های مشابهی، از اساتید الگو، چه برای انگیزه‌بخشی (۱۶) به دانشجویان و چه برای آموزش مهارت‌های جانبی که خارج از کوریکولوم تعریف‌شده برای دانشجویان پزشکی بوده است (۱۷-۲۰)، بهره برداند. در تمامی این برنامه‌ها، حتی در دانشگاه‌هایی با ویژگی‌های مختلف فرهنگی، ویژگی‌ها و ملاک‌هایی که اساتید الگوی مثبت بر اساس آن، انتخاب می‌شدند تا حد زیادی مشابه هستند؛ مهارت‌های بین فردی، صداقت، نگرش مثبت و هدفمند، متعهد به رشد و تعالی و دارای توانمندی تأثیرگذاری از مهمترین این ویژگی‌ها است (۲۱-۲۳). اثربخشی استفاده از این رویکرد نیز، کاملاً تعریف‌شده است، به‌گونه‌ای که دانشجویان پزشکی، از اساتید الگویی که به ایشان معرفی می‌شود، تقلید و تبعیت میکنند و این تقلید و تبعیت تا آنجا میتواند عمیق باشد که حتی این افراد، در انتخاب مسیر آینده‌ی زندگی خود، همان مسیری را پیش بگیرند که اساتید الگویی آن‌ها پیش گرفتند (۲۳-۲۵). دانشجویان از طریق مواجهه با اساتید الگویشان، هدفمند میشوند، متفکرانه‌تر به زندگی و مسیر آن نگاه میکنند و انتخاب‌ها، ارزش‌ها و نگرش خود را به دست آورده و برمبگیرند (۲۰، ۲۶، ۲۷) و آرام‌آرام، شخصیت حرفه‌ای دانشجویان شکل میگیرد (۲۸). برخی مداخلات، مثل مداخلهی حاضر در «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت»، محیطی را برای تماس اساتید الگو با دانشجویان فراهم کرده‌اند، حال آنکه برخی دیگر، در مطالعاتشان بالأخص در محیط بالینی، بیان داشته‌اند که اساتید الگو، خود باعث ایجاد محیطی آرام و پویا، برای تأثیرپذیری دانشجویان و رشد ایشان میشوند (۲۹). یافته‌های پروژه‌ی فعلی نیز بیانگر این است که دانشجویان، برگزاری این همایش‌ها را در راستای ارتقای عملکرد آینده‌شان مفید ارزیابی نمودند (نمودار، جدول و پاسخ به سؤال چهارم در جلسات بحث گروهی متمرکز) و علاوه بر اینکه حضور در این همایش‌ها را به سایرین توصیه مینمودند، خواهان برگزاری مستمر این‌گونه رویدادها در دانشگاه بودند. ذکر یک نکته، در پایان این قسمت ضروری به نظر میرسد؛ همان‌طور که اساتید الگوی مثبت،

میتوانند نقش به‌سزایی در پیشرفت دانشجویان و از آن طریق، در پیشرفت دانشگاه و جامعه، بازی کنند، نقش محزّبی که اساتید الگوی منفی نیز میتوانند در این مسیر ایجاد کنند، کاملاً شناخته شده است (۳۰).

«پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» در نوع خود، یک ایده‌ی جدید بود که نه‌تنها مشابهی در دانشگاه‌های کشور نداشت، بلکه موارد شبیه به آن، در دانشگاه‌های سایر کشورها نیز، پیدا نمیشد. این پروژه، توسط یک تیم هشت نفره از دانشجویان پزشکی، برای هشت همایش و در دو سال به انجام رسید. استقبال از این همایش‌ها، در زمانهای مختلف برگزاری این ایده، تفاوت چشمگیری داشت (جدول ۱). عوامل متعددی، روی حضور دانشجویان در همایش‌ها تأثیرگذار بود؛ شناخته‌شده بودن استاد الگوی مدعو به همایش‌ها، عدم تداخل تاریخ برگزاری همایش با برنامه‌ی کلاسی و امتحانی، سطح تبلیغات صورت‌گرفته برای معرفی استاد مدعو و موضوع جلسه به‌خصوص در فضای مجازی و سوابق قبلی تحصیلی و غیر تحصیلی استاد مدعو، از مهمترین عواملی بودند که روی حضور مخاطبین در همایش‌ها تأثیرگذار بود. تبلیغات، به‌خصوص در این زمان، تبلیغات در فضای مجازی، مطمئناً نقش ویژه‌ای در حضور و به‌اشتراک‌گذاری این ایده در بین دانشجویان کشور داشت. همان‌طور که عنوان شد، در دو برهه‌ی زمانی، گروه طراحان و مجریان این پروژه، اقدام به معرفی این همایش‌ها و به‌اشتراک‌گذاری ویدئوهای کوتاهی که از این همایش‌ها در سرتاسر کشور کردند. همین کار، تعداد افراد بیشتری را در دانشگاه‌های کشور نسبت به محتوای این پروژه آشنا نمود و در کنار آن، مطالب بیان‌شده در این همایش‌ها را به‌اشتراک با ایشان درآورد؛ به‌گونه‌ای که حداقل از پنج دانشگاه در کشور، به‌طور رسمی اقدام به سؤال مستقیم از شیوه‌ی برگزاری این پروژه کرده و خواهان انتقال تجربیات این گروه برای راه‌اندازی طرحی مشابه در دانشگاه خودشان بودند.

در مورد شیوه‌ی تبلیغی، همان‌طور که در قسمت نتایج پرسشنامه هم ذکر شد و همان‌گونه که در نمودار مشخص است تا همایش پنجم، عمده‌ی اطلاعاتی مخاطبین، از طریق تبلیغات فضای فیزیکی، یعنی بنر و پوستر همایش‌ها بوده است. با اضافه شدن افراد متخصص به گروه «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» از همایش ششم، به‌تدریج تبلیغات فضای مجازی گسترش یافت تا آنجایی که در همایش آخر، بیش از نیمی از مخاطبین، از طریق تبلیغات صورت گرفته در فضای مجازی، از برگزاری همایش، مطلع شده‌اند. هم‌چنین، به‌طور میانگین، حدود ۲۰ درصد از مخاطبین ذکر نموده‌اند که از بیش از یک مجرا، از برگزاری این همایش‌ها مطلع گردیده‌اند. از همایش هفتم، با توجه به اندک بودن درصد افرادی که از طریق پیامک نسبت به برگزاری همایش باخبر شده بودند، این شیوه طبق تصمیم گروه، حذف و هزینه‌ی آن، صرف تبلیغ در فضای مجازی و تبلیغ در فضای فیزیکی شد. ضمناً، با وجود این‌که در دعوت برای هر همایش، برای تمامی شرکت‌کنندگان قبلی ایمیل ارسال میشد، اما همان‌طور که در نمودار مشخص است، درصد افرادی که از طریق ایمیل، نسبت به برگزاری همایش‌ها، مطلع شده‌اند، بسیار ناچیز است که میتواند گویای جایگزین شدن استفاده از صفحات مجازی به‌جای استفاده از ایمیل باشد.

گرچه جامعه‌ی هدف این همایش‌ها، دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سنین ۱۹ سال تا ۲۶ سال بودند، اما به‌مرور زمان، با تبدیل «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» به یک پروژه‌ی موفق، نوآورانه و شاخص، مخاطبین این همایش‌ها از خارج از دانشکده‌ی پزشکی، فزونی یافت (تغییر این روند، در نمودار مشخص است). بدیهی است که بحث الگوگیری از اساتید برجسته، انگیزه‌بخشی



و آموختن مهارت، موضوعاتی نیستند که تنها منحصر به دانشجویان گروه پزشکی شود؛ استقبال سایر دانشجویان گروه‌های غیرپزشکی از این همایش‌ها، خود گویای این قضیه است. اگر به زمان اختصاص داده‌شده برای هر قسمت از همایش در نمودار و به میزان رضایت شرکت‌کنندگان در همایش در سؤال دوم (نمودار و جدول) و سؤال پنجم (نمودار و جدول) پرسشنامه که مربوط به رضایتمندی از طول مدت برگزاری همایش (حدود ۱۲۰ دقیقه) و رضایت از پاسخگویی به سؤالات مخاطبین در همایش‌هاست، توجه کنیم، درمیابیم که این شاخصها، از دیدگاه مخاطبین همایش‌ها از رضایتمندی کمتری برخوردار بوده است. با توجه به نتایج جلسات بحث گروهی متمرکز، این نکته دریافت می‌شود که دلیل عدم رضایت این افراد، توالی کم همایش‌ها و مدت زمان کوتاهی بود که به قسمت پرسشوپاسخ اختصاص داده می‌شد (میانگین ۴۰ دقیقه). مخاطبین، خواهان برگزاری بیشتر این همایش‌ها و در کنار آن، برجسته‌تر کردن قسمت مربوط به پرسشوپاسخ بودند. این نکته حائز اهمیت است که مطالب مطرح‌شده در قسمت پرسشوپاسخ که به نوعی، بیانگر مسیر طی شده توسط اساتید الگو، دیدگاه آن‌ها به زندگی حرفه‌ای و شغلی و بیان مشکلاتی که با آن دست‌وپنجه نرم کرده بودند، برای شرکت‌کنندگان در همایش، جذابیتی خاص داشت. با تکیه بر همین دیدگاه، گروه «پزشکی: این راه بی‌نهایت» تصمیم گرفت در سه همایش پایانی، میزان زمان اختصاص داده‌شده به قسمت پرسشوپاسخ و تعداد سؤالات این قسمت را افزایش دهد. نتایج این افزایش، در نمودارهای نمودار و نمودار به تصویر کشیده شده است. این تغییر یکی از مواردی بود که باعث شد، میانگین امتیاز کلی همایش‌ها در همایش دوم تا ششم، از عدد ۴-۰۸ به عدد ۴-۲۲ در همایش هفتم تا نهم ارتقا یابد.

محدودیت‌ها

پروژه‌ی «پزشکی: این راه بی‌نهایت» نیز مانند هر پروژه‌ی دیگری، خالی از محدودیت نبود. شاید مهم‌ترین محدودیت گروه در به‌ثمررساندن این پروژه، کمبود نیروی انسانی بود. همان‌طور که ذکر شد، این پروژه، توسط یک تیم دانشجویی هشت نفره تحت راهنمایی یکی از اعضای محترم هیئت علمی که همان مدیر محترم دفتر منتورینگ بود، به انجام رسید؛ این تیم دانشجویی، خود ملزم به شرکت در کلاسها، بخشهای بالینی و گذراندن آزمونهای نه‌چندان کم‌تعداد دانشکده‌ی پزشکی بودند. از طرفی، تقریباً تمامی امور در این پروژه، حتی کوچک‌ترین امور اجرایی و تبلیغاتی، به عهده‌ی دانشجویان بود. در کنار این مسئله، یکی از مواردی که دانشجویان چه در پرسشنامه‌ها به‌صورت پیشنهاد ذکر می‌کردند و چه در جلسات بحث گروهی متمرکز، متذکر شدند، کمبود توالی و تعداد برگزاری این همایش‌ها بود. ساختار دانشجویی ذکرشده، عملاً دستان این گروه را برای اجرای مداوم‌تر و پرتعدادتر این همایش‌ها، بسته بود. گرچه ممکن است پیشنهاد گردد گروهی پرتعدادتر از دانشجویان، میتوانست این مشکل را حل کند، اما مطالعه‌ی ادبیات مربوط به این حوزه، این مورد را رد میکند؛ چرا که تعداد بالاتر افراد در گروه، اداره و بازدنی گروه را کم میکند (۳۱). بودجه‌ی اختصاص داده‌شده برای این کار نیز، جز مواردی بود که در اجرا محدودیت ایجاد میکرد؛ مطمئناً بودجه‌ی بالاتر، میتوانست به معنای حجم بالاتر تبلیغات و تعداد بالاتر مخاطب باشد. گرچه، کمکهای بیشانیی دانشکده‌ی پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی تهران، نقشی انکارناپذیر برای اجراشدن باکیفیت این پروژه، ایفا نمود. در انتخاب اساتید الگو نیز بعضاً محدودیتهایی ایجاد



میشد. در برخی موارد، اعمال نظرها و سلايق شخصي، در انتخاب اساتيد براي حضور در همایش‌ها جلوگیری می‌کرد و خود را به‌عنوان یکی از محدودیتها نشان میداد.

پیشنهاد و نتیجه‌گیری

ایدهی «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» نشان داد، برگزاری همایش‌هایی که بتواند محیطی را برای دانشجویان پزشکی ایجاد کند تا با اساتید الگو در تعامل بوده و از این طریق، علاوه بر افزایش انگیزه و مهارت، بتواند دیدگاه بهتر و برتری نسبت به مسیر آینده‌ای که پیشرو دارند، داشته باشند تا چه اندازه میتواند مورد استقبال دانشجویان پزشکی باشد. این پروژه که به‌عنوان اولین ایده در این راستا قدم نهاد، میتواند یک نمونه‌ی اولیه (Prototype) برای سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و حتی سایر دانشگاه‌های غیر علوم پزشکی کشور باشد. از آنجایی که نقش سازنده‌ی اساتید الگو بر روی تربیت دانشجویان صلاحیت‌مند و ایدئولوژیک، انکارناپذیر است، توصیه میشود مسئولین مربوطه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و هم‌چنین، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری در کنار وزارت آموزش و پرورش، از نتایج این ایده استفاده کرده و نسبت به راهاندازی برنامه‌های مشابه در دانشگاه‌های کشور و تشویق دانشجویان برای برگزاری فعالیتهای مشابه، اقدام کنند؛ مطمئناً، طی این مسیر، میتواند افق دید دانشجویانی که مسئولین آینده‌ی کشور هستند را تغییر داده تا این افراد، به‌گونه‌ای هدفمندتر و توانمندتر، در جهت اعتلای کشور خود گام بردارند.

شرح مبسوط نتایج حاصل از پروژه‌ی پزشکی؛ این راه بی‌نهایت:

همان‌طور که ذکر شد، ۳ شیوه بدین منظور، در نظر گرفته شد: پرسش‌نامه، جلسات بحث گروهی متمرکز و مصاحبه و دریافت بازخورد. در این قسمت، نیز، ابتدا نتایج حاصل از پرسش‌نامه‌های توزیع‌شده بین مخاطبین همایش، مورد بررسی قرار می‌گیرد، سپس مروری بر مهمترین بازخوردهای حاصل از جلسات بحث گروهی متمرکز خواهیم داشت. از آنجایی که نظرات به‌دست آمده از مصاحبه‌ها و بازخوردهایی که از آن‌ها، به دست آمد، غیررسمی بود و ذکر این بازخوردها بدون توضیح علت آن، فاقد ارزش است و از طرفی ذکر علت بازخوردها، از حوصله‌ی این کتاب و مخاطب آن، خارج است، لذا از این قسمت، صرف‌نظر می‌گردد، اما همان‌طور که در قسمتهای پیشین اشاره شد، حدود ۱۱۰ بازخوردی که به‌طور فعلاً نه از طرف اعضای گروه «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» گردآوری شد، نقش به‌سزایی در ارتقای مداوم این پروژه، بازی کرد.

نتایج حاصل از پرسش‌نامه‌ها

همان‌طور که در پرسش‌نامه‌ی پیوست شده در صفحه‌ی ۲۶۸ مشخص است، پرسش‌نامه‌ی توزیع‌شده در همایش‌ها به ۳ قسمت کلی تقسیم می‌گردد. در بخش اول پرسش‌نامه، اطلاعات پایهای مخاطبین مورد سؤال قرار می‌گیرد، در بخش دوم، جدولی مشتمل بر ۱۱ سؤال از مخاطبین مورد سؤال قرار گرفته و در قسمت انتهایی نیز، ۲ سؤال باز از ایشان پرسیده شده است. نتایج حاصل نیز، به همین ترتیب، در این قسمت ارائه می‌گردد.

اطلاعات پایه‌ای کسب‌شده از طریق پرسش‌نامه

جهت بررسی بهتر، تعداد افراد حاضر در هر همایش، در ۳ زمان مشخص، به‌صورت سرشماری، بررسی می‌شود. در بار اول، تعداد افراد حاضر در رأس ساعت ۱۵ که ساعت شروع تمامی همایش‌ها بود، مورد سرشماری قرار می‌گرفت، شمارش دوم در ساعت ۱۶ و شمارش نهایی در ۱۵ دقیقه



پایانی همایش‌ها انجام می‌گرفت.

خلاصه‌ای از تعداد شرکت‌کنندگان در همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» در جدول زیر به تصویر کشیده شده است.

مجموع تعداد شرکت‌کنندگان در ۸ همایش برگزار شده	میانگین تعداد شرکت‌کنندگان در ۸ همایش برگزار شده	بیشترین تعداد شرکت‌کننده در ۸ همایش برگزار شده	کمترین تعداد شرکت‌کننده در ۸ همایش برگزار شده	
۱۲۸۷ نفر	۱۶۱ نفر	۳۱۲ نفر	۴۱ نفر	شمارش اول: در ابتدای همایش
۱۷۷۰ نفر	۲۲۱ نفر	۴۱۳ نفر	۹۶ نفر	شمارش دوم: در میانه‌ی همایش
۱۵۴۲ نفر	۱۹۳ نفر	۳۲۴ نفر	۶۶ نفر	شمارش سوم: در انتهای همایش

از بین افراد شرکت‌کننده در همایش‌ها، کم‌سنتزین ایشان، ۱۶ سال و مستقرین ایشان، ۵۵ سال داشتند. میانه‌ی سنی افراد شرکت‌کننده در همایش، ۲۳ سال بود. نمودار منحنی توزیع سنی افراد شرکت‌کننده در همایش را نشان میدهد. همان‌طور که مشاهده می‌گردد، غالب مخاطبین با توجه به جامعه‌ی هدف در نظر گرفته شده برای این همایش، بین ۱۹ تا ۲۷ سال داشته‌اند.

نمودار ۱: نمودار هیستوگرام توزیع سنی افراد شرکت‌کننده در همایش‌ها

از بین شرکت‌کنندگان همایش، ۶۱ درصد، خانمها و ۳۹ درصد، آقایان بودند.

نمودار، ترکیب افراد شرکت‌کننده در هر همایش را به تفکیک همایش‌های برگزار شده نشان میدهد. همان‌طور که مشاهده می‌گردد، به‌مرور زمان و هم‌زمان با توسعه یافتن پروژه‌ی «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت»، به درصد مخاطبینی که خارج از دانشکده‌ی پزشکی مشغول به تحصیل بوده‌اند، افزوده شده است. در بین دانشجویان پزشکی، بیشترین آمار شرکت‌کنندگان مربوط به دانشجویان دوره‌ی علومپایه و دوره‌ی کارآموزی و سپس فیزیوپاتولوژی، کارورزی و دستیاری است که با توجه به تعداد این دانشجویان در هر مقطع، تفاوت معناداری بین شرکت‌کنندگان مقاطع مختلف رشته‌ی پزشکی مشاهده نمی‌گردد.

نمودار ۲: ترکیب افراد شرکت‌کننده در همایش‌ها از نظر مقطع تحصیلی

گروه «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» مفتخر بود که حضور اعضای محترم هیئت‌علمی را در همایش‌های مختلفی که برگزار شد، داشته باشد. در مجموع، در کل همایش‌های برگزار شده به‌استثنای استاد مدعو هر همایش و مدیر محترم دفتر منتورینگ، به‌طور میانگین، حدود ۶ نفر از ایشان و در مجموع، حدود ۵۰ نفر از اعضای محترم هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، در این همایش‌ها حضور یافتند. آمار حضور ایشان به تفکیک هر همایش، در نمودار نشان داده شده است.

نمودار ۳: تعداد اعضای هیئت‌علمی حاضر در همایش‌ها

همان‌طور که ذکر شد، در هر همایش، به‌تمامی افراد شرکت‌کننده، پرسش‌نامه تقدیم میشد. برای هر همایش و برای کل همایش‌های برگزار شده، درصد پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ها یا "Response Rate" محاسبه شد تا در صورتی‌که این عدد، از حداقل لازم برخوردار نبود، نتایج آن همایش، از بررسیها خارج گردد. بعد از محاسبه برای هر همایش، مشخص شد که درصد پاسخگویی برای هر همایش، حدود ۵۰ درصد یا بالاتر و عدد میانگین کل، ۶۱ درصد بوده است. به تفکیک هر همایش،



اعداد درصد پاسخگویی، در نمودار به تصویر کشیده شده است.

نمودار ۴: میزان پاسخ‌دهی یا Response Rate پرسش‌نامه‌های توزیع‌شده در هر همایش

با توجه به راه‌های مختلفی که برای اطلاع‌رسانی همایش‌ها مورد استفاده قرار می‌گرفت، از مخاطبین در مورد شیوه‌ای که از طریق آن، از برگزاری همایش مطلع شده‌اند، سؤال شد. نمودار به تفکیک هر همایش، نحوه‌ی اطلاع‌یابی شرکت‌کنندگان در همایش را به تصویر میکشد.

نمودار ۵: نحوه‌ی اطلاع‌یابی شرکت‌کنندگان از برگزاری همایش

همان‌طور که مشاهده می‌گردد تا همایش پنجم، عمده‌ی اطلاع‌یابی مخاطبین، از طریق تبلیغات فضای فیزیکی، یعنی بنر و پوستر همایش‌ها بوده است. با اضافه شدن افراد متخصص به گروه «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» از همایش ششم، به تدریج تبلیغات فضای مجازی گسترش یافت تا آنجایی که در همایش آخر، بیش از نیمی از مخاطبین، از طریق تبلیغات صورت گرفته در فضای مجازی، از برگزاری همایش، مطلع شده بودند. هم‌چنین، به‌طور میانگین، حدود ۲۰ درصد از مخاطبین ذکر نموده‌اند که از بیش از یک مجرا، از برگزاری این همایش‌ها مطلع گردیده‌اند. از همایش هفتم، با توجه به اندک بودن درصد افرادی که از طریق پیامک نسبت به برگزاری همایش باخبر شده بودند، این شیوه طبق تصمیم گروه، حذف و هزینه‌ی آن، صرف تبلیغ در فضای مجازی و تبلیغ در فضای فیزیکی شد. ضمناً، با وجود این‌که در دعوت برای هر همایش، برای تمامی شرکت‌کنندگان قبلی ایمیل ارسال می‌شد، اما همان‌طور که در نمودار مشخص است، درصد افرادی که از طریق ایمیل، نسبت به برگزاری همایش‌ها، مطلع شده‌اند، بسیار ناچیز است که می‌تواند گویای جایگزین شدن استفاده از صفحات مجازی به‌جای استفاده از ایمیل باشد.

در برگزاری همایش‌ها، با وجود محدودیتهایی که بعضاً در مدت زمان در نظر گرفته شده برای هر همایش به وجود می‌آمد، سعی شد حتی‌المقدور با زمان ۱۲۰ دقیقهای تعیین‌شده در پروپوزال پیشنهادی، زاویه‌ی زیادی پیدا نشود. نمودار به تفکیک هر همایش، میزان مدت صرف‌شده برای هر همایش و میزان زمان صرف شده برای هر قسمت را نشان می‌دهد. کمترین مدت زمان در بین همایش‌ها، ۸۵ دقیقه و بیشترین آن، ۱۴۰ دقیقه بوده است. به‌طور میانگین، در هر همایش، ۵۴ دقیقه زمان برای سخنرانی و ۴۰ دقیقه زمان برای پرسش‌وپاسخ، صرف گردیده است.

نمودار ۶: میزان زمان کل و میزان زمان اختصاص داده‌شده به هر کدام از قسمت‌های همایش

تعداد سؤالات پرسیده شده در قسمت پرسش‌وپاسخ در هر یک از همایش‌ها، به تفکیک در نمودار مشاهده می‌گردد. همان‌طور که مشخص است، به‌طور میانگین در مدت زمان ۴۰ دقیقهای اختصاص داده‌شده برای قسمت پرسش‌وپاسخ، ۱۵ سؤال از استاد مدعو پرسیده شده است.

نمودار ۷: تعداد سؤال پرسیده شده از استاد مدعو در هر همایش

نتایج ۱۱ سؤال پرسیده شده و پاسخ مخاطبین به آن‌ها

همان‌طور که ذکر شد، سعی شد در یک ساختار روا و پایا، از مخاطبین در مورد اهدافی که پروژه‌ی «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» دنبال می‌کند، پرسش‌هایی مطرح گردد. این ساختار، مشتمل بر ۱۱ سؤال بود که علاوه بر اهداف پروژه، جنبه‌های مختلف امور اجرایی برگزاری همایش را نیز مورد بررسی قرار میداد. برای نمره‌دهی به هر کدام از پرسش‌ها، از مقیاس لیکرت استفاده شد؛ به‌نحوی که برای پاسخ «بسیار موافقم» عدد «۵»، «موافقم» عدد «۴»، «نه موافقم، نه مخالفم» عدد «۳»، «مخالفم» عدد «۲» و برای پاسخ «بسیار مخالفم» عدد «۱» در نظر گرفته شد. برای آیتم «نظری ندارم»، امتیازی



لحاظ نگردید. در زیر، نتایج حاصل از پاسخ شرکت‌کنندگان به هر پرسش، بر اساس مقیاس لیکرت، در یک نمودار ستونی به نمایش در خواهد آمد. هم‌چنین در یک جدول برای هر سؤال، کمترین و بیشترین امتیاز به همراه میانگین امتیاز به‌دست‌آمده برای آن سؤال در کل همایش‌ها، از عدد «۵»، نشان داده خواهد شد.

سؤال ۱: انتخاب استاد مدعو را به‌عنوان استاد الگو، شایسته و به‌جا میدانم.

نمودار ۸: پاسخ مخاطبین به سؤال اول پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت

جدول ۳: کمترین، بیشترین و میانگین امتیازات کسب‌شده از سؤال اول در هشت همایش برگزارشده

کمترین امتیاز به‌دست‌آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	بیشترین امتیاز به‌دست‌آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	میانگین امتیاز به‌دست‌آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها
۳۰۸۹	۴۰۶۳	۴۰۳۶

سؤال ۲: مدت زمان همایش را مناسب می‌دانم.

نمودار ۹: پاسخ مخاطبین به سؤال دوم پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت

جدول ۴: کمترین، بیشترین و میانگین امتیازات کسب‌شده از سؤال دوم در هشت همایش برگزارشده

کمترین امتیاز به‌دست‌آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	بیشترین امتیاز به‌دست‌آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	میانگین امتیاز به‌دست‌آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها
۳۰۴۴	۴۰۳	۳۰۹۱

سؤال ۳: موضوع مطرح‌شده در این همایش، دغدغه ذهنی من و جز خلأهای آموزش من بوده است.

نمودار ۱۰: پاسخ مخاطبین به سؤال سوم پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت

جدول ۵: کمترین، بیشترین و میانگین امتیازات کسب‌شده از سؤال سوم در هشت همایش برگزارشده

کمترین امتیاز به‌دست‌آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	بیشترین امتیاز به‌دست‌آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	میانگین امتیاز به‌دست‌آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها
۳۰۴۱	۴۰۳۲	۳۰۹۴

سؤال ۴: از نظر من، برگزاری طولانی‌مدت این همایش‌ها، میتواند عملکرد پزشکان فارغ‌التحصیل از دانشگاه را ارتقا دهد.

نمودار ۱۱: پاسخ مخاطبین به سؤال چهارم پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت

جدول ۶: کمترین، بیشترین و میانگین امتیازات کسب‌شده از سؤال چهارم در هشت همایش برگزارشده

کمترین امتیاز به‌دست‌آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	بیشترین امتیاز به‌دست‌آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	میانگین امتیاز به‌دست‌آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها
۳۰۹۶	۴۰۴۳	۴۰۲۵

سؤال ۵: در جریان همایش، به سوالاتی که در ذهن داشتم، پاسخ داده شد.

نمودار ۱۲: پاسخ مخاطبین به سؤال پنجم پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت

جدول ۷: کمترین، بیشترین و میانگین امتیازات کسب‌شده از سؤال پنجم در هشت همایش برگزارشده



کمترین امتیاز به دست آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	بیشترین امتیاز به دست آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	میانگین امتیاز به دست آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها
۲,۷۹	۳,۸۲	۳,۴۳

سؤال ۶: برگزاری مستمر و متوالی این همایش‌ها میتواند در حفظ و ارتقای انگیزهی دانشجویان پزشکی موثر باشد.

نمودار ۱۳: پاسخ مخاطبین به سؤال ششم پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت

جدول ۸: کمترین، بیشترین و میانگین امتیازات کسب‌شده از سؤال ششم در هشت همایش برگزارشده

کمترین امتیاز به دست آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	بیشترین امتیاز به دست آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	میانگین امتیاز به دست آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها
۴,۰۵	۴,۵۸	۴,۳۵

سؤال ۷: از نحوه برگزاری این همایش توسط تیم برگزارکننده، رضایت دارم.

نمودار ۱۴: پاسخ مخاطبین به سؤال هفتم پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت

جدول ۹: کمترین، بیشترین و میانگین امتیازات کسب‌شده از سؤال هفتم در هشت همایش برگزارشده

کمترین امتیاز به دست آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	بیشترین امتیاز به دست آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	میانگین امتیاز به دست آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها
۳,۹۹	۴,۴۴	۴,۰۲

سؤال ۸: از فرصتی که برای شرکت در این همایش اختصاص دادم، رضایت دارم.

نمودار ۱۵: پاسخ مخاطبین به سؤال هشتم پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت

جدول ۱۰: کمترین، بیشترین و میانگین امتیازات کسب‌شده از سؤال هشتم در هشت همایش برگزارشده

کمترین امتیاز به دست آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	بیشترین امتیاز به دست آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	میانگین امتیاز به دست آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها
۳,۷۹	۴,۵۸	۴,۲۸

سؤال ۹: برگزاری مستمر این همایش‌ها را برای دانشجویان پزشکی ضروری میدانم.

نمودار ۱۶: پاسخ مخاطبین به سؤال نهم پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت

جدول ۱۱: کمترین، بیشترین و میانگین امتیازات کسب‌شده از سؤال نهم در هشت همایش برگزارشده

کمترین امتیاز به دست آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	بیشترین امتیاز به دست آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	میانگین امتیاز به دست آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها
۴,۱۲	۴,۴۶	۴,۰۳

سؤال ۱۰: در همایش‌های آینده «پزشکی؛ این راه بینهایت» شرکت خواهیم کرد.

نمودار ۱۷: پاسخ مخاطبین به سؤال دهم پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت

جدول ۱۲: کمترین، بیشترین و میانگین امتیازات کسب‌شده از سؤال دهم در هشت همایش برگزارشده

کمترین امتیاز به دست آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	بیشترین امتیاز به دست آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	میانگین امتیاز به دست آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها
۴,۰۵	۴,۴۱	۴,۲۴

سؤال ۱۱: شرکت در این همایش‌ها را به دیگران توصیه میکنم.

نمودار ۱۸: پاسخ مخاطبین به سؤال یازدهم پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت



جدول ۱۳: کمترین، بیشترین و میانگین امتیازات کسب‌شده از سؤال یازدهم در هشت همایش برگزارشده

کمترین امتیاز به‌دست‌آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	بیشترین امتیاز به‌دست‌آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها	میانگین امتیاز به‌دست‌آمده برای این سؤال در کل همایش‌ها
۳,۰۹۳	۴,۴۹	۴,۰۲۸

سؤالات پرسیده شده در انتهای پرسش‌نامه برای به دست آوردن موضوعات و پیشنهادها مخاطبین در پایان پرسش‌نامه، از شرکت‌کنندگان در مورد موضوعاتی که می‌تواند در همایش‌های آتی، مورد استفاده قرار گیرد، با یک سؤال باز، پرسش می‌گردید. همان‌طور که در نمودار نشان داده شده است، به‌طور میانگین، در هر همایش، ۲۴ موضوع به‌عنوان ایده‌های برای همایش‌های آتی، پیشنهاد شده است.

نمودار ۱۹: تعداد موضوعات پیشنهادشده توسط مخاطبین در هر یک از همایش‌ها هم‌چنین، در یک سؤال باز دیگر، درخواست بازخورد از شرکت‌کنندگان شد که به‌طور میانگین، ۱۴ پیشنهاد در هر همایش عنوان شد. در نمودار این امر به تفکیک هر همایش نشان داده شده است.

نمودار ۲۰: تعداد پیشنهادهایی که در هر همایش، برای ارتقای کیفیت برگزاری همایش‌ها داده شد در تحلیل نتایج و ارتباط بین شاخص‌های مختلف به‌دست‌آمده از پرسش‌نامه، تفاوت معناداری بین پاسخ به ۱۱ سؤال پرسش‌شده و گروه‌های مختلف دانشجویی، وجود نداشت. دانشجویان دوره‌ی علوم پایه و فیزیوپاتولوژی، همان‌گونه به سؤالات پاسخ داده بودند که دانشجویان دوره‌ی کارآموزی و کارورزی به آن پاسخ داده بودند. (تمامی P Value های محاسبه‌شده، بیش از عدد ۰.۰۵ بود).

نمودار ارتباط بین میزان زمان صرف‌شده در جلسات هماهنگی با استناد مدعو قبل از برگزاری هر همایش را با امتیاز کلی به‌دست‌آمده در هر همایش از عدد ۱۰۰، نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌گردد، با افزایش میزان زمان صرف‌شده در جلسات آماده‌سازی، موفقیت کلی در برگزاری همایش، افزایش می‌یابد و این افزایش، در محدوده‌ی مرزی، معنادار است.

(Spearman's $\rho = 0.68$ (Strong Correlation), P Value: 0.06)

نمودار ۲۱: ارتباط بین میزان زمان صرف‌شده در جلسات هماهنگی با استناد مدعو با امتیاز کلی به‌دست‌آمده در هر همایش

نتایج حاصل از برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز

اطلاعات پایه‌ای حاصل از برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز

حاصل برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز برای ارزشیابی پروژه‌ی «پزشکی: این راه بی‌نهایت»، ۵ جلسه‌ی ۱۲۰ دقیقه‌ای بود. این جلسه با حضور دانشجویان مقطع علوم پایه و فیزیوپاتولوژی (۲ جلسه با حضور ۱۰ شرکت‌کننده در مجموع)، کارآموزان (۲ جلسه با حضور ۱۱ شرکت‌کننده در مجموع) و کارورزان (۱ جلسه با حضور ۵ شرکت‌کننده) برگزار شد. تعداد جلسات برگزارشده برای هر کدام از مقاطع، بر اساس تعداد افراد حاضر از آن مقطع در همایش‌ها تعیین گردید. (به نمودار نگاه کنید). کمسنترین فرد شرکت‌کننده در این جلسات، ۲۰ سال و مسنترین ایشان، ۲۶ سال داشتند و میانه‌ی سن شرکت‌کنندگان، ۲۲ سال بود. ۴۲ درصد شرکت‌کنندگان، دانشجویان آقا و ۵۸ درصد ایشان، دانشجویان خانم بودند.

۳ نفر از این شرکت‌کنندگان (۱۲ درصد)، تجربه‌ی حضور در ۱ همایش از ۸ همایش برگزارشده



را داشتند، ۶ نفر ایشان (۲۳ درصد) تجربه‌ی حضور در ۲ همایش، ۶ نفر (۲۳ درصد) تجربه‌ی حضور در ۳ همایش، ۲ نفر (۸ درصد) تجربه‌ی حضور در ۴ همایش را داشتند. هم‌چنین، ۷ نفر ایشان (۲۷ درصد) در ۵ همایش از ۸ همایش برگزار شده و ۱ نفر (۴ درصد) در ۶ همایش و ۱ نفر دیگر نیز (۴ درصد) در ۷ همایش از ۸ همایش برگزار شده، شرکت داشتند. در این جمعیت، میان‌ه‌ی تعداد حضور در همایش‌ها، ۳ و میانگین حساسی آن، ۳,۴۴ محاسبه گردید.

همان‌طور که در قسمت نحوه‌ی برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز، ذکر شد، سؤالات طراحی شده برای این جلسات، ارزشیابی ۳ هدف اصلی برگزاری همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» را نشان‌گیری کرده بودند؛ یعنی ایجاد محیطی برای تماس با اساتید الگو، انگیزه‌بخشی و آموزش مهارت‌های مورد نیاز برای دانشجویان پزشکی. علاوه بر این، سؤالاتی هم در مورد نحوه‌ی برگزاری همایش‌ها از شرکت‌کنندگان در این جلسات پرسیده شد. نمودار و با در نظر گرفتن این موضوع، نتایج حاصل از این جلسات نیز در قسمت پیش‌رو، به تفکیک همین ۴ زمینه‌ی بررسی شده، ارائه می‌گردد. ضمناً در هر یک از این قسمت‌های چهارگانه، مواردی که شرکت‌کنندگان در جلسات بحث گروهی متمرکز ذکر نمودند، به تفکیک در قسمت‌های «دستیابی به هدف در نظر گرفته شده»، «نقاط قوت»، «نقاط ضعف» و «پیشنهادها» دسته‌بندی شده است.

جدول جدول ۱۴ به تفکیک، تعداد نظرات دانشجویان را در هر کدام از قسمت‌های مورد پرسش، نشان میدهد.

نمودار ۲۲: تعداد نظرات شرکت‌کنندگان در جلسات بحث گروهی متمرکز در مورد هر یک از سؤالات پرسیده شده

با در نظر گرفتن این موضوع، نتایج حاصل از این جلسات نیز در قسمت پیش‌رو، به تفکیک همین ۴ زمینه‌ی بررسی شده، ارائه می‌گردد. ضمناً در هر یک از این قسمت‌های چهارگانه، مواردی که شرکت‌کنندگان در جلسات بحث گروهی متمرکز ذکر نمودند، به تفکیک در قسمت‌های «دستیابی به هدف در نظر گرفته شده»، «نقاط قوت»، «نقاط ضعف» و «پیشنهادها» دسته‌بندی شده است.

جدول ۱۴: تعداد و درصد نظرات شرکت‌کنندگان در جلسات بحث گروهی متمرکز در مورد هر یک از سؤالات پرسیده شده

موضوع	زیر موضوع	تعداد نظرات بیان شده	درصد نظرات بیان شده در موضوع مورد نظر	درصد نظرات بیان شده در کل
۱: معرفی اساتید الگو و ایجاد محیطی برای بهره‌مندی از ایشان		۷۶ نظر	۱۰۰ درصد	۱۹ درصد
	دستیابی به هدف تعریف شده	۲۴ نظر	۳۲ درصد	۶ درصد
	نقاط قوت	۱۷ نظر	۲۲ درصد	۴ درصد
	نقاط ضعف	۱۳ نظر	۱۷ درصد	۳ درصد
	پیشنهادها	۲۲ نظر	۲۹ درصد	۶ درصد



موضوع	زیر موضوع	تعداد نظرات بیان شده	نظرات بیان شده در موضوع مورد نظر	درصد نظرات بیان شده در کل
-------	-----------	-------------------------	---	------------------------------------

۲: انگیزه‌بخش بودن همایش‌ها و ایجاد محرکی برای دانشجویان برای ادامه‌ی مسیر به‌صورت مؤثر

		۱۶۲ نظر	۱۰۰ درصد	۴۱ درصد
دستیابی به هدف تعریف‌شده	۴۲ نظر	۲۶ درصد	۱۱ درصد	
نقاط قوت	۳۰ نظر	۱۹ درصد	۸ درصد	
نقاط ضعف	۴۴ نظر	۲۷ درصد	۱۱ درصد	
پیشنهادها	۴۶ نظر	۲۸ درصد	۱۲ درصد	

۳: آموزش مهارت‌های مورد نیاز دانشجویان که جنبه‌های خارج از برنامه‌ی مدون آموزشی ایشان داشته باشد.

		۹۴ نظر	۱۰۰ درصد	۲۴ درصد
دستیابی به هدف تعریف‌شده	۳۸ نظر	۴۰ درصد	۱۰ درصد	
نقاط قوت	۸ نظر	۹ درصد	۲ درصد	
نقاط ضعف	۱۸ نظر	۱۹ درصد	۵ درصد	
پیشنهادها	۳۰ نظر	۳۲ درصد	۸ درصد	

۴: نحوه‌ی برگزاری همایش‌ها توسط گروه طراحان و برگزارکنندگان همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت»

		۶۸ نظر	۱۰۰ درصد	۱۷ درصد
دستیابی به هدف تعریف‌شده	۱۰ نظر	۱۵ درصد	۳ درصد	
نقاط قوت	۱۶ نظر	۲۴ درصد	۴ درصد	
نقاط ضعف	۱۲ نظر	۱۸ درصد	۳ درصد	
پیشنهادها	۳۰ نظر	۴۴ درصد	۸ درصد	

۱: معرفی اساتید الگو و ایجاد محیطی برای برخورد و استفاده از ایشان

دستیابی به هدف تعریف‌شده

غالب شرکت‌کنندگان در جلسات بحث گروهی متمرکز، به موفق بودن این همایش‌ها در معرفی الگوهای عملی اذعان داشتند و همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» را محلی مناسب برای آشنا شدن با دیدگاه‌های ایشان و تعامل با این اساتید الگو ذکر مینمودند. البته، تعدادی از ایشان نیز، موفقیت گروه را در معرفی اساتید الگو متوسط ذکر نمودند. عده‌ای، برخی اساتید دعوت شده را الگویی کامل معرفی می‌کردند، درحالی‌که برخی دیگر را از این جهت، کم‌فروغتر معرفی می‌کردند.



شرکت‌کنندگان در جلسات بحث گروهی متمرکز، «چندبعدی بودن» اساتید دعوت شده در همایش را یکی از بارزترین ویژگی‌هایی که باعث می‌شود اساتید دعوت شده، به‌عنوان استاد الگو، برجسته شوند، ذکر نمودند و مسیری پرفرازونشیب و داستان زندگی ایشان را به‌عنوان یکی از جذابیت‌های این اساتید الگو، ذکر مینمودند.

نقاط قوت

در مورد انتخاب اساتید الگو، نکات مثبت متعددی توسط شرکت‌کنندگان، بیان شد. یکی از نکاتی که بیان شد، تنوع در انتخاب اساتید و معرفی افرادی که هر یک از نگاهی متفاوت، به بالاترین پله در مسیری که برای خود انتخاب کرده بودند، یکی از برجسته‌ترین نقاط قوت ذکر مینمودند. نکته‌ی دیگری که ذکر شد، انتخاب برجسته‌ترین افراد برای دعوت در همایش‌ها بود. به گفتمانی شرکت‌کنندگان، هر یک از اساتید دعوت شده، در زمینه‌ی تخصصی خود، از سرآمدان بودند و همین امر، باعث می‌شد دانشجویان به‌گونه‌ای خاص، به مسیر زندگی ایشان، توجه کنند. بیان مسیر زندگی افراد نیز، به‌عنوان یکی از نقاط قوت ذکر شد.

این‌که این اساتید برجسته، سخنرانی خود را با بیان مسیری که برای رسیدن به اهدافشان طی نموده بودند، به همراه چالش‌ها و شکست‌هایی که در این مسیر با آن روبرو شده بودند و راهکارها و مدیریتی که برای رفع این چالش‌ها انجام داده بودند، همراه مینمودند، نقطه‌ای مثبت در بیان دیدگاهها و انتقال تجربیات اساتید به دانشجویان، بیان شد.

برخی از اساتید برجسته، صرفاً به بیان دیدگاه‌های خود می‌پرداختند و تجربیات خود را بدون این‌که بخواهند به دانشجویان، دیکته کنند، خالصانه در اختیار دانشجویان قرار میدادند و این، به‌عنوان یکی از نقاط مثبت ذکر شد. بیان مناسب و با اشتیاق اساتید در مسیر دستیابی به اهدافشان و همچنین، ارائه‌ی افقی روشن از آینده‌ی دانشجویان، مواردی دیگر از برجسته‌ترین نقاط قوت ذکر شده بودند.

نقاط ضعف

یکی از نقاط قابل تأملی که چند تن از شرکت‌کنندگان در جلسات بحث گروهی متمرکز، به آن اشاره داشتند، این بود که افرادی که در هر یک از جلسات به‌عنوان استاد الگو دعوت می‌شدند، به‌نوعی در حیطة کاری خود بهترین بودند؛ نه تنها بهترین بلکه بعضاً خارق‌العاده و قهرمانگونه بودند. این خارق‌العاده بودن برای بعضی شرکت‌کنندگان، باعث می‌شد به‌نوعی دستیابی به موفقیت‌های این افراد را امری غیرممکن برای دانشجویان به شمار آورد و راه را برای دانشجویانی که تمایل به طی مسیری عادی تر داشتند، میبست.

نکته‌ی دیگری که در این بین از نظر برخی دیگر از شرکت‌کنندگان نیز مطرح می‌شد این است که گاهی اوقات، دید نقادانه نسبت به مسیری که اساتید برای رسیدن به اهدافشان و کسب موفقیت داشتند، ایجاد نمیشد؛ همین امر، باعث می‌شد به‌نوعی آن مسیری که به‌صورت فردی طی شده است، به سایر دانشجویان هم توصیه و در پاره‌ای اوقات، دیکته شود.

محدود بودن توجه به زندگی تحصیلی اساتید الگو و عدم پرداختن به جنبه‌های زندگی خانوادگی و شخصی ایشان، از جمله نکات قابل تأملی بود که برخی شرکت‌کنندگان بیان داشتند. ضمن آنکه



نبود استاد الگوی خانم، در میان هشتاد استاد الگوی دعوت شده، موضوعی بود که تقریباً در تمامی جلسات بحث گروهی متمرکز، توسط شرکت‌کنندگان خانم گوشزد میشد. نکته‌ی قابل تأمل دیگر، ضعف عملکردی برخی از «مجریان» همایش‌ها بود. شرکت‌کنندگان نسبت به آشنا نبودن مجری برنامه‌ها با استاد الگو، عدم تسلط ایشان بر بحث جلسه و عدم جهت‌دهی به بحث، انتقاد داشتند. در مورد این چالش و راه‌حلی که برای آن در نظر گرفته شد، در صفحه‌ی ۳۰ توضیحاتی داده شد.

پیشنهادهایی که برای ارتقای این جنبه ارائه شد. یکی از پیشنهادهایی که چند تن از شرکت‌کنندگان ذکر کردند، این بود که: «دانشجویان باید در مورد چگونگی الگویی از اساتید الگو، توجیه شده و آموزش ببینند. آن‌ها باید بدانند که تقلید لازم نیست و میتوان به مسیری که هر فردی از زندگیش طی نموده، با دیدی نقادانه نگاه کرد». عده‌ای از افراد، پیشنهاد دعوت از اساتیدی را مطرح کردند که مسیر عادی زندگی را طی نکرده‌اند و مثلاً به جای تحصیل در رشته‌های تخصص بالینی، به رشته‌های غیر بالینی روی آورده‌اند. عده‌ای دیگر، خواهان حضور افرادی بودند که خارق‌العاده باشند و عده‌ای نیز، توصیه می‌کردند که نباید تمامی اساتید الگویی که دعوت میشوند، آنقدر بزرگ و خاص باشند که دستنیافتنی به نظر برسند. عده‌ای از ایشان، الگوهایی که از نظر سنی و از نظر کسب دستاورد، به دانشجویان نزدیکتر بودند را بیشتر میپسندیدند.

پیشنهادهایی مبنی بر ارائه‌ی میسوپتری از شکست‌هایی که هرکدام از این اساتید الگو در زندگیشان تجربه کرده‌اند، مطرح شد. بعضی افراد، ترجیح میدادند با فلسفه‌ی ذهنی اساتید الگو آشنا شوند و نسبت به چرایی تصمیمات ایشان، مطلع شوند. عده‌ای نیز، خواهان افزایش تعداد این جلسات، برای آشنا شدن با انواع متنوعتری از الگوها بودند.

۲: انگیزه‌بخش بودن همایش‌ها و ایجاد محرکی برای دانشجویان برای ادامه‌ی مسیر به صورت مؤثر

دستیابی به هدف تعریف شده در مورد بُعد انگیزه‌بخشی جلسات، غالب شرکت‌کنندگان در جلسات بحث گروهی متمرکز، اذعان داشتند که «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» در افزایش انگیزه‌ی مخاطبینش، بسیار کارآمد عمل کرده است. تقریباً در تمامی همایش‌های برگزار شده، مخاطبین می‌توانستند مصداق‌هایی عینی از انگیزه‌بخشی را بیان کنند. امیدواری به آینده و ترسیمی افقی روشن برای مسیر زندگی دانشجویان، تبیین نقش‌های مختلف یک پزشک و یک دانشجوی پزشکی در اجتماع و تأکید بر لزوم چندبُعدی بودن دانشجویان، از جمله مصداق‌هایی بود که به کرات در صحبت‌های این افراد، به‌گوش می‌خورد.

نقاط قوت

نظرات افراد شرکت‌کننده، مبنی بر این واقعیت بود که فراهم آوردن محیطی برای تماس با اساتید الگو و شنیدن مسیری که ایشان برای کسب دستاوردها و رسیدن به اهدافشان در زندگی، طی



نموده‌اند، ماهیتاً می‌تواند نقش بسیار مثبتی برای انگیزه‌بخشی دانشجویان داشته باشد. ارائه‌ی پرشور و جذاب سخنرانان همایش‌ها، یکی از مهمترین عواملی که می‌تواند در این تأثیرگذاری نقش داشته باشد، برشمرده شد. بیان تجربیات شخصی و انطباق اصول موفقیت با اقداماتی که اساتید الگو در زندگی خود انجام داده بودند، انگیزه‌بخشی را در شرکت‌کنندگان تقویت نموده بود؛ مضافاً به این‌که مسیرهای گوناگونی که هر یک از این اساتید الگو، گاه برخلاف روند جاری جامعه‌ی خود طی نموده بودند، از جمله عوامل انگیزه‌بخشی نامبرده شده بود.

یکی از قسمتهایی که باعث شده بود، انگیزه‌بخشی برای دانشجویان پزشکی نمود بیشتری پیدا کند، برگزاری قسمت پرسشوپاسخ بود. تعداد قابلتوجهی از دانشجویان، این بخش و مطالبی که توسط اساتید به صورت صمیمانه، خالصانه و بدون آلاپش در اختیارشان قرار میدادند را بسیار مثمر ثمر خوانده بودند.

چند نفر از مخاطبین این نکته را ذکر نموده بودند که تأکید اساتید الگو برای هدفگذاری در زندگی، می‌توانست مخاطبین را وادار به فکر در مورد مسیر آینده‌ی زندگیشان کند و همین امر، در انگیزه‌بخشی برای دانشجویان، نقش ایفا کرد.

نقاط ضعف

غالب افرادی که در مورد انگیزه‌بخشی، نظراتی داشتند، روی این موضوع تأکید می‌کردند که قدرت سخنوری افراد در ایجاد انگیزه‌بخشی به دانشجویان، نقش مهمی بازی میکند؛ به‌نوعی ایشان، رابطهای مستقیم بین سخنوری و ایجاد انگیزه ذکر می‌کردند و در مورد جلساتی که اساتید الگو، نسبت به سایر همایش‌ها، ارائه‌ی کمفروغتری داشتند، بعد انگیزشی را کم‌رنگتر توصیف مینمودند.

یکی از نظرات جالب، در بُعد انگیزه‌بخشی توسط یکی از مخاطبین بیان شد. این فرد بیان داشت: «جلسات، هدف انگیزه‌بخشی داشتند ولی معلوم نبود که برای حرکت در کدام مسیر انگیزه می‌دادند. زمانی که با گروهی از دانشجویان طرف هستیم که هنوز هدف خود را در زندگی پیدا نکرده‌اند، انگیزه‌بخشی نمی‌تواند نقش خود را به‌درستی ایفا کند، ما در جلسات انگیزه پیدا می‌کردیم اما نمیدانستیم با این انگیزه، باید به کدامین سمت حرکت کنیم».

در بحث انگیزه‌بخشی، یکی از عواملی که شرکت‌کنندگان در همایش‌ها، نسبت به آن انتقاد داشتند، انتخاب «موضوع» برای هر جلسه بود. عده‌ای از افراد معتقد بودند که صرف بیان تجربیات شخصی برای ایجاد انگیزه‌بخشی کافی است، اما انتخاب موضوع برای هر جلسه و پابندی سخنرانان به بیان مطالبی حول‌وحوش آن، باعث میشود که انگیزه‌بخشی جلسات، محدود به بخش پرسشوپاسخ و آن‌هم قسمتی که در مورد تجربیات شخصی فرد، سؤال پرسیده می‌گردد، باشد. در این رابطه، یکی از مخاطبین بیان داشته‌اند که: «انتخاب موضوع برای جلسات، امری بود که انگیزه را کم می‌کرد، به‌خصوص این‌که بعضی موضوعات، نسبت به بعضی دیگر، غیر کاربردیتر بود. به نظر میرسد، جهت انگیزه‌بخشی، صحبت از مسیر زندگی فردی، کافی باشد».

عده‌ای از مخاطبین، از نبود تداوم در انگیزه‌بخشی انتقاد می‌کردند و بیان میداشتند که با وجود موفق بودن خود جلسات در انگیزه‌بخشی، توالی کم آن‌ها و نبود راهحلی برای حفظ انگیزهی دانشجویان در فواصل میان برگزاری همایش‌ها، یکی از چالشها است.



پیشنهادهایی که برای ارتقای این جنبه ارائه شد

دو نفر از مخاطبین، برای افزایش انگیزه بخشی همایش‌ها پیشنهاد دادند که: «دعوت از اساتیدی که تخصصشان انگیزه دادن است، مثل روان‌شناسان یا روانپزشکان، می‌تواند منجر به ارتقای انگیزه بخشی جلسات شود».

تعداد زیادی از افراد، مجدداً روی بُعد سخنوری تأکید داشتند و توصیه به حداکثر تلاش برای پیدا کردن سخنرانان چیره‌دست مینمودند. عده‌ای، استفاده‌ی بیشتر از فضای مجازی برای انتشار محتویات همایش‌ها را به عنوان روشی برای حفظ انگیزه بخشی در فواصل برگزاری همایش‌ها، یاد مینمودند. ساخت ویدئوهای انگیزشی، ایجاد ساختاری برای مناظره و گفتگوهای چند نفره، افزایش تعداد جلسات و اختصاص زمان بیشتری برای پرسش و پاسخ از دیگر پیشنهادهای مخاطبین برای افزایش انگیزه بخشی همایش‌ها بود.

۳: آموزش مهارت‌های مورد نیاز دانشجویان پزشکی که جنبه‌ای خارج از برنامه‌ی مدون آموزشی ایشان داشته باشد.

دست‌یابی به هدف تعریف شده

در بعد دستیابی به هدف آموزش مهارت به دانشجویان پزشکی، عملاً مخاطبین و شرکت‌کنندگان در جلسات بحث گروهی متمرکز را میتوان به دو دسته، تقسیم نمود.

دسته‌ی اول که اندکی نسبت به دسته‌ی دوم پرجمعیت‌تر بودند، ذکر مینمودند که همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» به اندازه‌ای که در بُعد «انگیزه بخشی» موفق عمل نمود، در بعد «آموزش مهارت» موفق نبود. این دسته از افراد موفقیت در این بعد را متوسط ارزیابی مینمودند. یکی از مخاطبین، در این رابطه گفته است: «بهتر است آموزش مهارت‌ها در قالب کارگاه‌ها یا جلسات جداگانه باشد».

دسته‌ی دوم، گروهی بودند که ذکر مینمودند در بسیاری از جلسات، صحبت‌های علمی و آموزنده‌ای برای مخاطبین بیان شد، در جلساتی دیگر هم به‌طور غیرمستقیم، این هدف نشان‌ده‌ی شد. ارائه‌هایی توسط برخی از اساتید الگو که از نظر بُعد علمی، غنی‌تر بود، به عنوان مصداق مطرح گشت. یکی از مخاطبین، بیان داشتند که: «دستیابی به این هدف، بستگی به معلومات قبلی مخاطب دارد که هر چه کمتر باشد، یادگیری بیشتر خودش را نشان خواهد داد».

نقاط قوت

در میان نکات مثبتی که در مورد آموزش مهارت توسط شرکت‌کنندگان در جلسات بحث گروهی متمرکز ارائه شد، سه نکته قابل ذکر است؛ اول این که مطالبی که در همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» آموزش داده میشد، از جنسی بودند که به‌جز این همایش‌ها، محل دیگری برای آموختن آن‌ها در محیط دانشجویی پیدا نمیشد. نکته‌ی دوم این که ارائه‌ی موضوعات در قالب داستان زندگی افرادی موفق و الگو، یادگیری این مهارت‌ها را لذتبخش نموده بود. نکته‌ی سوم هم این که دانشجویان، به‌طور غیرمستقیم با برخی مهارت‌های دیگری که هدف اصلی این همایش‌ها بود، آشنا می‌شدند؛ برای مثال، نحوه‌ی یک ارائه‌ی جذاب را می‌آموختند و با مدل‌های مختلف سخنرانی و «Story-telling» نیز آشنا می‌شدند.



نقاط ضعف

نقاط ضعف قابل تأملی برای هدف آموزش مهارت‌ها در همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» ذکر شده بود. پرشمارترین بازخورد شرکت‌کنندگان، مناسب نبودن قالب همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» برای آموزش مهارت بود؛ ایشان آموزش مهارت را با شیوهی برگزاری کارگاههای آموزشی، ترجیح میدادند. نکته‌ی بعدی، مقطعی بودن برگزاری همایش‌ها بود؛ شرکت‌کنندگان همان‌طور که این عامل را سبب کاهش انگیزه‌بخشی میدانستند، مسبب عدم دوام و پایداری مطالب مطرح‌شده در همایش‌ها نیز برمی‌شمردند. زمان به نسبت کوتاه همایش‌ها (غالباً حدود ۱۲۰ دقیقه)، عامل دیگری بود که قالب همایش‌ها را برای آموزش مهارت، ایده‌آل نمیگرداند.

پیشنهادهایی که برای ارتقای این جنبه ارائه شد

عمده‌ترین پیشنهادها شرکت‌کنندگان، آموزش مهارت‌ها در قالب برگزاری کارگاه بود. مخاطبین پیشنهاد دادند که به‌موازات برگزاری همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت»، کارگاههایی برای تفصیل بیشتر آموزش‌های عنوان‌شده در همایش‌ها، برگزار گردد. گروهی دیگر از مخاطبین، در دسترس قرار دادن محتواهای مجازی، نظیر کلیپ، کتاب و یا صوت را برای آموزش مهارت‌های مطرح‌شده در همایش‌ها، خواستار بودند. گروهی که اعتقاد داشتند برخی همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» صرفاً به طرح موضوع و مطرح نمودن مشکل بسنده کرده است، خواهان ارائه‌ی راهکارهای عملی برای حل مشکلات عنوان شده بودند.

۴: نحوه‌ی برگزاری همایش‌ها توسط گروه طراحان و برگزارکنندگان همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت»

دست‌یابی به هدف تعریف‌شده

غالب شرکت‌کنندگان، از ایده‌ی برگزاری همایش‌هایی به نام «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» به‌عنوان یک ایده‌ی بسیار خوب و مفید یاد مینمودند. یکی از مخاطبین مطرح ساخته بود که: «به‌عنوان دانشجوی پزشکی در برنامه‌های شرکت میکنم که میخواهد در طی مسیر زندگیم، به‌منظور کمک کند.» «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» این حس را به منتقل میکرد که من در این دانشگاه و کشور، اهمیت دارم. فردی دیگر در صحبت‌های خود اشاره نموده بود که: «من احساس میکنم این همایش‌ها طوری بود که هر کسی با هر مقطعی حتی اگر غیر از دانشجویان رشته‌ی پزشکی هم بود میتواند با دست پر از همایش بیرون برود.» یکی دیگر از دوستان، این نکته را ذکر کرده بود که: «حس خوب دیگرم این بود که در جلسات، دوستان علوم پایه‌ام را میدیدم و یا در دوره‌ی استاجری، دوستان اینترن را هم میدیدم و حس میکردم بعد از این مدت، باز همگی یک نقطه‌ی مشترک داریم و آن نقطه‌ی مشترک، حس همدلی بود.»

نقاط قوت

برجسته‌ترین نقاط قوتی که توسط شرکت‌کنندگان مطرح شد، انتخاب مناسب موضوع جلسات و اساتید الگو بود. شرکت‌کنندگان بیان میداشتند که تقریباً تمامی مباحث انتخاب‌شده برای همایش‌ها، از جمله مباحث جالب و مفید برای دانشجویان پزشکی بودند که توسط اساتید الگویی که به‌واقع،



برای این عنوان شایسته بودند، مطرح می‌گشت. تنوع مناسب اساتید الگوی دعوت شده (از طیف وسیعی از زیرشاخه‌های رشته‌ی پزشکی) و ارائه‌ی تجربیات و راهکارها در کنار موضوعات مفید، به‌عنوان برجسته‌ترین نقاط قوت همایش‌ها مطرح گردید.

در کنار موارد فوق، برگزاری همایش‌ها توسط تیم اجرایی قوی و اطلاع‌رسانی و انتشار مناسب محتویات همایش‌ها بعد از برگزاری آن‌ها، ازجمله نقاط قوت دیگری بود که در سخنان افراد حاضر میتوان استخراج نمود. یکی دیگر از مخاطبین، برگزاری این همایش‌ها را به دست دانشجویان، نقطه‌ای مثبت دانست و گفت: «... این حس خوب به خاطر این بود که ایده‌ی این همایش‌ها، از بین خود دانشجویان پزشکی شکل گرفته و مثل یک دست خارجی که کمک میکند نبود، ما دیدیم که بچه‌های خودمان هستند که چیزی را به وجود آوردند.»

نقاط ضعف

عده‌ای از کوتاه بودن مدت جلسات، گلابه داشتند و عده‌ای دیگر، از توالی کم برگزاری این همایش‌ها انتقاد می‌کردند. دانشجویان علومپایه ذکر مینمودند که برخی همایش‌ها، با کلاسهای دانشگاهی ایشان تداخل داشته و امکان حضور ایشان در همایش‌ها را سلب مینموده است.

پیشنهادهایی که برای ارتقای این جنبه ارائه شد

حفظ تعادل بین موضوع جلسه و بیان تجربیات استاد الگوی دعوت شده به همایش، متمرکز شدن بر معرفی الگوهای عملی و کمک به دانشجویان برای پیدا کردن اولویتها در زندگی، از پیشنهادهایی بود که توسط شرکت‌کنندگان، برای ارتقای سطح همایش‌های «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» مطرح شد. یکی از شرکت‌کنندگان این موضوع را مطرح نمود که: «این‌که همایش‌ها خودش را به ارائه‌ی راهکارهایی برای موضوعات شایع، مثل مقوله‌ی پژوهش یا نحوه‌ی درس خواندن محدود نکرد، اتفاق خوبی بود. «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» محلی بود برای ارائه‌ی موضوعاتی که در مکانهای دیگر، مورد غفلت قرار گرفته بود.»

اختصاص چند جلسه برای آموزش موضوعات خاص، برگزاری همایش‌ها به صورت Panel، محدود نکردن محتوای صفحات مجازی گروه «پزشکی؛ این راه بی‌نهایت» به سخنرانی اساتید و استفاده از محتوای آموزشی دیگر مرتبط با موضوع همایش‌ها، تغییر نام همایش‌ها برای جلب حداکثری مخاطبینی غیر از دانشجویان پزشکی، از دیگر پیشنهادها در حصار بود.

۱۷- 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.



References:

1. Levine MP. Role models' influence on medical students' professional development. *AMA journal of ethics*. 2015;17(2):144-8.
2. Paice E, Heard S, Moss F. How important are role models in making good doctors? *BMJ (Clinical research ed)*. 2002;325(7366):707-10.
3. Arnold L. Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2002;77(6):502-15.
4. Gordon J. Fostering students' personal and professional development in medicine: a new framework for PPD. *Medical education*. 2003;37(4):341-9.
5. Ishak W, Nikravesh R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. *The clinical teacher*. 2013;10(4):242-5.
6. Mazurkiewicz R, Korenstein D, Fallar R, Ripp J. The prevalence and correlations of medical student burnout in the pre-clinical years: a cross-sectional study. *Psychology, health & medicine*. 2012;17(2):188-95.
7. Byszewski A, Hendelman W, McGuinty C, Moineau G. Wanted: role models--medical students' perceptions of professionalism. *BMC medical education*. 2012;12:115.
8. Chakkalakal R, Brownfield E, Brownfield E. Panel advising: an alternative to consider. *Medical education*. 2009;43(11):1087.
9. Stanford Uo. <http://med.stanford.edu/md/academic-support/academic-advising.html>.
10. Macaulay W, Mellman LA, Quest DO, Nichols GL, Haddad J, Jr, Puchner PJ. The advisory dean program: a personalized approach to academic and career advising for medical students. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2007;82(7):718-22.
11. Pittsburgh Uo. <http://www.honorscollege.pitt.edu/health-professions-advising>
12. Wisconsin Uo. <http://www.med.wisc.edu/education/md/resources/academic-career-advising-program/116>.
13. Joubert P, Krüger C, Bergh A, Pickworth G, Van Staden C, Roos J, et al. Medical students on the value of role models for developing 'soft skills'--"That's the way you do it. *African Journal of Psychiatry*. 2006;9(1):28-32.
14. Wright S. Examining what residents look for in their role models. *Academic Medicine*. 1996;71(3):290-2.
15. Passi V, Johnson S, Peile E, Wright S, Hafferty F, Johnson N. Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27. *Medical teacher*. 2013;35(9):e1422-e36.
16. Burgess A, Goulston K, Oates K. Role modelling of clinical tutors: a focus group study among medical students. *BMC medical education*. 2015;15(1):17.
17. Simpson JG, Furnace J, Crosby J, Cumming AD, Evans PA, Friedman Ben David M, et al. The Scottish doctor--learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland: a foundation for competent and reflective practitioners. *Medical teacher*. 2002;24(2):136-43.
18. Schwarz MR, Wojtczak A. Global minimum essential requirements: a road towards competence-oriented medical education. *Medical teacher*.



2002;24(2):125-9.

19. Council GM. Tomorrow's doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education. Manchester, UK: General Medical Council. 2009.

20. Wright S, Wong A, Newill C. The impact of role models on medical students. *Journal of General Internal Medicine*. 1997;12(1):53-6.

21. Elzubeir MA, Rizk DE. Identifying characteristics that students, interns and residents look for in their role models. *Medical education*. 2001;35(3):272-7.

22. Côté L, Leclère H. How clinical teachers perceive the doctor-patient relationship and themselves as role models. *Academic Medicine*. 2000;75(11):1117-24.

23. Wright SM, Carrese JA. Excellence in role modelling: insight and perspectives from the pros. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2002;167(6):638-43.

24. Wright SM, Kern DE, Kolodner K, Howard DM, Brancati FL. Attributes of excellent attending-physician role models. *The New England journal of medicine*. 1998;339(27):1986-93.

25. Crosby RH, Joy. AMEE Guide No 20: The good teacher is more than a lecturer-the twelve roles of the teacher. *Medical teacher*. 2000;22(4):334-47.

26. Netterstrom I, Kayser L. Learning to be a doctor while learning anatomy! *Anatomical sciences education*. 2008;1(4):154-8.

27. Passi V, Doug M, Peile JT, Johnson N. Developing medical professionalism in future doctors: a systematic review. *International journal of medical education*. 2010;1:19.

28. Curry SE, Cortland CI, Graham MJ. Role modelling in the operating room: medical student observations of exemplary behaviour. *Medical education*. 2011;45(9):946-57.

29. Schumacher DJ, Englander R, Carraccio C. Developing the master learner: applying learning theory to the learner, the teacher, and the learning environment. *Academic Medicine*. 2013;88(11):1635-45.

30. Murakami M, Kawabata H, Maezawa M. The perception of the hidden curriculum on medical education: an exploratory study. *Asia Pacific family medicine*. 2009;8(1):9.

31. Blenko MW, Mankins MC, Rogers P. The decision-driven organization. *Harvard Business Review*. 2010;88(6):54-62.



عنوان فارسی:

طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه دانشجویی آموزش پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تهران

عنوان انگلیسی:

Design, Implementation and Evaluation of Medical Education Scholars Program at Tehran University of Medical Science

حیطه نوآوری:

- 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 صاحب / صاحبان فعالیت نوآورانه:
دکتر عظیم میرزازاده، آزاده کردستانی مقدم

نام همکاران:

دکتر رقیه گندم کار، دکتر سارا مرتاض هجری، دکتر شیبوا شیرازیان، دکتر طاهره سوری، رسول معصومی

محل انجام فعالیت:

دانشگاه علوم پزشکی تهران - مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه

مدت زمان اجرا:

این برنامه تا کنون در قالب دو دوره آموزشی برگزار گردیده است. (مدت زمان تقریبی هر دوره ۸ ماه)

آبان ۹۴ لغایت خرداد ۹۴

آبان ۹۵ لغایت خرداد ۹۵

هدف کلی:

طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه دانشجویی آموزش پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تهران

اهداف ویژه/ اهداف اختصاصی:

توسعه فردی اعضای هیات علمی شرکت کننده در برنامه

ایجاد و توسعه لیدرهای آموزشی در دانشگاه علوم پزشکی تهران

ارتقا، کمی و کیفی طرح های توسعه ای آموزش دانشگاه علوم پزشکی تهران

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

توسعه حرفه ای اعضای هیئت علمی کلید ارتقای کیفیت آموزش عالی است که در معنای کلی عبارتست از هرگونه مداخله که هدف آن قراردادن فرصت های لازم در اختیار اعضا، هیات علمی به منظور بهبود نقشهای مختلف آنهاست. دانشجویی آموزش پزشکی و رهبری آموزشی از مهم ترین



نقش‌های مدرسین علوم پزشکی است که امروزه بیش از گذشته ضرورت آن احساس می‌گردد. علیرغم اینکه از دهه ۱۹۹۰ در اکثر دانشگاه‌های مطرح جهان تلاش‌های جدی در این خصوص صورت گرفته و دوره‌های رسمی بدین منظور بصورت سالیانه برگزار می‌گردد. در بررسی‌های انجام شده مشخص گردید علیرغم اهمیت بالای آن ولی تاکنون در ایران دوره رسمی آموزشی با هدف ارتقا، دانشوری آموزش پزشکی و تقویت رهبری آموزشی جهت اعضای هیات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی در نظر گرفته نشده است. لذا مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز در راستای جامع توانمندسازی اعضای هیات علمی، و نیاز به اعضای هیات علمی با تجربه جهت پذیرش نقش‌های رهبری آموزشی برنامه‌های توسعه‌ای در سطح دانشگاه اقدام به طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه دانشوری آموزش پزشکی جهت اعضا، هیات علمی دانشگاه با هدف تربیت و ارتقا، توانمندی لیدرهای آموزشی از جمله توسعه فردی اعضای هیات علمی بخصوص در زمینه رهبری آموزشی در برنامه‌های توسعه‌ای در گروه و دانشکده مربوطه، ارتقا، کمی و کیفی برنامه‌های توسعه‌ای آموزشی و پژوهش در آموزش و نهایتاً توسعه آموزش در گروه‌های مختلف نموده است.

مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر رفرنس):

با وجودیکه نیاز به توسعه و ارتقا، مهارتهای تدریس و دانشوری اعضای هیات علمی در آموزش علوم پزشکی در طول ۲۰ سال گذشته بخوبی مشخص گردیده است، اما در این خصوص چالش‌هایی وجود دارد که لازمش به نقل از روزنامه و همکاران یکی از مهم‌ترین آن‌ها را نیاز به اعضای هیات علمی با تجربه‌ای می‌داند که توانایی پذیرفتن نقش رهبری آموزشی برنامه‌های توسعه‌ای را داشته باشند. از این رو موسسات آموزشی باید بدنبال راهی برای توسعه منابع در دسترس برای آموزش باشند که در این خصوص به نظر می‌رسد توانمندسازی موسسات از طریق افزایش تعداد افراد با تجربه و متخصص در زمینه آموزش پزشکی که از توانمندی لازم جهت انتقال به هم‌تایان نیز برخوردارند بهترین راهکار می‌باشد (۱). یکی از برنامه‌های در نظر گرفته شده جهت رسیدن به این مهم، طراحی و اجرای برنامه دانشوری آموزش پزشکی است که در اکثر دانشگاه‌های مطرح جهان از دهه ۱۹۹۰ طراحی و در حال اجراست. از جمله دانشگاه‌های مطرح در این خصوص می‌توان به دانشگاه واشنگتن اشاره نمود که از سال ۱۹۹۵ به منظور آماده نمودن اعضای هیات علمی جهت لیدرشپی ملی و منطقه‌ای و ارتقا، رهبری آموزشی و ایجاد محیط یاددهی و یادگیری نوآور و غنی اقدام به طراحی و برگزاری برنامه دانشوری آموزشی نموده است. مدت زمان برنامه یکسال می‌باشد که بصورت نصف روز در هفته در نظر گرفته شده و سالیانه از اعضای هیات علمی واجد شرایط علاقمند ثبت نام بعمل می‌آید و به تربیت لیدرهای آموزشی پرداخته می‌شود (۲). در دانشگاه میشیگان نیز برنامه ده ماهه دانشوری آموزش پزشکی از سال ۱۹۹۸ با هدف توسعه رهبری در آموزش پزشکی جهت اعضای هیات علمی راه اندازی شده که بصورت سالیانه برگزار می‌گردد. از سایر دانشگاه‌های مطرح جهان که به منظور تربیت و توسعه رهبری در آموزش پزشکی، برنامه دانشوری آموزش پزشکی را بصورت سالیانه برگزار می‌نمایند، می‌توان به دانشگاه کالیفرنیا سانفرانسیسکو، آیووا، مک‌گیل و آرکانزاس اشاره نمود (۳-۵).

در مطالعه رایبیز و همکاران ۲۰۰۶ مشخص گردید که اعضای هیات علمی شرکت‌کننده در برنامه دانشوری آموزش پزشکی معتقدند که برنامه دانشوری آموزش پزشکی توانسته به توسعه حرفه



ای فرد، برنامه های آموزش در موسسه یا گروه و بهبود عملکرد حرفه ای کمک نماید. ضمن اینکه شرکت در این برنامه به نقش رهبری آنها مشروعیت بخشیده و اجرای نوآوری ها را برای آنها راحت تر نموده است (۲). همچنین مولر و همکاران ۲۰۰۶ می نویسند بر اساس ارزشیابی بعمل آمده این برنامه توانسته موجبات ارتقا، دانش و مهارت های تدریس، درک بهتر کوریکولوم و توسعه برنامه آکادمیک، تقویت مهارت های رهبری آکادمیک، توسعه حرفه ای، و همکاری در قالب شبکه آموزش پزشکی و پژوهش های آموزشی را فراهم نماید (۴).

با توجه به اهمیت توسعه اعضای هیات علمی در حیطه آموزش پزشکی و رهبری آموزشی و همچنین طراحی و اجرای طرح های توسعه ای آموزشی و پژوهش های آموزشی و نیاز دانشگاه در این خصوص، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه نیز در نظر دارد در این راستا علاوه بر دوره مهارت های پایه، در سطوح تخصصی تر و در چارچوب برنامه جامع توانمندسازی اعضای هیات علمی (تربیت مدرس، لیدر و اسکالر) پس از مطالعه و بررسی همه جانبه برنامه دانشجویی آموزش پزشکی دانشگاه های مختلف بر حسب نیاز و ظرفیت موجود برنامه مذکور را از سال ۱۳۹۴ طراحی و اجرا نماید تا از این طریق ضمن همراه نمودن تدریس اثربخش با مهارت های رهبری آموزشی، موجبات توسعه فردی اعضای هیات علمی شرکت کننده در برنامه، ایجاد و توسعه لیدرهای آموزشی، ارتقا، کمی و کیفی طرح های توسعه ای آموزش و پژوهش های آموزشی در نهایت موجبات توسعه آموزش در گروه های مختلف را فراهم نماید.

1. Lawrence DJ. A Teaching Scholar Program in Chiropractic Education. The Journal of the Canadian Chiropractic Association. 2010;54(1):17.
2. Robins L, Ambrozy D, Pinsky LE. Promoting academic excellence through leadership development at the University of Washington: The Teaching Scholars Program. Academic medicine. 2006;81(11):979-83
3. Frohna AZ, Hamstra SJ, Mullan PB, Gruppen LD. Teaching medical education principles and methods to faculty using an active learning approach: the University of Michigan Medical Education Scholars Program. Academic Medicine. 2006;81(11):975-8.
4. Muller JH, Irby DM. Developing educational leaders: the teaching scholars program at the University of California, San Francisco, School of Medicine. Academic Medicine. 2006;81(11):959-64.
5. Steinert Y, McLeod PJ. From novice to informed educator: the teaching scholars program for educators in the health sciences. Academic Medicine. 2006;81(11):969-74.

مرور تجربیات و شواهد داخلی:

شواهدی از وجود تجربه داخلی در دسترس نمی باشد.

شرح مختصری از فعالیت صورت گرفته را بنویسید:

با وجودی که در حال حاضر مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران از طریق دوره آموزشی "مهارت های آموزشی پایه" مفاهیم اولیه آموزش پزشکی را به اعضای هیات علمی دانشگاه منتقل می نماید اما در نیازسنجی انجام شده که از افراد شرکت کننده در دوره ها و اساتید با تجربه در زمینه آموزش پزشکی به عمل آمد مشخص گردید که این دوره ها از آنجایی آموزش مهارت های اولیه آموزش پزشکی را عهده دار هستند پاسخگوی برخی نیازهای



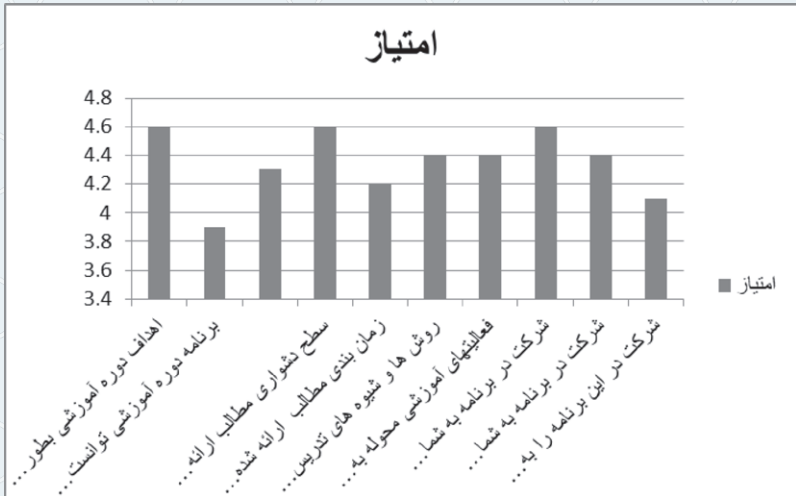
اعضای هیات علمی که از اهمیت بالایی نیز برخوردارند از قبیل توسعه آموزش یا پژوهش در آموزش، لیدرشیپ آموزشی، برنامه ریزی و ارزشیابی آموزشی و ... نمی باشند. از طرفی نیز تنها مسیر ادامه برای هیات علمی علاقه مند شرکت در دوره کارشناسی ارشد آموزش پزشکی است که به نظر میرسد به دلیل طولانی مدت بودن آن، این امکان برای درصد بالایی از اعضای هیات علمی وجود ندارد. ضمن این که برخی از اعضای هیات علمی نیز تمایلی به فراگیری مباحث آموزش پزشکی در این حجم وسیع را ندارند. از این رو به نظر می رسد خلا، ایجاد شده در این بین باید از طریق دوره میان مدتی که نسبت به دوره کارشناسی ارشد امکان حضور تعداد افراد بیشتری از اعضا، هیات علمی در آن باشد و توانایی انتقال مهارت های آموزشی لازم جهت توسعه آموزش در دانشکده ها را به فراگیران داشته باشد، پرگردد. در مطالعه و بررسی انجام شده روی برنامه های توسعه آموزش دانشگاه های مطرح دنیا مشخص گردید که معمولاً مهارت های توسعه آموزش و یا پژوهش در آموزش با تاکید بر نقش لیدرشیپ آموزشی اعضای هیات علمی از طریق برنامه دانشجویی آموزش پزشکی به آنها منتقل می گردد. برنامه دانشجویی آموزش پزشکی در دانشگاه های مختلف به منظور ارتقاء، دانشگاه از طریق توانمندسازی کادر هیات علمی گروه های مختلف در خصوص مباحث آموزش پزشکی و افزایش مشارکت گروه ها در توسعه دانشگاه با تاکید بر جنبه لیدرشیپ آموزشی در برنامه اجرا می گردد و حیطه های آموزشی مدنظر در برنامه دانشجویی آموزش پزشکی به صورت معمول شامل تئوری های یادگیری، روش های تدریس، برنامه ریزی و ارزشیابی آموزشی، ارزیابی فراگیر، رهبری و تغییرات سازمانی، توسعه حرفه ای، و پژوهش در آموزش می باشد. شرکت کنندگان در برنامه علاوه بر شرکت در جلسات آموزشی موظفند یک طرح توسعه ای یا پژوهش در آموزش را که بر حسب نیاز گروه و دانشکده مربوطه در ابتدای برنامه انتخاب نموده اند را در طول برنامه تکمیل نمایند. مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه تهران نیز برنامه دانشجویی آموزش پزشکی را به منظور توسعه آموزش در دانشکده ها با تاکید بر طرح های توسعه ای و پژوهشی و همچنین لیدرشیپ آموزشی و مدیریت تغییر در نظر گرفته است. از آنجا که یکی از شرایط شرکت در برنامه دانشجویی آموزش پزشکی سپری نمودن دوره مهارت های آموزشی پایه با موفقیت می باشد، اعضای هیات علمی که در برنامه شرکت می نمایند مفاهیم اولیه توسعه آموزش را در دوره مهارت های آموزشی پایه فرا گرفته اند و در این دوره برای آنها فرصتی فراهم می شود تا مفاهیم پیشرفته تر را فرا گرفته، ضمن این که توانایی توسعه آموزش و پژوهش در آموزش را کسب نموده و آمادگی لازم جهت پذیرش نقش رهبری آموزشی در گروه یا دانشکده مربوطه کسب نمایند.

اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید:

قبل از شروع هر دوره از برنامه دانشجویی آموزش پزشکی فراخوان پذیرش در برنامه از طریق سایت مرکز مطالعات اطلاع رسانی گردید. همچنین فراخوان پذیرش به همراه شیوه نامه و کوریکولوم برنامه از طریق ایمیل به مدیران دفاتر توسعه دانشکده ها و بیمارستانها و اعضا هیات علمی (در دسترس) اطلاع رسانی گردید. داوطلبان از طریق دفاتر توسعه معرفی و رزومه آموزشی آنها مورد بررسی قرار گرفت. انتخاب شرکت کنندگان بر اساس رزومه آموزشی، توزیع گروهی و دانشکده ای و امکانات مرکز صورت گرفت. در دو دوره برنامه دانشجویی آموزش پزشکی برگزار شده تاکنون ۱۴ نفر از اعضای هیات علمی در آن شرکت نموده اند.

این برنامه در دو بخش طراحی و اجرا گردید. بخش اول که بصورت کارگاه های یک روز در هفته

بود، شامل کارگاه ۳ روزه چگونگی تدوین طرح های توسعه ای در آموزش و کارگاه ۳ روزه لیدرشپیپ آموزشی بود. در بخش دوم که بصورت نیم روزه در هفته بود به ارائه گزارش پیشرفت پروژه، ژورنال کلاب آموزشی، و کارگاههای درخواستی شرکت کنندگان در خصوص لیدرشپیپ آموزشی و مطالعه فردی و مشاوره با منتور اختصاص یافت. زمان تقریبی هر دوره از برنامه حدود ۸ ماه می باشد. در نظرسنجی بعمل آمده از شرکت کنندگان بصورت شفاهی و کتبی مشخص شد که آنها از برنامه دانشجویی آموزش پزشکی رضایت داشته و بیان نمودند که این برنامه علاوه بر افزودن دانش و مهارت آنها در خصوص چگونگی مدیریت تغییر و لیدرشپیپ آموزشی، توانسته دیدگاه آنها را نیز در این خصوص بهبود بخشید.



نمودار ۱- نتایج ارزشیابی برنامه دانشجویی آموزش پزشکی (دو دوره)

کاملاً موافق= ۵ موافق= ۴ نه موافق و نه مخالف= ۳ مخالف= ۲ کاملاً مخالف= ۱

ردیف	عنوان	میانگین امتیاز
۱	اهداف دوره آموزشی بطور واضح و روشن بیان گردید.	۴/۶
۲	برنامه دوره آموزشی توانست اهداف برنامه را بخوبی پوشش دهد.	۳/۹
۳	برنامه دوره آموزشی مبتنی بر نیاز شما بود.	۴/۳
۴	سطح دشواری مطالب ارائه شده در طی برنامه مناسب بود.	۴/۶
۵	زمان بندی مطالب ارائه شده در طی برنامه مناسب بود.	۴/۲
۶	روش ها و شیوه های تدریس مورد استفاده در برنامه متناسب با اهداف برنامه آموزشی بود.	۴/۴
۷	فعالیت های آموزشی محوله به شما در طول برنامه متناسب با اهداف برنامه آموزشی بود.	۴/۴
۸	شرکت در برنامه به شما کمک نمود تا توانایی انجام یک طرح توسعه ای در آموزش از ابتدا تا انتها کسب نمایید.	۴/۶
۹	شرکت در برنامه به شما کمک نمود تا توانمندی لازم جهت ایفای نقش لیدرشپیپ تغییر در قالب بخش / گروه آموزشی / بیمارستان / دانشکده مربوطه کسب نمایید.	۴/۴
۱۰	شرکت در این برنامه را به همکاران علاقمند خود توصیه می نماید.	۴/۱



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

Medical education scholars program (MESP) will be held at Tehran University of Medical Sciences from 2015. This program was designed for faculty members to improve their educational knowledge, in the development of education with an emphasis on educational development research projects as well as educational leadership and change management. MESP contains two sections. The first part, include a 3-day workshop on how to write an educational development proposal and a 3-day workshop on educational leadership. The second part, include project progress report, educational journal club, requested workshops, individual study and counseling with Mentor half a day in a week. Approximate time of each course is about 8 months.

In the two courses of the program, 14 faculty members have participated. In the survey, they were satisfied with program. Faculty members in the program stated that the program has led to an increase their knowledge and skills on how to manage change and educational leadership and improved their views.

MESP can enhance the faculty members' knowledge and skills regarding educational leadership and teaching activities as a teacher, and increase their accountability as an educational leader. Since the effects of the program are visible in the long-term, it seems that more accurate evaluation of the program appears in the coming years. Despite the long duration of the course and the lack of facilities such as a sufficient number of mentors, it seems that MESP and similar programs to improve the quality of education and educational leadership at the university is essential.

This program can increase the knowledge and skills of the faculty members regarding educational leadership and change management by creating a proper perspective and increasing their participation in the development of education at the university

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

پذیرش مقاله منتج از این برنامه بصورت oral presentation در کنفرانس مشترک Ottawa & icme 2018 (پپیوست شماره ۱)

پذیرش پروپوزال برنامه دانشجویی آموزش پزشکی در مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه در قالب طرح توسعه ای آموزش

قبل از شروع هر دوره از برنامه فراخوان پذیرش در برنامه از طریق سایت مرکز مطالعات اطلاع رسانی گردید. همچنین فراخوان پذیرش همراه شیوه نامه و کوریکولوم برنامه از طریق ایمیل به مدیران دفاتر توسعه دانشکده ها و بیمارستانها و اعضا هیات علمی (در دسترس) اطلاع رسانی گردید.

کلیه جلسات برگزار شده در سایت مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه اطلاع رسانی گردیده است. در جلسه حضوری در انتهای دوره از شرکت کنندگان خواسته شد تا انتقادات و پیشنهادات خود را در خصوص برنامه ذکر نمایند. نداشتن جلسات پیگیری و گزارش پیشرفت کار پس از اتمام دوره مهم ترین نقدی بود که از طرف شرکت کنندگان در برنامه مطرح گردید.



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

تقریباً نیمی از شرکت کنندگان در دوره تا کنون توانسته اند یکی از مشکلات آموزشی گروه یا دانشکده خود را در قالب پروپوزال طرح توسعه ای ارائه نمایند که از این میان برخی هنوز مصوب نشده اند. در این بین یک نفر از شرکت کنندگان موفق به اجرا و ارزشیابی طرح توسعه ای خود شده که در جشنواره شهید مطهری سال گذشته نیز پروژه خود را در قالب فرآیند آموزشی ارائه نمودند.

از آنجایی که ارزشیابی لیدرشیب آموزش بایستی در طولانی مدت صورت گیرد. مدنظر می باشد که تاثیر برنامه بر چگونگی ایفای نقش های لیدرشیب هر یک از شرکت کنندگان ۵ سال پس از شرکت در برنامه مورد بررسی قرار گیرد. با این وجود در ارزشیابی بعمل آمده پس از اتمام برنامه شرکت کنندگان اظهار نمودند که شرکت در این برنامه توانسته است به آنها در کسب توانایی انجام یک طرح توسعه ای در آموزش از ابتدا تا انتها کمک نماید ضمن اینکه به آنها در کسب توانمندی لازم جهت ایفای نقش لیدرشیب تغییر در قالب بخش / گروه / دانشکده / بیمارستان کمک نماید.

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.





**JOINT CONFERENCE
OTTAWA 2018 - ICME 2018**
March 10-14, 2018
ABU DHABI, UAE



15 November 2017

Submitter ID: 1035

Submitter Name: Azadeh Kordestani Moghaddam

Dear Mrs. Azadeh Kordestani Moghaddam,

Thank you for submitting an abstract for Ottawa-ICME 2018. We are very pleased to inform that your submitted abstracts has been accepted as per below.

Abstract Status

Title	Development of scholars in education: The Medical Education Scholars Program at the Tehran University of Medical Sciences
Paper Number	1109
Paper Status	Accepted as Oral Presentation
Stream - Topic	ICME 2018 - Educational Leadership

This presentation is offered to you as (submitter/presenter) of the abstract as per your submission record. Due to potential programme conflicts, it is not possible to transfer the presentation to someone else.

A condition of acceptance of the abstract is that you will register for the conference and pay the registration fee within 10 days of issue of this letter.

Please log in to your [Presenter Portal](#) and follow the instructions to confirm your participation.

Please note that we are unable to indicate the date and time of your presentation, and you should be available to present at any time between 12-14 March. If you have been allocated more than one presentation we will ensure that you do not have a timing conflict. The final programme will be on the website by (January 14, 2018).

We would be grateful if you could confirm your participation within one week of issuance of this letter by following the instructions in the presenter portal provided.

Best wishes

Prof. Masood Anwar
Chairman Organizing Committee



شعبه مطبوعاتی
جستارهای آموزشی
ازادیهستی

عنوان فارسی:

اجرای نظام ارزشیابی چند منبعی و ارائه بازخورد مبتنی بر شبکه در محیط های بالینی

عنوان انگلیسی:

Implementing a Web-based Platform Designed for multi source Evaluation and feedback in Clinical Rotations

حیطه نوآوری:

- 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 صاحب / صاحبان فعالیت نوآورانه:

دکتر علیرضا سیما، بردیا خسروی

نام همکاران:

دکتر امیرعلی سهراب پور، بهار صابرزاده اردستانی، مهدی سلیمان زاده

محل انجام فعالیت:

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دانشکده پزشکی

گروه/رشته: داخلی

مقطع تحصیلی: کارآموزی و کارورزی

بیمارستان: شریعتی

بخش بالینی: داخلی

فاز: بالینی

مدت زمان اجرا: ۳۵ دوره دو هفته ای کارآموزی در بخش های تخصصی فرایند اجرا شده است.

(تا تاریخ ۹۶/۹/۳۰)

تاریخ شروع: از ۱۹ تیر ۱۳۹۵ تاریخ پایان: در حال اجرا

هدف کلی:

هدف نهایی اجرای سامانه ای پایا برای ارزشیابی، جمع آوری اطلاعات، آنالیز و ارائه بازخورد است که توسط منابع مختلف انجام شود تا بتوان با استناد به آن به صورت مبتنی بر شواهد، شرایط ارتقای سیستم را فراهم نمود.

اهداف ویژه/اهداف اختصاصی:

ارائه بستر مناسب برای ارزشیابی جامع کلیه اجزا، سیستم آموزشی استفاده از ابزار مناسب جهت ارائه بازخورد به موقع و سازنده به اجزا، سیستم آموزشی استفاده از ابزاری مناسب و قابل اطمینان برای ارزشیابی فعالیت های آموزشی اعضای هیات علمی جهت ارائه بازخورد به اعضای هیات علمی و مدیران سیستم آموزشی



استفاده از ابزاری مناسب و قابل اطمینان برای ارزشیابی، تجمع و آنالیز نتایج ارزشیابی عملکرد فراگیران و ارائه بازخورد به آنها استفاده از ابزاری مناسب و کاربردی برای ارزیابی عملکرد اجزا، سیستم آموزشی در محیط کار واقعی و در طی یک دوره زمانی طولانی اجتناب از سوگیری حاصل از قضاوت های فردی بر ارزشیابی سیستمیک اجزا، سیستم آموزشی به وسیله وجود منابع اطلاعاتی بیان مساله (ضرورت انجام و اهمیت اهداف انتخابی را ذکر کنید):

در هر نظام آموزشی یکی از وظایف اساسی و مهم مدیریت آموزشی، ارزشیابی مداوم و ارائه بازخورد مناسب به اجزای سیستم است. اطلاعات حاصل از ارزشیابی اجزای سیستم های آموزشی را می توان برای مقاصد سازنده (formative) و پایانی (summative) استفاده نمود. در سیستم ارزشیابی فعلی دانشجویان در بخش های بالینی تعداد ارزشیابی های انجام شده برای هر فرد کم است و نتایج این ارزشیابی به موقع ارائه نمی شود علاوه بر این بازخورد کیفی وجود ندارد و امکان ارائه بازخورد به موقع فراهم نیست نتایج ارزشیابی دانشجو با همتایانش قابل مقایسه نیست. در فرایند ارزشیابی نقش دستیاران تخصصی کم رنگ است و همزمان شناخت کافی بین استاد و دانشجو وجود ندارد. ثبت دستی نتایج ارزشیابی امری دشوار است و امکان پایش ارزشیابی های انجام شده وجود ندارد. استفاده از سامانه ای جامع و پویا جهت ارزشیابی چند منبعی (multisource feedback model) باعث می شود که کلیه اجزای سیستم آموزشی بیمارستان شامل مدیران، اعضای هیات علمی، دستیاران، کارورزان و کارآموزان به صورت مداوم ارزشیابی شده و ابزار مناسب جهت گردآوری، آنالیز اطلاعات و البته بازخورد به موقع فراهم شود.

مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر رفرنس):

در یک مطالعه ی Randomized Controlled Trial که توسط دکتر William B. Brinkman و همکاران در سال ۲۰۰۷ در Archives of pediatrics & adolescent medicine منتشر شد، ۳۶ رزیدنت سال اول طب اطفال در Children's Hospital Medical Center در شهر Cincinnati ایالت Ohio به دو گروه مساوی ۱۸ نفره (MSF) و کنترل (تقسیم شدند. گروه MSF علاوه بر ارزشیابی استاندارد (توسط استاد)، بازخورد را از والدین کودکان، پرستاران و خود فرد دریافت کرده و در جلسات انگیزشی نیز شرکت کردند؛ در حالی که گروه کنترل فقط ارزشیابی استاندارد را داشته و آنها و مدیران نشان نسبت به ارزیابی توسط والدین کودکان و پرستاران کورسازی شدند. دو گروه در ابتدا و ۵ ماه بعد ارزیابی شدند. در نهایت نتیجه این شد که مداخله MSF در مهارت های ارتباطی و رفتار حرفه ای رزیدنت های طب اطفال تاثیر مثبت دارد. (۱)

در مطالعه ای دیگر که در سال ۲۰۰۹ در The journal of education in perioperative medicine (JEPM) منتشر شد گروه آموزشی بخش بیهوشی دانشکده پزشکی جرج واشنگتن مطالعه ای به منظور مقایسه ی ارزیابی دستیاران به روش ۳۶۰ درجه با روش سنتی (ارزیابی توسط آموزش دهنده) انجام داد. در این مطالعه ۱۶ نفر از دستیاران در سطوح آموزشی مختلف به صورت random در دو گروه قرار گرفتند. هر ۱۶ نفر بازخورد را براساس معیار های آموزشی تعیین شده، از اساتید دریافت کردند. یک گروه از این افراد علاوه بر آن بازخوردهای ۳۶۰ درجه را هم از بیماران، پرستاران، دانشجویان پزشکی و خود فرد، دریافت کردند. در وسط دوره نحوه ارزشیابی دو

گروه جایجا شد. هدف مطالعه مقایسه‌ی پیشرفت‌های آموزشی و عملکردی این دوگروه در یک بازه‌ی زمانی مشخص بود. نتیجه‌ی حاصله تفاوت معناداری را در بهبود سطح پیشرفت افرادی که زودتر در معرض ارزیابی ۳۶۰ درجه قرار گرفته بودند، برای ما مشخص کرد. (۲)

در مطالعه‌ای دیگر که در سال ۲۰۰۹ در Journal of Graduate Medical Education انتشار یافت، پیاده‌سازی یک ابزار ارزیابی ۳۶۰ درجه برای رزیدنت‌ها (که توسط ACGME طراحی شده در چرخش‌های Post Anesthesia Care Unit (PACU) دانشگاه علوم پزشکی Pittsburgh و قابلیت اعتماد، انجام‌پذیری و صحت آن برای ارزیابی پروفشنالیسم و مهارت‌های بین‌فردی و ارتباطی رزیدنت‌ها بررسی شد. ۱۵ رزیدنت که در یک دوره حضور داشتند، توسط پرستاران، منشی‌ها، کمک‌پرستاران و تکنسین‌های پزشکی مورد ارزیابی قرار گرفتند و نتایج با داده‌های حاصل از ارزیابی معمول دانشکده با محاسبه ضرایب هم‌بستگی مقایسه شد. جمعا ۴۲۹ فرم تکمیل شده جمع‌آوری شد (درصد پاسخ‌گویی: ۸۸٪). نتیجه این که ابزار مذکور احتمالا برای چرخش‌های PACU مفید است، با نمرات حاصل از ارزیابی دانشکده مرتبط است، قابل انجام بوده و در رابطه با پروفشنالیسم و مهارت‌های بین‌فردی و ارتباطی رزیدنت‌ها بازخورد سازنده را فراهم می‌کند. (۳) و همچنین در مطالعه‌ی دیگری که در همان سال در Simulation in healthcare journal of the Society for Simulation in Healthcare منتشر شد، ابزار دیگری مورد ارزیابی قرار گرفت که این ابزار با انجام هم‌زمان MSF و تحلیل فاصله‌ی بین نتایج حاصل از ارزیابی خود و ارزیابی دیگران از فرد، نشان داد که می‌تواند در تشخیص نقاط قوت و حیطه‌های نیازمند پیشرفت مؤثر باشد و به خوبی مواردی را که فرد خود را بهتر و یا کمتر از آنچه دیگران ارزیابی می‌کنند، می‌داند که نیازمند بازخورد با جزئیات بیشتر است، مشخص کند. (۴)

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۱ در Journal of Graduate Medical Education منتشر شد، موانع و چالش‌های اجرای موفقیت‌آمیز یک MSF مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه اجرای آزمایشی (APB) Assessment of Professional Behaviors در سال ۲۰۰۷-۸ با ۸ برنامه رزیدنتی و فلوشیپ در ۴ مؤسسه بررسی شد. چالش‌هایی که در اجرا مشخص شدند عبارتند از: شکاف ارتباطی، دشواری برنامه‌ریزی اجرا و کارگاه‌های آموزشی. مصاحبه با شرکت‌کنندگان نشان داد که برای افزایش انجام‌پذیری باید چندین تغییر در برنامه ایجاد شود؛ شامل افزایش ارتباطات و کارآمدسازی روند آموزش.

مقبولیت توسط شرکت‌کنندگان یک فاکتور اساسی در انجام‌پذیری یک MSF است و این تنها با آشناسازی آنها با اجزا و نیازهای MSF امکان‌پذیر است؛ بنابراین استاندارد سازی و برقراری ارتباط صحیح ضروری را می‌نماید. (۵)

در مقاله مروری که در سال ۲۰۱۴ در Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges منتشر شد، انجام‌پذیری MSF برای ارزیابی پزشکان بررسی شد. نتایج حاصل از ۴۳ مقاله مرور شده نشان داد که MSF روش مؤثری برای فراهم‌آوری بازخورد به پزشکان در زمینه‌های مختلف عملکرد (پروفشنالیسم، ارتباطات، روابط بین‌فردی و مدیریت) می‌باشد. طبق نتایج، برای کسب ضرایب اعتماد و تعمیم‌پذیری مناسب، لازم است که MSF توسط ۸ پزشک هم‌رده، ۸ همکار و ۲۵ بیمار تکمیل شود. نتیجه‌گیری نهایی این که MSF بدین منظور صحت، قابلیت اعتماد و انجام‌پذیری بالایی دارد. (۶)



در مقاله مروری دیگری که در سال ۲۰۱۴ در BMC Medical Education چاپ شد، با مطالعه ی مجموعاً ۱۶ مقاله، فاکتورهای مهم در تأثیرگذاری MSF در پیشرفت عملکرد حرفه ای پزشکان استخراج شد که مهم ترین آنها عبارتند از: فرمت بازخورد خصوصاً زمانی که تسهیل شده باشد یا نظرات مشروح را هم شامل شود، و این که بازخورد از منابعی باشد که از نظر پزشک، دارای دانش کافی و موثق باشند. ضمناً در این مطالعه مهم ترین رفتارهای تخصصی که تحت تأثیر مثبت بازخورد قرار گرفتند شامل ارتباطات (هم با بیماران و هم با همکاران) و پیشرفت در مهارت های بالینی بودند. (۷)

در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۵ در Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges منتشر شد، تأثیر تعداد ارزیاب از گروه های حرفه ای مختلف (پزشک و غیرپزشک) را بر قابلیت اعتماد MSF در ارزیابی توانمندی های مختلف مورد سنجش قرار گرفت. داده های این مطالعه از پرسش نامه های MSF که طی سال های ۱۲-۲۰۰۸ برای ۴۲۸ رزیدنت در ۵۸۶ رویداد MSF توسط ۵۰۲۰ ارزیاب تکمیل شده، استخراج شده است. طبق نتایج حاصله، با تکمیل دو رویداد MSF توسط حداقل ۱۰ ارزیاب به ازای هر گروه یا سه رویداد MSF توسط ۵ ارزیاب به ازای هر گروه، یک ضریب اطمینان ۰/۸۰۰ به دست می آید. امتیازهای غیرپزشک ها برای شایستگی های scholar و health advocate و امتیازهای پزشک ها برای شایستگی های health advocate تأثیر منفی روی قابلیت اعتماد ترکیبی داشتند. نتیجه این که یک تعداد منطقی ارزیاب به ازای هر رویداد MSF می تواند به طرز قابل اطمینانی عملکرد رزیدنت ها را ارزیابی کند. امتیازات حاصل از فقط یک رویداد باید با احتیاط تفسیر شوند. با این حال هر رویداد می تواند بازخوردی با ارزش برای یادگیری فراهم آورد. این مطالعه تأیید می کند که مشخصات منحصر به فرد هر گروه ارزیاب هنگام تفسیر نتایج MSF باید مدنظر قرار گیرد. به نظر می رسد قابلیت اطمینان، تحت تأثیر گروه های ارزیاب و شایستگی های مشمول می باشد. این یافته ها سودمندی MSF را طی آموزش رزیدنتی ارتقا خواهد داد. (۸)

در مطالعه ای دیگر در سال ۲۰۱۵ که در Advances in medical education and practice journal منتشر شد، دکتر احمد الانصاری و همکاران ایشان در بیمارستان نظامی بحرین مطالعه ای را به روش cross-cultural challenge انجام دادند. هدف این مطالعه بررسی قابلیت تکرار پذیری و اعتماد به نتایج حاصل از فیدبک های ۳۶۰ درجه بود. در این مطالعه ۲۱ اینترن در این بیمارستان شامل ۹ آقا و ۱۲ خانم انتخاب شده و هریک توسط سه تیم شامل اینترن های سال پایین، اینترن های همسال و افراد سال بالا ارزیابی شدند. با آنالیز میانگین نمرات و بررسی فاکتورهای اثرگذار بر نتایج پرسشنامه و مقایسه ی نتایج با شرایط حضور و کیفیت کار هر اینترن، نتیجه گیری به عمل آمده از فیدبک های جمع آوری شده، ضریب اعتماد بسیار بالا و قابلیت تکرار پذیری قابل قبولی داشتند. (۹)

منابع و مأخذ:

1. Brinkman WB, Geraghty SR, Lanphear BP, Khoury JC, Gonzalez del Rey JA, DeWitt TG, et al. Effect of Multisource Feedback on Resident Communication Skills and Professionalism: A Randomized Controlled Trial. Arch Pediatr Adolesc Med [Internet]. 2007;161(1):44-9. Available from: <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/abstract/161/1/44>



2. Berger JS, Pan E, Thomas J. A randomized, controlled crossover study to discern the value of 360-degree versus traditional, faculty-only evaluation for performance improvement of anesthesiology residents. *J Educ Perioper Med JEPM* [Internet]. [cited 2016 Jul 1];11(2):E053. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27175385>
3. Meng L, Metro DG, Patel RM. Evaluating professionalism and interpersonal and communication skills: implementing a 360-degree evaluation instrument in an anesthesiology residency program. *J Grad Med Educ* [Internet]. 2009;1(2):216–20. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2931243&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
4. Calhoun AW, Rider E a, Meyer EC, Lamiani G, Truog RD. Assessment of communication skills and self-appraisal in the simulated environment: feasibility of multirater feedback with gap analysis. *Simul Healthc*. 2009;4(1):22–9.
5. Richmond M, Canavan C, Holtman MC, Katsufakis PJ. Feasibility of implementing a standardized multisource feedback program in the graduate medical education environment. *J Grad Med Educ* [Internet]. 2011;3(4):511–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3244317&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
6. Donnon T, Al Ansari A, Al Alawi S, Violato C. The reliability, validity, and feasibility of multisource feedback physician assessment: a systematic review. *Acad Med*. 2014;89(3):511–6.
7. Ferguson J, Wakeling J, Bowie P. Factors influencing the effectiveness of multisource feedback in improving the professional practice of medical doctors: a systematic review. *BMC Med Educ*. 2014;14(1):76.
8. Moonen-van Loon JMW, Overeem K, Govaerts MJB, Verhoeven BH, van der Vleuten CPM, Driessen EW. The Reliability of Multisource Feedback in Competency-Based Assessment Programs. *Acad Med* [Internet]. 2015;XX(X):1. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001888-900000000-98790>
9. Al Ansari A, Al Khalifa K, Al Azzawi M, Al Amer R, Al Sharqi D, Al-Mansoor A, et al. Cross-cultural challenges for assessing medical professionalism among clerkship physicians in a Middle Eastern country (Bahrain): feasibility and psychometric properties of multisource feedback. *Adv Med Educ Pract* [Internet]. 2015;6:509–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4540155/> \nhttps://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=2644

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

مطالعه‌ای در بخش‌های بالینی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در راستای سنجش روایی پرسشنامه‌های طراحی شده بر اساس مرور متون برای ارزشیابی ۳۶۰ درجه توسط آقای کورنباخ برای روایی درونی و آزمون همبستگی پیرسون جهت پی بردن به همبستگی نمرات پرسشنامه‌ها انجام شده است که در سال ۱۳۸۹ منتشر شده و نتایج آن بیانگر قابلیت اجرایی مطلوب همراه با روایی و پایایی برای ارزشیابی ۳۶۰ درجه دستیاران بخش‌های بالینی بوده است. (۱) در مطالعه دیگری در مرکز شهید اکبرآبادی دانشگاه علوم پزشکی ایران عملکرد بالینی دانشجویان مامایی توسط ارزشیابی ۳۶۰ درجه سنجیده شد و با استفاده از آزمون من ویتنی تفاوت نمرات داده شده به یک دانشجو توسط رده‌های مختلف سنجیده شد این مطالعه در سال ۱۳۹۵ منتشر شد و نتایج



آن نشان می دهد که ارزشیابی ۳۶۰ درجه در ارزشیابی بالینی ابزاری ارزشمند است. (۲) در مطالعه دیگری ۲۸ دانشجوی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان تحت ارزشیابی ۳۶۰ درجه از جهت مهارت های بالینی و تعهد حرفه ای قرار گرفتند و سپس نمرات منابع مختلف با یکدیگر با همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفتند که همبستگی معنادار نشان دادند نتایج این مطالعه که در سال ۹۴ منتشر شده است استفاده از سیستم ارزشیابی ۳۶۰ درجه را برای بخش های پرستاری توصیه کرده است. (۳) در مطالعه ای ۷۵ دانشجوی کارورزی پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی شهر کرد تحت ارزشیابی ۳۶۰ درجه از نظر عملکرد بالینی قرار گرفتند و سپس همبستگی نمرات به دست آمده با نمرات آزمون های نظری و بالینی سنجیده شد. نتایج این مطالعه که در سال ۱۳۹۵ منتشر شده است نشان می دهد که ارزشیابی ۳۶۰ درجه دارای روایی و پایایی مناسب برای ارزشیابی عملکرد بالینی در دانشجویان پرستاری بوده است. (۴) در مطالعه دیگری ۳۲۶ دستیار بالینی مجتمع حضرت رسول دانشگاه علوم پزشکی ایران تحت ارزشیابی ۳۶۰ درجه از نظر مهارت های بین فردی و ارتباطی قرار گرفتند و سپس نمرات به دست آمده از منابع مختلف با یکدیگر مقایسه شدند، نتایج این مطالعه که در سال ۱۳۹۵ منتشر شده است نشان می دهد که ارزشیابی این توانایی ها در پزشکان می تواند بازتابی مناسب از این مهارت ها نمایان کند و منجر به بهبود این مهارت ها شود. (۵) در مطالعه ای دستیاران سال دو و سه دانشگاه علوم پزشکی شیراز مورد ارزشیابی ۳۶۰ درجه از نظر عملکرد بالینی قرار گرفتند که خودسنجی را نیز شامل می شد در قسمت نتایج ارزشیابی خود سنجی نسبت به سایر ارزشیابی ها نمرات بالاتری داشت و به طور کلی ارزشیابی ۳۶۰ درجه روشی برای ارزشیابی عملکرد مبتنی بر شواهد واقعی بدون هزینه عملیاتی بالا معرفی شده بود.

منابع و ماخذ:

۱. نخعی نوذر، سعید علیرضا. روش ارزشیابی ۳۶۰ درجه در ارزشیابی بالینی دستیاران؛ بررسی مقدماتی امکان اجرا، روایی و پایایی. گام های توسعه در آموزش پزشکی. ۱۳۸۹؛ ۷ (۲): ۹۹-۱۰۳
۲. برادران حمیدرضا، خیرخواه معصومه، کیخسروی فریبا. ارزشیابی ۳۶۰ درجه عملکرد دانشجویان مامایی در بلوک زایمان مرکز شهید اکبر آبادی سال ۹۳. مجله راهبرد های توسعه در آموزش پزشکی. ۱۳۹۵؛ ۳ (۱): ۷۳-۸۰
۳. صادقی تبنده، لری پور مرضیه. کارایی ارزشیابی ۳۶۰ درجه در ارزشیابی دانشجویان پرستاری در ایران. مجله آموزش پزشکی کره. ۱۳۹۵؛ ۲۸ (۲): ۱۹۵-۲۰۰
۴. صاحب الزمانی محمد، فراهانی حجت الله، مهربانی الهام، شهبازی محمدیار. بررسی روایی و پایایی ارزشیابی ۳۶۰ درجه در ارزشیابی بالینی دانشجویان پرستاری. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد. ۱۳۹۵؛ ۲۶ (۴): ۲۶۴-۲۷۰
۵. رحیم زاده ناهید، کردلو زهرا، المامیر رقیه، چشمی ژیلا، هاشمی اکرم. ارزشیابی مهارت های ارتباطی و بین فردی دستیاران مجتمع حضرت رسول (ص) با استفاده از رویکرد ۳۶۰ درجه. مجله علوم پزشکی رازی. ۱۳۹۵؛ ۲۳ (۱۹۵): ۱-۷
۶. شیشه گر محمود، ربوای سارا، امینی میترا، ربوای مژده. ارزشیابی عملکرد دستیاران گوش و حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی شیراز با استفاده از رویکرد ۳۶۰ درجه. ۱۳۹۵؛ کتابچه خلاصه مقالات سمینار سراسری ارزیابی صلاحیت بالینی. ۱۶

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

با توجه به نیاز معاونت آموزشی بیمارستان به شناخت نقاط ضعف و قوت سیستم آموزش فعلی، ارزشیابی کیفیت فعالیت های اجزای سیستم آموزشی ضروری به نظر می رسد. این اجزا شامل برنامه های دوره ای آموزش بالینی در بیمارستان، اعضای محترم هیأت علمی، دستیاران فوق تخصصی، دستیاران تخصصی، کارورزان و کارآموزان بیمارستان می باشد. بدین منظور ابتدا روش های مختلف ارزشیابی فعالیت های آموزشی که تاکنون در دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد استفاده قرار گرفته، بررسی شد و آیین نامه ها و قوانین حاکم بر سیستم های ارزشیابی که توسط وزارت بهداشت یا دانشگاه مصوب گشته، مرور شد. سپس با مرور سیستم های آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی برتر دنیا، الگوهای مناسب برای طراحی سیستم مذکور استخراج گشت و در نهایت الگوهای استخراج شده بر اساس شرایط فرهنگی و اجتماعی حاکم در ایران و البته با رعایت قوانین و مقررات مصوب دانشگاه و وزارت بهداشت بازطراحی شد و طی برگزاری جلسات مکرر مرور توسط افراد باتجربه در این زمینه، مورد تأیید قرار گرفت.

اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید:

با توجه به تعدد فرم ها و اطلاعات استخراج شده از ارزیابی ۳۶۰ درجه به طور همزمان از سامانه ای مبتنی بر شبکه جهت ارزشیابی، جمعیت اطلاعات، آنالیز و ارائه بازخورد استفاده شد. ابتدا این سامانه به صورت آزمایشی در بخش گوارش بیمارستان دکتر شریعتی اجرا شد و در مرحله دوم در بخش گوارش و جنرال بیمارستان شریعتی به اجرا در آمد و پس از اجرای موفق در این دو بخش اجرای آن به تمام بخش های داخلی بیمارستان شریعتی گسترش یافت و در حال حاضر در تمام بخش های بیمارستان شریعتی در حال اجرا است. بدین صورت که افراد بجز اعضای هیئت علمی در ابتدای ترم در سامانه ثبت نام می کنند و اعضای هیئت علمی به صورت پیش فرض در سامانه وجود دارند تا از ابتدا امکان ارزشیابی آنان وجود داشته باشد. نحوه استفاده از سامانه به صورت کتبی و فیلم های آموزشی در اختیار افراد قرار می گیرد و در طول ترم با توجه به آموزش های داده شده در مورد نحوه استفاده از سامانه به ارزشیابی سایر افراد در سیستم می پردازند و می توانند نتایج ارزشیابی خود را در سیستم مشاهده کنند و از طریق بخش نظرات بازخورد های مربوط به خود را مشاهده کنند. علاوه بر این سیستم دارای قابلیت پشتیبانی است که در صورت برخورد با مشکل در کمتر از ۲۴ ساعت آن را حل می کند. قابلیت نمایش روند پیشرفت فرد بر اساس نمرات از گذشته تا کنون، نمایش نمرات فرد به صورت نمودار راداری در مقایسه با میانگین جامعه در حال ارزشیابی را دارد و سامانه ای مبتنی به ابر است به این معنی که قابلیت استفاده از آن بوسیله تمام مرورگر ها و تمام وسایل (لپتاپ، گوشی و ...) فراهم است و قابلیت حفاظت از اطلاعات و تأمین امنیت سامانه را دارد. برای ارزشیابی فرایند اجرا شده فرم رضایت سنجی برای تمامی کسانی که در این بازه زمانی در تماس با این سیستم بودند ارسال شد و به طور موازی رضایت سنجی از سیستم ارزشیابی سابق از دانشجویانی که سال های گذشته بخش داخلی را گذرانده بودند انجام شد. برای انجام رضایت سنجی google form استفاده شد تا هویت افراد ناشناخته بماند و از سوگیری جلوگیری شود سپس این نتایج مورد مقایسه قرار گرفتند. علاوه بر این نتایج به دست آمده از سیستم (تعداد ارزشیابی های انجام شده، نسبت ارزشیابی های انجام شده و ...) مورد بررسی قرار گرفتند.



۱۴- شرح مختصری از فعالیت صورت گرفته را به انگلیسی بنویسید (آماده سازی، چگونگی

تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق متدولوژی، اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید):

Evaluating all components of the educational system in order to understand their weaknesses and strengths is a crucial part of evaluating the whole educational system. These components include, faculty members, sub-speciality residents, specialty residents, interns and externs. In order to achieve this goal, we reviewed all means of evaluation that are currently being used in the university. Also, we studied all internal and national guidelines regarding evaluation systems that had been prepared by the university or ministry of health. After reviewing these guidelines, we searched for the similar solutions in top universities of the world and tried to combine their positive points to find a solution suitable for our situation. We designed a solution having in mind that it should be user friendly, accessible from everywhere and also because of all the sensitive data it should be secure. After developing the initial version, we customized it to be inline with internal and national regulations. After this we presented it to several stakeholders and tried to get their feedback so that it would be a suitable option.

The enormous data that would have been gathered by 360 evaluation, demanded a software that could analyze this data in real time and visually it so that the output be meaningful both to regular users and administrators. This software, Simorgh, was first tested in gastroenterology department of Shariati hospital and in the second stem expanded its scope to general department of the same hospital. This system is now working in all internal departments of shariati hospital. Each member other that faculty members will have to register in the software at the beginning of the semester in order to evaluate each other in each clinical rotation. Faculty members are pre-registered so that they can be evaluated from the beginning. All necessary instruction has been given to them either directly or through tutorial videos. Each person can view their own evaluation results in a radar graph in which he can compare his grades with his peers. He can see his grades in different departments and find out his trends. He can also see all written feedbacks given to him sorted by their negativity or positivity. If any of the users encounter a problem, they can contact software support and get their problem resolved in less than 24 hours.

For evaluating this software, we sent satisfaction survey to those who have used this software and also those that used the traditional evaluation system (global rating forms filled only by faculty members) in the previous semester. We used a third-party tool (Google Form) in order to have both groups and also prevent any bias. After that the result of this survey was analyzed

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

برای آموزش افراد درگیر در سیستم آموزش شامل دانشجویان، اعضای هیئت علمی و ... فیلم هایی ساخته شد که به طور عملی نحوه تعامل با سامانه و استفاده از آن را آموزش می داد این فیلم ها از طریق کانال تلگرامی که برای سامانه ساخته شده است تا اطلاعیه ها و آموزش ها از طریق آن ارائه شود با ذی نفعان به اشتراک گذاشته شد.

این سامانه در جلسات متعددی به همکاران و خبرگان آموزش پزشکی ارائه شد از جمله:



نشست ۱۱ مهر ۱۳۹۵ که در این جلسه گزارش پیشرفت پروژه ارتقای رفتار حرفه‌ای در بخش‌های بالینی منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران ارائه گشت. لینک خبر
فرایند در کارگاه روش ارزشیابی پروفشنالیسم با حضور معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران معرفی شد.

فرایند به مسئول EDC (جناب آقای دکتر میرزازاده) و مدیر واحد ارزیابی و ارزشیابی (سرکار خانم دکتر گندمکار) معرفی شده است و مورد نقد قرار گرفته است.

در جلسه هسته مرکزی گروه داخلی بیمارستان شریعتی و در جلسه مسئولان آموزش کارآموزان گروه داخلی این فرایند مورد نقد و بررسی قرار گرفته است.

در جلسه گروه فوق تخصصی گوارش با حضور معاونت توسعه و فناوری وزارت بهداشت فرایند به بررسی گذاشته شده است.

در مورد فرایند با پرسشنامه رضایت سنجی نظرات فراگیران جمع آوری شد.

در جلسات اول دوره‌ها فرایند برای دانشجویان جدید شرح داده شده است.

این فرایند به صورت سخنرانی در سمینار صلاحیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۵ ارائه شده است. لینک دفترچه سمینار

علاوه بر این چکیده‌ای در مورد اجرای این فرایند برای سمینار تعهد حرفه‌ای دانشگاه علوم پزشکی تهران ارسال شده است.

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

میزان دست‌یابی به اهداف به تفکیک اهداف ویژه

۱. ارائه بستری مناسب برای ارزشیابی جامع کلیه اجزاء سیستم آموزشی:

در پی اجرای این فرایند محصول حاصل سایت سیمرغ به نشانی simorgh.cloud ایجاد شده است که قابلیت ارزیابی سایر افراد موجود در بخشی که در هر بازه زمانی در ارتباط با یکدیگر هستند را دارا است علاوه بر ارزشیابی کمی افراد قادر به بازخورد دهی کیفی نیز هستند و می‌توانند نتایج ارزشیابی خودشان را مشاهده کنند و نمودار پیشرفت شان و مقایسه شان با میانگین را ببینند علاوه بر این سیستم قابلیت پشتیبانی در صورت بروز هر گونه مشکلی را دارد و مبتنی بر ابر و ایمن است. تاکنون در سی و پنج دوره دو هفته بخش داخلی این سیستم استفاده شده است که برون‌داد آن بیش

از ۴۷۰۰ فرم ارزشیابی پر شده و بیش از ۱۵۰۰ بازخورد متنی است. این سیستم

در حال حاضر ۵۰۱ عضو فعال دارد. در صورتی که در بازه زمانی مشابه از سیستم ارزشیابی قبلی دانشگاه برای ۲۶۹ کارآموزان در این سی و پنج دوره دو هفته‌ای استفاده می‌شد در نهایت منجر به ایجاد ۱۸۸۳ فرم ارزشیابی پر شده می‌شد در حالی که از این ۴۷۰۰ فرم پر شده ۲۴۶۷ عدد مربوط

به ارزشیابی کارآموزان است یعنی افزایش ۱,۳۱ برابری نمره دهی رخ داده است. و استفاده از این سیستم منجر به ایجاد ۲۲۳۳ ارزشیابی شده است که در سیستم قبلی دانشگاه به طور کلی انجام نمی‌شود. در بازه یک ساله توسط این سیستم برای هر عضو هیئت علمی ۱۶,۴۶ ارزشیابی به طور میانگین انجام شد این در حالی است که در سیستم قبلی دانشگاه ۱۰-۱۲ ارزشیابی در طول یک سال برای هر عضو هیئت علمی پر می‌شود.



۲. استفاده از ابزار مناسب جهت ارائه بازخورد به موقع و سازنده به اجزاء سیستم آموزشی:

این سیستم با توجه به چرخش کارآموزان، کارورزان، دستیاران و اعضای هیئت علمی هر بخش که در قالب لیستی با تاریخ های متفاوت است خود به صورت اتوماتیک به افراد با توجه به اینکه در آن زمان در چه بخشی هستند و در آن زمان چه افراد دیگری در آن بخش هستند اجازه ارزشیابی به افرادی را می دهد که در یک بخش در یک زمان قرار دارند.

۳. استفاده از ابزاری مناسب و قابل اطمینان برای ارزشیابی فعالیت های آموزشی اعضای هیأت علمی جهت ارائه بازخورد به اعضای هیات علمی و مدیران سیستم آموزشی:

۴. در بازه یک ساله توسط این سیستم برای هر عضو هیئت علمی ۱۶۰۴۶ ارزشیابی به طور میانگین انجام شد این در حالی است که در سیستم قبلی دانشگاه ۱۰-۱۲ ارزشیابی در طول یک سال برای هر عضو هیئت علمی پر می شود.

۵. استفاده از ابزاری مناسب و قابل اطمینان برای ارزشیابی، تجمیع و آنالیز نتایج ارزشیابی عملکرد فراگیران و ارائه بازخورد به آنها:

در صورتی که در بازه زمانی مشابه از سیستم ارزشیابی قبلی دانشگاه برای ۲۶۹ کارآموزان در این سی چهار دوره دو هفته ای استفاده می شد در نهایت منجر به ایجاد ۱۸۸۳ فرم ارزشیابی پر شده می شد در حالی که از این ۴۷۰۰ فرم پر شده ۲۴۶۷ عدد مربوط به ارزشیابی کارآموزان است یعنی افزایش ۱،۳۱ برابری نمره دهی رخ داده است. و استفاده از این سیستم منجر به ایجاد ۲۲۲۳ ارزشیابی شده است که در سیستم قبلی دانشگاه به طور کلی انجام نمی شود

۶. استفاده از ابزاری مناسب و کاربردی برای ارزیابی عملکرد اجزاء سیستم آموزشی در محیط کار واقعی و در طی یک دوره زمانی طولانی

۷. با توجه به اینکه افراد با توجه به مشاهده عملکرد یکدیگر در محل کار واقعی در بازه زمانی هر بخش ارزشیابی ها را پر می کنند و در طول زمان فراگیران با گذر از هر بخش به بخش دیگر نمودار پیشرفت عملکرد خود را در بخش های متفاوت می توانند ببینند و با توجه به قابلیت بازخورد دهی کیفی این سیستم توانسته است ارزیابی عملکرد اجزاء سیستم آموزشی در محیط کار واقعی و در طی یک دوره زمانی طولانی را انجام دهد و با توجه به نظر افراد درگیر در این سیستم توانسته است نمره ۳ از ۵ را در این زمینه کسب کند در حالی که در سیستم

ارزشیابی گذشته فقط نمره ۱،۴۴ از ۵ را کسب کرده است که این نشان می دهد فرایند ارائه شده توانسته است ارزیابی در محیط واقعی را ارتقا بخشد.

۸. اجتناب از بایاس حاصل از قضاوت های فردی بر ارزشیابی سیستمیک اجزاء سیستم آموزشی به وسیله وجود منابع اطلاعاتی:

با توجه به نظر افراد درگیر در سیستم در این فرایند ۲،۷۹ از ۵ میزان احساس آنها از نمره دهی به ذی نفعان به علت یک اتفاق خاص و مغرضانه بوده است در حالی که در سیستم گذشته این نمره ۴،۲۲ از ۵ بوده است علاوه بر این به دلیل اینکه نمره دهی توسط تمام افراد در محیط کار انجام می شود اگر یکی از افراد سیستم نمره یک شخص را از روی قضاوت شخصی نمره بدهد به دلیل آنکه بقیه افراد نیز نمره به این شخص می دهند تاثیر آن یک نمره کمتر می شود و نمره نهایی به واقعیت نزدیک تر خواهد بود. همچنین چون نمره دهی به صورت تدریجی رخ می دهد و فقط در پایان بخش اتفاق نمی افتد احتمال آنکه افراد بر اساس واقعیت های هر روز نمره بدهند بیشتر از آن می شود که

در آخر بخش بر اساس برداشت شخصی کلی که از فرد داشته اند نمره دهی کنند.

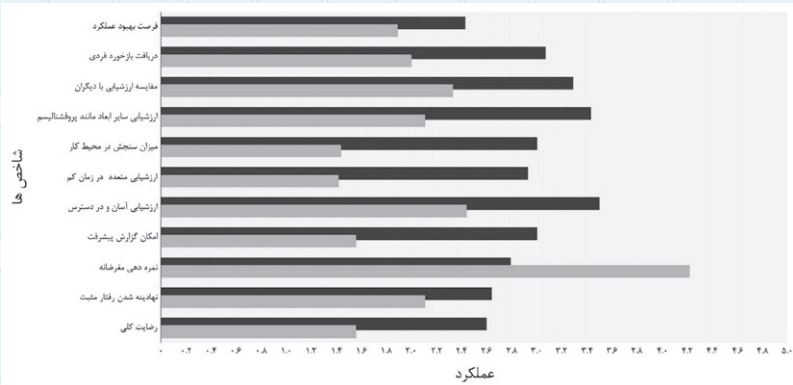
میزان رضایتمندی فراگیران

نتایج پرسشنامه رضایت سنجی که پاسخ سوال های آن بر حسب مقیاس لیکرت از ۱ تا ۵ (۱:کاملا مخالف، ۵:کاملا موافق) در ادامه آورده شده است.

میانگین پاسخ در مورد سینیستم گذشته	میانگین پاسخ در مورد فرایند نوآورانه	سوال
۱.۸۹	۲.۴۳	آیا فرصت بهبود عملکرد و به کارگیری بازخورد طی دوره برای شما فراهم بود؟
۲.۰۰	۳.۰۷	در سینیستم ارزشیابی فعلی کاراموزان گروه داخلی امکان دریافت بازخورد فردی از سایرین وجود داشت؟
۲.۳۳	۳.۲۹	در سینیستم ارزشیابی فعلی کاراموزان گروه داخلی امکان مقایسه ارزشیابی شما با دیگران وجود دارد؟
۲.۱۱	۳.۴۳	آیا در سینیستم ارزشیابی فعلی کاراموزان گروه داخلی به غیر از دانش پزشکی، سایر ابعاد مانند پروفشنالیسم هم مورد ارزیابی قرار می گیرد؟
۱.۴۴	۳.۰۰	آیا در سینیستم ارزشیابی فعلی کاراموزان گروه داخلی عملکرد شما در محیط کار واقعی ارزشیابی شد؟
۱.۴۲	۲.۹۳	آیا در سینیستم ارزشیابی فعلی کاراموزان گروه داخلی با توجه به مدت زمان کوتاه دوره، فرصت ارزشیابی شما توسط چند فرد وجود دارد؟
۲.۴۴	۳.۵۰	آیا سینیستم ارزشیابی فعلی کاراموزان گروه داخلی پروسه ارزشیابی آسان و در دسترس بود؟
۱.۵۶	۳.۰۰	آیا در سینیستم ارزشیابی فعلی کاراموزان گروه داخلی امکان گزارش پیشرفت شما در تمام حیطه ها به صورت جداگانه وجود دارد؟
۴.۲۲	۲.۷۹	آیا احساس می کنید ارزشیابی نهایی شما بر اساس یک اتفاق خاص طی دوره و مغرضانه بوده است؟
۲.۱۱	۲.۶۴	آیا سینیستم ارزشیابی کاراموزان گروه داخلی رفتار مثبتی را در شما نهادینه کرده است؟
۱.۵۶	۲.۶۰	به طور کلی چقدر از شیوه ارزشیابی کاراموزان گروه داخلی رضایت دارید؟

نمودار نتایج پرسشنامه رضایت سنجی: • نقاط قوت و ضعف و پیشنهادات برای آینده





فرایند نوآورانه

سیستم گذشته

نقاط قوت این فرآیند شامل:

۱. آسان تر شدن روند ارزشیابی به دلیل استفاده از تکنولوژی مبتنی بر سامانه
 ۲. تسهیل فرایند آنالیز داده
 ۳. امکان بررسی میزان شرکت اعضای هیات علمی در ارزشیابی فراگیران به عنوان یک وظیفه آموزشی
 ۴. افزایش تعداد ارزشیابی به از هر فرد
 ۵. ایجاد ارزشیابی های جدیدی که در سیستم قبلی انجام نمی شد
 ۶. ارائه بازخورد کیفی
 ۷. خودکار بودن چرخش افراد در بخش های مختلف و فعال شدن امکان ارزشیابی کسانی که در آن زمان در آن بخش قرار دارند
 ۸. وجود پشتیبانی برای اشکالات فنی سیستم
 ۹. مبتنی بر ابر بودن سیستم
 ۱۰. افزایش رضایت مندی ذی نفعان
 ۱۱. ارزشیابی افراد در محیط کار واقعی
 ۱۲. ارزشیابی توسط افراد متعدد (۳۶۰ درجه)
 ۱۳. ایجاد امکان مقایسه نمرات کسب شده با میانگین و مشاهده نمودار پیشرفت عملکرد در بخش های مختلف بالینی
 ۱۴. نزدیک تر کردن نتیجه نهایی ارزشیابی به واقعیت
 ۱۵. وجود سیستم آموزش استفاده از سامانه
- نقاط ضعف:
۱. جلب همکاری اساتید برای ارزشیابی به موقع فراگیران به عنوان یک وظیفه
 ۲. عدم تمایل بعضی از اساتید برای استفاده از سیستم های الکترونیک
 ۳. نارضایتی بعضی از دانشجویان در خصوص انجام ارزشیابی آنها توسط دستیاران
 ۴. نارضایتی بعضی از اساتید در خصوص انجام ارزشیابی آنها توسط فراگیران



۵. لزوم همکاری گروه و دانشکده برای به کارگیری سیستم در گروه‌های آموزشی
پیشنهادات برای آینده:

۱. برگزاری دوره برای افزایش مقبولیت سیستم در بین اعضای هیئت علمی دانشگاه

۲. گسترش سیستم به بخش‌های دیگر علاوه بر بخش‌های داخلی

۳. تنظیم آیین‌نامه‌هایی برای نظارت بر ارزشیابی فراگیران

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.



عنوان فارسی:

طراحی و استقرار نظام جامع ارزشیابی دوره‌های آموزشی در دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

عنوان انگلیسی:

Developing and implementing a program evaluation system in affiliated schools of Tehran University of Medical Sciences.

حیطه نوآوری:

- 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 صاحب / صاحبان فعالیت نوآورانه:

رقیه گندم‌کار، عظیم میرزازاده، محمد جلیلی

نام همکاران:

نگار امیدی - افسانه پاکدامن - محمد جواد حسین زاده - ابراهیم جعفری پویان - غلامرضا حسن - زاده - لیلی شاهمردادی - الهام شکیبازاده - هومن شهسواری - حجت شیخ مطهر واحدی - لیلی صدیق پور - مژگان صفری - زهرا قربانی فر - میترا قریب - نسترن قطبی - حسین قنبری - سید حمید کمالی - مهرناز گرانمایه - ابوالفضل گلستانی - سکینه نیکزاد جمنانی - شکوفه نیک فر

محل انجام فعالیت:

دانشگاه دانشگاه علوم پزشکی تهران دانشکده مرکز مطالعات و توسعه آموزش و

دانشکده‌های دانشگاه

گروه/رشته - مقطع تحصیلی کلیه دوره های آموزشی فاز -
بیمارستان - بخش بالینی -

مدت زمان اجرا:

تاریخ شروع فروردین ۱۳۹۱ تاریخ پایان ادامه دارد

هدف کلی:

طراحی و استقرار نظام جامع ارزشیابی دوره‌های آموزشی در دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

اهداف ویژه/ اهداف اختصاصی:

بررسی وضعیت موجود ارزشیابی دوره‌های آموزشی در دانشکده‌های وابسته به دانشگاه علوم

پزشکی تهران

تدوین آیین نامه نظام جامع ارزشیابی دوره‌های آموزشی در دانشگاه علوم پزشکی تهران

تدوین شیوه‌نامه های ارزشیابی دوره‌های آموزشی در دانشکده‌های وابسته به دانشگاه علوم

پزشکی تهران



ارزشیابی دوره‌های آموزشی در دانشکده‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بر اساس شیوه‌نامه‌های تدوین شده توانمندسازی دست‌اندرکاران ارزشیابی دوره‌های آموزشی در دانشکده‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران نظارت بر اجرای شیوه‌نامه‌های ارزشیابی دوره‌های آموزشی در دانشکده‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بیان مساله (ضرورت انجام و اهمیت اهداف انتخابی را ذکر کنید):

در سال‌های اخیر شاهد رشد تعداد و تنوع دوره‌های (برنامه‌های) آموزشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و همچنین دانشگاه علوم پزشکی تهران بوده‌ایم. این افزایش کمیت ممکن است منجر به قربانی شدن کیفیت آموزش علوم پزشکی شود. یکی از راهکارهای بالقوه تضمین کیفیت دوره‌های آموزشی، ارزشیابی آن و اتخاذ یک رویکرد نظام‌مند برای ارزشیابی دوره‌های آموزشی است. این در حالی است که در اغلب موارد ارزشیابی به صورت موردی و سلیقه‌ای و بر اساس سیاست‌ها و تصمیم‌گیری‌های موقتی مسؤؤلان انجام می‌شود. هر چند همگان بر اهمیت ارزشیابی در ارتقای کیفیت آموزش واقف هستند ولی نحوه اجرای نادرست آن می‌تواند عواقب ناخوشایندی به دنبال داشته باشد. به عنوان مثال، عدم مشاهده تاثیر ارزیابی‌های درونی انجام شده توسط گروه‌های آموزشی بر کیفیت گروه‌ها در سال‌های اخیر، علیرغم صرف منابع انسانی و مالی، منجر به پیدایش نوعی دلزدگی نسبت به ارزشیابی و عدم کارایی آن در محیط دانشگاه‌های علوم پزشکی شده است.

تأکید بر ارزشیابی دوره‌های آموزشی در اسناد بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی نیز مشهود است. از جمله این اسناد و استانداردها می‌توان موارد زیر را نام برد:
نقشه جامع علمی کشور (راهبردهای ۱ و ۳ حوزه آموزش)

استانداردهای اعتباربخشی موسسه‌ای ملی مصوب کمیسیون اعتباربخشی ملی (بر اساس سند تحول آموزش علوم پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی ملزم به رعایت این استانداردها و اعتباربخشی بر اساس آن شده‌اند)

استانداردهای اعتباربخشی موسسه‌ای بین‌المللی مانند ASIC (بر اساس سند تحول آموزش علوم پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی ملزم به رعایت استانداردها موسسه‌ای بین‌المللی و اعتباربخشی بر اساس آن شده‌اند)

استانداردهای اعتباربخشی فدراسیون جهانی آموزش پزشکی یا WFME (در استانداردهای این نهاد یک حوزه به طور اختصاصی برای ارزشیابی نظام‌مند و مستمر برنامه‌های آموزشی وجود دارد)
استانداردهای بین‌المللی اعتباربخشی در حوزه علوم پزشکی دیگر مانند ACGME، LCME، GMC و ...

در راستای استانداردسازی فرایند ارزشیابی دوره‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، پیاده‌سازی راهبردهای ارتقای کیفیت برنامه‌های آموزشی مربوط به نقشه علمی و پوشش استانداردهای کیفیت آموزش ملی و بین‌المللی، هدف از فرایند حاضر طراحی و استقرار نظام جامع ارزشیابی دوره‌های آموزشی در دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران است.



مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر رفرنس):

یکی از اولین و مهمترین فعالیت‌هایی که به منظور ارتقای کیفیت ارزشیابی‌های برنامه‌های آموزشی انجام شد تدوین استانداردهای فرا ارزشیابی (Metaevaluation) توسط Joint Committee on Standards for Educational Evaluation در آمریکا بود. این استانداردها و چک لیستی که بر اساس آن تهیه شده است می‌تواند به منظور ارزیابی کیفیت ارزشیابی‌های برنامه مورد استفاده قرار گیرد (۱). با توجه به جامعیت استانداردهای مذکور، برخی از کشورها با توجه به شرایط فرهنگی و ارزشی اختصاصی حاکم بر آموزشی عالی خود این استانداردها را بازبینی نموده‌اند که خارج از حوزه آموزش پزشکی بوده است (۲-۴).

در حوزه آموزش علوم پزشکی، هر چند دستورالعمل‌ها و استانداردهایی به صورت مجزا و اختصاصی یافت نشد ولی در استانداردهای نهادهای بین المللی اعتباربخشی مانند ACGME، LCME، GMC و ... بر ارزشیابی دوره‌های آموزشی تاکید شده است. در همین راستا برخی از دانشگاه‌ها و دانشکده‌های پزشکی سیستمی را برای ارزشیابی نظام مند و مستمر دوره‌های آموزشی خود طراحی و اجرا نموده‌اند.

کارپا و آبندورتی (۲۰۱۲) در مطالعه خود سیستم ارزشیابی دوره پزشکی عمومی دانشکده پزشکی Penn state در آمریکا را گزارش کردند که بر اساس روش مختلف مانند پرسشنامه، بررسی طرح درس‌ها، گروه متمرکز و ... به صورت مرتب و هر دو سال یکبار همه بلوک‌های دوره پزشکی عمومی مورد ارزشیابی قرار می‌گرفت و در یک فرایند ساختارمند نتایج ارزشیابی به مسوول هر بلوک ارائه می‌شد. سپس اصلاحات انجام شده بر اساس نتایج ارزشیابی‌ها در دوره بعدی ارزشیابی پیگیری می‌شد (۵).

دارنینگ و همکاران (۲۰۰۷) چارچوبی را برای ارزشیابی نظام مند و مستمر دوره‌های آموزشی پزشکی عمومی و دستیاری تخصصی و فوق تخصصی Uniformed Services University of the Health Sciences در کشور آمریکا ارائه دادند و در آن علاوه بر مشخص کردن منابع و روش‌های گردآوری اطلاعات، معیارهای کیفیت و حدنصاب‌های مربوط به برنامه‌های در معرض خطر و برنامه‌های با کیفیت خوب را تعریف کردند و نمونه‌ای از تجربه اجرای این چارچوب را ارائه دادند (۶).

گیبسون و همکاران (۲۰۰۸) با ارائه مدلی برای ارزشیابی دوره پزشکی عمومی در دانشکده پزشکی University of New South Wales کشور استرالیا به صورت نظام‌مند و مستمر، اجرای آن و اثربخشی آن را گزارش کردند. در این مدل حیطه‌های مورد ارزشیابی و شاخص آن و نمونه‌ای از ابزارهای ارزشیابی ارائه شدند. از مزایای این چارچوب آن بود که بر اساس استانداردهای فرا ارزشیابی تدوین شدند (۷).

موزیک (۲۰۰۶) چارچوبی از ارزشیابی دوره‌های دستیاری در دانشگاه East Carolina University با تمرکز بر حیطه‌های ارزشیابی پیامدها، روش گردآوری داده‌ها، زمانبندی ارائه گزارش نتایج ارزشیابی و پیگیری استفاده از نتایج ارائه داد (۸).

اگر چه شواهد دیگری هم در این زمینه موجود هستند، ولی همانطور که ملاحظه می‌شود در اغلب این موارد، چارچوب‌ها و مدل‌های ارائه شده محدود به یک یا چند دوره آموزشی بوده‌اند.

مرور تجربیات و شواهد داخلی (در این بخش سوابق اجرایی این نوآوری در دانشگاه و کشور بطور



کامل ذکر و رفرنس ذکر شود):

در جستجویی که نویسندگان این مقاله انجام دادند نمونه بومی شده استناداردهای ارزشیابی دوره‌های آموزشی یا دستورالعمل‌هایی (guidelines) برای ارزشیابی برنامه‌های آموزشی متناسب با شرایط آموزشی کشورمان یافت نشد. نمونه‌های از ارزشیابی دوره‌های آموزشی که در ادبیات آموزش پزشکی داخل کشور مشاهده می‌شود عمدتاً به صورت موردی و به صورت غیرنظام مند اجرا شده است. اجرای نظام مند و مستمر ارزشیابی دوره‌های آموزشی به صورت محدود گزارش شده است و محدود به یک دوره آموزشی بوده است. یکی از این موارد، ارزشیابی دوره پزشکی بازنگاری شده دانشگاه علوم پزشکی تهران است که در فرایند و نتایج آن در مجلات و کنفرانس‌های آموزش پزشکی گزارش شده است و با فرایند حاضر مرتبط است (۹ و ۱۰). مورد دیگر ارزشیابی دوره پزشکی عمومی بازنگاری شده دانشگاه علوم پزشکی شیراز است که محدود به یک دوره آموزشی است (۱۱).

همانطور که اشاره شد نظام ارزشیابی دوره‌های آموزشی به نوعی که همه دوره‌های آموزشی یک دانشگاه علوم پزشکی را شامل شود یافت نشد. بر اساس مرور متون انجام شده نوآوری فرایند ارزشیابی حاضر به دلیل ارزشیابی نظام‌مند همه دوره‌های آموزشی در یک دانشگاه علوم پزشکی کشور بر اساس یک نظام از پیش طراحی شده برای اولین بار در کشور و وسعت دوره‌های تحت پوشش آن است.

منابع:

- Yarbrough DB, Shulha LM, Hopson RK, Caruthers FA. The program evaluation standards: A guide for evaluators and evaluation users. 3rd ed. CA: Sage; 2011.
- Alyami M. (dissertation). Modification and Adaptation of the Program Evaluation Standards in Saudi Arabia. Kalamazoo: Western Michigan University; 2013.
- Jang S. The appropriateness of Joint Committee standards in non-Western settings: A case study of South Korea. In: Russon C. The program evaluation standards in international settings. 1th ed. Kalamazoo: Western Michigan University Evaluation Center; 2000: 41-59.
- Chatterji M. Applying the Joint Committee's 1994 standards in international contexts: A case study of education evaluations in Bangladesh. TEACH COLL REC 2005; 107(10): 2372-2400.
- Karpa K, Abendroth CS. How we conduct ongoing programmatic evaluation of our medical education curriculum. Med teach 2012; 34(10): 783-786.
- Durning SJ, Hemmer P, Pangaro LN. The structure of program evaluation: An approach for evaluating a course, clerkship, or components of a residency or fellowship training program. Teach Learn Med 2007; 19: 308-318.
- Gibson KA, Boyle P, Black DA, Cunningham M, Grimm MC, McNeil HP. Enhancing evaluation in an undergraduate medical education program. Acad Med 2008; 83: 787-793.
- Musick DW. A conceptual model for program evaluation in graduate medical education. Acad Med 2006; 81: 759-765.
- Mirzazadeh A, Gandomkar R, Hejri SM, et al. Undergraduate medical education programme renewal: a longitudinal context, input, process and product evaluation study. Perspect Med Educ 2016;5(1):15-23.



Mortaz Hejri S, Gandomkar R, Mirzazadeh A, Jalili M, Hasanzadeh G. Comparison of Academic Achievement and Educational Environment of Basic Sciences Phase of MD Program in Tehran University of Medical Sciences, before and after Curricular Reform. Iranian Journal of Medical Education. 2015; 15 :366-376

Rooholamin I A, Amini M, Bazrafkan L, Dehghani MR, Esmailzadeh Z, Nabeiei P, Rezaee R, Kojuri J. Program evaluation of an integrated basic science medical curriculum in Shiraz Medical School, using CIPP evaluation model. Journal of advances in medical education & professionalism. 2017;5(3):148.

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

ابتدا، مطالعه‌ای پیمایشی با هدف بررسی وضعیت موجود دانشکده‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران از نظر اجرای ارزشیابی برنامه در نیمه اول سال ۱۳۹۱ انجام شد. بر اساس نتایج، ۹۰ درصد (۹) دانشکده‌ها ارزشیابی دوره را حداقل یک بار، با استفاده از یک ابزار و یا یک منبع انجام داده بودند. نتایج ارزشیابی در بخش‌های مختلف در جدول ۱ آمده است و همانطور که مشاهده می‌شود از کیفیت مناسبی برخوردار نبود.

جدول ۱: فراوانی میزان اجرای ارزشیابی دوره در دانشکده‌ها (۱۰ دانشکده) در نیمه اول سال ۱۳۹۱

آیتم‌ها	تعداد (%) دانشکده
انجام ارزشیابی دوره	۹ (۹۰)
نظرسنجی از دانشجویان (پرسشنامه، روش‌های کیفی)	۳ (۳۰)
نظرسنجی از استادان (پرسشنامه، روش‌های کیفی)	۲ (۲۰)
نظرسنجی از مسئولان (پرسشنامه، روش‌های کیفی)	۲ (۲۰)
نظرسنجی از دانش‌آموختگان (پرسشنامه، روش‌های کیفی)	۳ (۳۰)
ارزشیابی عملکرد اعضای هیات علمی	۸ (۸۰)
ارزشیابی کیفیت آزمون‌ها	۴ (۴۰)
بازخورد نتایج ارزشیابی	۴ (۴۰)
ارزشیابی مستمر برنامه‌های آموزشی	
مقطع کارشناسی	۳ (۵۰*)
مقطع کارشناسی ارشد	۳ (۴۳†)
مقطع دکترا	۲ (۲۵‡)
مقطع دکترای حرفه‌ای	۲ (۶۷†)
مقطع دستیاری	۱ (۵۰††)
جمع	۱۱ (۴۲/۳)

* ۶ دانشکده دارای مقطع کارشناسی بودند، † ۷ دانشکده دارای مقطع کارشناسی ارشد بودند، ‡ ۸ دانشکده دارای مقطع کارشناسی ارشد بودند، †† ۳ دانشکده دارای مقطع کارشناسی ارشد بودند، ††† ۲ دانشکده دارای مقطع کارشناسی ارشد بودند



اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید:

فرایند حاضر از سال ۱۳۹۱ آغاز و در دو مرحله طراحی و استقرار نظام جامع ارزشیابی دوره های آموزشی انجام شد:

مرحله اول: طراحی نظام جامع ارزشیابی دوره های آموزشی.

در این مرحله، کارگروه تدوین آیین نامه ارزشیابی دوره با حضور متخصصان ارزشیابی در مرکز مطالعات و توسعه آموزش معاونت آموزشی دانشگاه تشکیل شد. ابتدا متون مرتبط شامل استانداردها و دستورالعمل های ارزشیابی برنامه های آموزشی، شیوه نامه ها (plans)، سیاست ها و رویه های (policies & procedures) ارزشیابی برنامه در موسسات و دانشگاه های مختلف مرور و پیش نویس اولیه آیین نامه تدوین شد. سپس در جلسات متعدد بر اساس نتایج مطالعه پیمایشی و شرایط خاص دانشگاه، پیش نویس آیین نامه مورد اصلاح قرار گرفت. در مرحله بعد در یک رویکرد مشارکتی (participatory) پیش نویس تدوین شده به دانشکده ها ارسال شد و نظرات تصمیم گیران، افراد فعال در حوزه ارزشیابی و متخصصان مربوط دریافت شد. متن نهایی پس از اصلاح بر اساس نظرات ارسالی از دانشکده ها تحت عنوان "آیین نامه نظام جامع ارزشیابی دوره های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران" در آذر ماه ۱۳۹۱ در شورای آموزشی دانشگاه تصویب و به دانشکده ها ابلاغ شد.

در ادامه دانشکده ها ملزم به تدوین شیوه نامه ارزشیابی دانشکده بر اساس آیین نامه دانشگاه و شرایط حاکم بر دانشکده مربوط شدند. در اولین قدم به منظور آشنایی نمایندگان دانشکده ها با مفاهیم ارزشیابی برنامه و نیز مفاد آیین نامه، کارگاه ارزشیابی برنامه به مدت ۵ روز برگزار شد. علاوه بر این، در طول فرایند تدوین شیوه نامه در دانشکده ها، واحد ارزشیابی مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه مشاوره های تخصصی در قالب جلسات حضوری با نماینده دانشکده در مرکز مطالعات دانشگاه یا حضور نماینده مرکز در جلسات تدوین شیوه نامه در دانشکده در صورت ضرورت برگزاری کارگاه های آموزشی ارائه داد. شیوه نامه های ارسالی دانشکده ها در کارگروه ارزشیابی بررسی و بر اساس چک لیست تهیه شده توسط کارگروه ارزیابی شد. در صورت عدم انطباق شیوه نامه با بندهای آیین نامه به دانشکده ها بازخوردهایی به صورت نامه رسمی، جلسات حضوری یا مکالمه تلفنی بر اساس میزان اصلاحات مورد نیاز داده شد. تحلیل بازخوردهای داده شده انجام شد تا ضعف های دانشکده ها در حوزه های مختلف مشخص شود و بر اساس آن توانمندسازی لازم انجام شود (جدول ۲ و ۳). پس از بررسی و تایید شیوه نامه توسط کارگروه، شیوه نامه در شورای آموزشی دانشگاه مورد بررسی و تصویب نهایی قرار گرفت. در فاصله بین سال های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۴، ۱۴ شیوه نامه ارزشیابی دوره های آموزشی، از ۱۱ دانشکده در شورای آموزشی دانشگاه تصویب شد. دانشکده پزشکی و دندانپزشکی به ترتیب هر یک ۲ و ۳ شیوه نامه متناسب با معاونت های آموزشی مربوطه داشتند.



جدول ۲: فراوانی بازخوردهای ارایه شده به دانشکده‌ها در سال ۹۲ از نظر نوع بازخورد

نوع بازخورد	تعداد (بر اساس شیوه نامه)
کتبی	۱۱
شفاهی	۲
بدون بازخورد	۱
کل	۱۴

جدول ۳: فراوانی بازخوردهای ارایه شده به دانشکده‌ها در سال ۹۲ از نظر محتوا

آیتم‌ها	تعداد	درصد	میانگین در هر شیوه‌نامه
ساختار و تشکیلات ارزشیابی	۳	۵/۸۸	۰/۲۷
گزارش و استفاده از نتایج ارزشیابی	۷	۱۳/۷۲	۰/۶۳
طراحی و اجرای ارزشیابی	۴۱	۸۰/۳۲	۳/۷۲
حوزه‌های مورد ارزشیابی	۱۱	۲۱/۵۶	۱
مفاهیم و معیار ارزشیابی	۱۱	۲۱/۵۶	۱
Triangulation داده‌ها	۹	۱۷/۶۴	۰/۸۱
روایی و پایایی ابزار	۶	۱۱/۷۶	۰/۵۴
قابلیت انجام ارزشیابی	۴	۷/۸۴	۰/۳۶
جمع	۵۱		(۴/۶۳)

مرحله دوم: استقرار نظام جامع ارزشیابی دوره‌های آموزشی. در این مرحله دانشکده‌ها به اجرای ارزشیابی دوره بر اساس شیوه نامه‌های مصوب پرداختند. هر دانشکده پس از ابلاغ شیوه نامه مربوطه اجرای آن را آغاز کرد. دانشکده‌ها ابتدا، ابزارهای مورد نیاز مانند پرسشنامه‌ها را طراحی و روانسنجی آن را مورد بررسی قرار دادند و سپس به ارزشیابی دوره‌های تعهد شده در شیوه نامه پرداختند. به منظور حمایت دانشکده‌ها در اجرای ارزشیابی دوره، کارگاه‌های توانمندسازی و جلسات مشاوره برگزار شد. کارگاه طراحی پرسشنامه‌های ارزشیابی که در سطح دانشگاه برگزار شد و کارگاه ارزشیابی دوره‌های دستیاری که با حضور مسوولان دوره‌های دستیاری دانشکده پزشکی برگزار شد از جمله دوره‌های توانمندسازی بودند.

به منظور نظارت بر اجرای ارزشیابی دوره در دانشکده‌ها و بازخورد به موقع در خصوص پیگیری آن اقدامات زیر انجام می‌شود:

پیگیری سالانه گزارش روند انجام ارزشیابی به صورت کتبی بر اساس فرم تدوین شده پیگیری گزارشات. تا پایان سال ۹۵، ۲۰ مورد گزارش به مرکز مطالعات ارسال شد که نسبت به برنامه تعهد شده دانشکده‌ها ۸۳ درصد بود.

پیگیری سالانه در جلسات شورای دانشگاه به صورت ارائه شفاهی. این جلسات در اسفند ماه سال ۹۴ و ۹۵ برگزار شد. روند پیگیری به این صورت بود که ابتدا بر اساس فرمت ارائه از پیش تعیین شده، دانشکده‌ها گزارش خود را به واحد ارزشیابی مرکز مطالعات ارسال می‌کردند و پس از ارائه بازخورد (به صورت ای میل) و اصلاحات انجام شده، گزارش در شورای آموزشی دانشکده



با حضور ریاست محترم دانشکده و مسوولان مرتبط ارائه می شد و بازخوردهای همتایان و مسوولان دانشگاه درخصوص ارزشیابی های انجام شده دریافت می شد. جمع بندی وضعیت اجرای ارزشیابی دوره های آموزشی در دانشکده ها در جدول ۴ آمده است. همانطور که دیده می شود ۸۳ درصد دوره های تعهد شده در شیوه نامه ها مورد ارزشیابی قرار گرفتند. بازدیدهای موردی از دفتر توسعه دانشکده ها و بررسی میزان پیشرفت اجرای شیوه نامه ها و ارائه پیشنهادات به منظور تسهیل در اجرای آن.

جدول ۴: میزان پیشرفت ارزشیابی دوره به تفکیک دانشکده ها از سال ۱۳۹۳ تا پایان سال ۱۳۹۵

آیتمها	تعداد	درصد
تعداد کل دوره های ارزشیابی شده	۲۹۳	۸۳
تعداد پرسشنامه های تکمیل شده در دانشکده ها	۲۴۷۵۷	-
تعداد جلسات بحث گروهی	۲۵۰	-
شروع بررسی مستندات در دانشکده	۷	۵۰
تعداد گزارشات تهیه شده	۱۹۷	-

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

A survey was conducted to investigate the current conditions of the program evaluation in TUMS using a questionnaire in 2012. 90% of schools conducted course evaluation at least once, using one tool or resource. The views of students, faculty, staff or alumni were used occasionally. 40% of schools were reporting the evaluation results.

The "comprehensive course evaluation bylaw" was developed based on literature review, survey results and experts opinions consisting of 22 items.

Each affiliated schools developed its own evaluation guideline. Evaluation taskforce reviewed evaluation plans using checklist. After reviewing 14 submitted course plans, 51 feedbacks provided. Most and least of them related to "evaluation design and implementation" and "evaluation infrastructure" respectively.

Each school started to implement its guideline as soon as it was approved by Vice-chancellor of education.

Faculty development programs were provided in a variety of formats including workshops, telephone consultations and face to face meetings. Monitoring of the implementation of the program evaluation guidelines was conducted by annual written and oral reports.



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

موارد زیر برای معرفی فرایند نوآورانه حاضر انجام شد:
چاپ مقاله در مجله JAMP که در pubmed ایندکس می شود
چاپ مقاله در مجله گام های توسعه در آموزش علوم پزشکی
ارائه در کنگره بین المللی آموزش پزشکی اوتاوا به صورت پوستر
ارائه در همایش آموزش پزشکی کشوری به صورت پوستر
همه مراحل فرایند حاضر در معرض نقد خبرگان متناسب با مرحله در حال اجرا قرار گرفته است.
نمونه هایی از آن در زیر آمده است:

در جلسات پیگیری حضوری سالانه در شورای دانشگاه، میزان پیشرفت ارزشیابی ها و کیفیت آن از دیدگاه ذینفعان مورد بحث قرار می گرفت. به عنوان مثال، یکی از نقدهایی که به اجرای ارزشیابی دوره های آموزشی در دانشکده ها شد این بود که "بخش ارائه بازخورد و استفاده از نتایج ارزشیابی ضعیف بوده است و در ادامه باید بر این بخش متمرکز شد".

قبل از تصویب نهایی آیین نامه دانشگاه، متن آن برای برای خبرگان ارسال شد و پیشنهادات آن ها دریافت شد. در فایل پیوست پیشنهادات آقای دکتر بهادری بر متن پیش نویس به عنوان نمونه مشاهده می شود.

آیین نامه دانشگاه و شیوه نامه های نظام جامع ارزشیابی دانشکده ها در سایت مرکز مطالعات برای استفاده ذی نفعان در سراسر کشور موجود است.

اخبار مرحله به مرحله انجام فرایند مذکور در سایت مرکز مطالعات دانشگاه و در صورت لزوم در سایت دانشگاه قرار گرفته است.

گزارش مرحله به مرحله فرایند حاضر در مجله علمی-ترویجی مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه در شماره های مختلف چاپ شده است.

گزارش اجرای این فرایند به منظور اجرای بسته های تحول و نوآوری در دفعات مختلف به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گزارش داده شده است.
گزارش اجرای فرایند حاضر در گزارش عملکرد ۴ ساله دانشگاه آمده است.

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

شواهد دستیابی به اهداف:

بررسی وضعیت موجود ارزشیابی دوره های آموزشی در دانشکده های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است و در کنگره بین المللی آموزش پزشکی اوتاوا ارائه شده است (پیوست ۱).

آیین نامه نظام جامع ارزشیابی دوره های آموزشی در دانشگاه علوم پزشکی تهران تدوین شده است و در سایت مرکز بارگذاری شده است و در تاریخ ۹۱/۹/۲۵ تصویب و به دانشکده ها ابلاغ شده است (پیوست ۲) و نتایج دستیابی به این هدف در مجله JAMP چاپ شده است (پیوست ۳).

شیوه نامه های ارزشیابی دوره های آموزشی در دانشکده های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی

تهران در ۱۴ نسخه تدوین و در شورای آموزشی دانشگاه تصویب و به دانشکده‌ها ابلاغ شده است (پیوست ۴: چک لیست بررسی شیوه نامه ها و چک لیست ۵: یک نمونه شیوه نامه) و در سایت مرکز مطالعات بازگذاری شده است و نتایج دستیابی به این هدف به صورت مقاله در مجله گام های توسعه در آموزش پزشکی به چاپ رسیده است (پیوست ۶).

شیوه نامه های ارزشیابی دوره های آموزشی در دانشکده های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در حال اجرا است و بر اساس نظارت و پیگیری های انجام شده میزان اجرای آن مستند می شود (پیوست ۷: فرمت پیگیری گزارش، پیوست ۸: نمونه گزارش ارسال شده به مرکز، پیوست ۹: نمونه گزارش ارسالی یکی از دانشکده ها، پیوست ۱۰: نمونه بازخورد ارائه شده از مرکز بر گزارش، پیوست ۱۱: نمونه صورتجلسه جلسات پیگیری حضوری، خبر در سایت و عکس، لینک خبر:

<http://pr.tums.ac.ir/?fkeyid=&siteid=1&pageid=345&newsview=66740&q=%D8%A7%D8%B1%D8%B2%D8%B4%D8%8C%D8%A7%D8%A8%DB%8CT>).

توانمندسازی دست اندرکاران ارزشیابی دوره های آموزشی در دانشکده های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران به صورت مختلف انجام شده است (پیوست ۱۲).

نقاط قوت و ضعف و پیشنهادات برای آینده:

اجرای این فرایند موجب سازماندهی ارزشیابی دوره در دانشگاه علوم پزشکی تهران شده است. از برخی از پیامدها و نقاط قوت آن می توان به موارد زیر اشاره کرد:

اجرای فرایند مذکور تحت حمایت مسوولان دانشگاه و از جمله ریاست محترم دانشگاه بوده است و بنابراین یکی از عناصر مهم لیدرشیپ تغییر را داشته است.

میزان اجرای فرایند به صورت مستمر به معاونت محترم آموزشی و دیگر ذینفعان به منظور رصد فعالیت ها و در صورت نیاز اقدام مناسب گزارش داده میشود.

فرایند با رویکرد مشارکتی و با تعامل با ذینفعان مختلف در حال اجرا بود.

تسهیلات مالی برای دانشکده ها به منظور اجرای شیوه نامه در نظر گرفته شد. اگرچه مقدار این تسهیلات اندک بوده است ولی برای شروع و استقرار اولیه ارزشیابی مناسب بوده است (پیوست ۱۳).

در اعتباربخشی موسسه ای دانشگاه های علوم پزشکی که در سال ۹۵ انجام شد، وضعیت دانشگاه علوم پزشکی تهران در استاندارد مربوط به ارزشیابی مستمر دوره های آموزشی تطابق کامل بود.

این در حالی است که بر اساس نتایج اعتباربخشی موسسه ای کشوری و همچنین تجربیات مجری فرایند به عنوان یکی از اعضای تیم بازدید مکشوری اعتباربخشی اکثر دانشگاه ها در این استاندارد وضعیت نامطلوبی داشتند.

در اعتباربخشی موسسه ای بین المللی ASIC و بازدید دانشگاه توسط تیمی از این نهاد، مستندات مربوط به اجرای این فرایند موجب دستیابی به استانداردهای ASIC در این ارتباط شد.

با همه این نقاط مثبت، نقاط ضعفی هم در این فرایند وجود داشته که عبارتند از:

فرایند اجرای آن در دانشکده ها و همچنین مرکز مطالعات کند بوده است که می تواند علل مختلفی از جمله نبود زیرساخت های مناسب مانند پرسنل آموزش دیده، و فناوری اطلاعات مانند سامانه های مبتنی بر شبکه برای گردآوری اطلاعات برای آن مطرح باشد.

با تمام تلاش های انجام شده، ممکن است برخی از شیوه نامه ها دارای بندهای غیرقابل اجرا باشد.



اثربخشی این فرایند به صورت تغییرات حاصل در کیفیت دوره های آموزشی به دلیل مشکل بودن مستند کردن آن انجام نشده است.

پیشنهادات برای آینده عبارتند از:

برگزاری دوره های توانمندی سازی به اشکال مختلف مانند کارگاه، جلسات مشاوره و غیره به صورت حضور در هر دانشکده و برگزاری دوره های متناسب با شرایط هر دانشکده.

فراهم نمودن تسهیلات فیزیکی و مالی و همچنین منابع انسانی برای دانشکده ها

راه اندازی سامانه مبتنی بر شبکه به منظور تسهیل در گردآوری اطلاعات

در صورت لزوم بازنگری شیوه نامه به دنیبال بازخوردهای پس از اجرا

بررسی اثربخشی این فرایند بر کیفیت آموزش

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.



عنوان فارسی:

طراحی، ایجاد و ارزیابی برنامه کاربردی آموزش مدیریت درد برای دانشجویان پرستاری

عنوان انگلیسی:

Designing, Developing and Evaluating of Pain Management Training Application for Nursing Students

حیطه نوآوری:

- 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 صاحب / صاحبان فعالیت نوآورانه :
دکتر لیلا شاهمرادی، مهتاب مهربان فر

نام همکاران:

دکتر وحید چنگیزی، دکتر سید علی امامی میبدی، دکتر الهام نواب، دکتر حسین ماجدی، آرزیتا یزدانی، مرسا غلامزاده

محل انجام فعالیت:

دانشگاه : علوم پزشکی تهران

دانشکده : پیراپزشکی

گروه/رشته : مدیریت اطلاعات سلامت/ فناوری اطلاعات سلامت مقطع تحصیلی : دکترای تخصصی

مدت زمان اجرا:

تاریخ شروع: خرداد ۱۳۹۵ تاریخ پایان: آبان ۱۳۹۶

هدف کلی:

طراحی، ایجاد و ارزیابی نرم افزار آموزشی شبیه سازی درد به عنوان ابزاری جهت آموزش دانشجویان پرستاری در زمینه مدیریت درد بیماران بستری
اهداف ویژه/ اهداف اختصاصی:

افزایش قدرت فراگیری دانشجویان پرستاری در زمینه مدیریت درد بیمار با استفاده از یک رویکرد جدید آموزشی
پر کردن گپ میان آموزش بیماران و استفاده از دانش آموخته شده در بالین بیمار از طریق تلفیق روشهای آموزشی و فناوری های تلفن همراه
بالابردن قدرت حل مسئله دانشجویان در مواجهه با بیمار از طریق آموزش چندرسانه ای و به صورت گام به گام

تمرین مداوم مهارت های بالینی در ارزیابی و مدیریت درد بیمار از طریق M-learning



ارزیابی میزان کارایی و اثربخشی آموزش مداخله ای از طریق M-learning در آموزش مدیریت درد در پرستاران

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

به طور کلی از دیرباز درد، اولین دلیل مراجعه بیماران به مراقبین سلامت بوده است و وجود درد یکی از مهمترین موضوعات در حیطه سلامت عمومی و مدیریت بیماران بستری می باشد [۱، ۲]. درد به عنوان پنجمین علامت حیاتی یکی از شایع ترین علائم در بیماران بستری و سرپایی در مراکز درمانی است که با مدیریت موثر درد توسط کادر درمانی بهبود میابد [۱، ۳، ۴]. پرستاران در این میان یکی از حیاتی ترین نقش ها را به عنوان اولین افسرادی که با این علامت مواجه می شوند، ایفا می کنند [۵]. درد به عنوان یک مسئله بهداشت جهانی در دنیا مطرح است که ارزیابی ضعیف عدم مدیریت درد می تواند عواقب جدی و اقتصادی را در جوامع مختلف به همراه داشته باشد. درد معمولا رابطه نزدیکی با سه دلیل عمده افزایش مرگ و میر در جوامع در حال توسعه و توسعه یافته دارد. این سه بیماری مهم که معمولا با ظهور درد نیز همراه می باشند عبارتند از: بیماریهای قلبی عروقی، سرطان و سکته مغزی [۶]. هر چند درد در بیماران بستری می تواند به دلایل مختلفی ظهور پیدا کند اما عدم درک مناسب و ارزیابی مناسب درد می تواند منجر به شکست در مدیریت درد و عدم انتخاب مداخله درمانی به هنگام توسط کادر درمانی شود [۷].

پاسخ های فیزیولوژیک متعددی در صورت درمان نشدن درد حاد ظاهر می شود که تغییر در علائم حیاتی یکی از آن ها است. تغییرات در علائم حیاتی ممکن است از شاخص های اولیه نیاز به شروع داروی مسکن باشد. عوارض ناشی از عدم درمان درد حاد پس از جراحی و استرس همراه با عدم درمان کافی درد حاد، می تواند منجر به عوارض غیرقابل جبرانی در این بیماران شود. حتی میتواند باعث شود که مدت زمان بیشتری طول می کشد تا بیمار به حالت طبیعی بازگردد. در نتیجه به علت طول کشیدن دوره درمان عوارض سو. مصرف زیاد داروهای مسکن پیش آمده و کیفیت زندگی بیمار کاهش می یابد [۸، ۹]. مدیریت نامناسب درد حاد می تواند به صورت درمان بیش از حد نیاز نیز داروهای تسکین درد ظاهر شود که در آن مقدار زیادی داروی مسکن یا مخدر بیش از میزان لازم به بیمار داده می شود. عواقب درمان بیش از حد، معمولا چشم پوشی می شود اما می تواند تهدیدی برای جان افراد و جامعه باشد [۱، ۶، ۹]. علیرغم تاثیرات و عوارض فیزیولوژیکی، روانشناختی و اقتصادی مدیریت درد ناکافی و پیامدهای آن برای بیماران، خانواده ها و جوامع، شواهد نشان می دهد هنوز هم در فهم پاتوفیزیولوژی درد به وسیله متخصصان مراقبت های بهداشتی مشکلات زیادی وجود دارد که احتمالا در ناتوانی گسترده در درمان درد موثر بوده است [۱۰].

در واقع عدم وجود برنامه های استاندارد شده، عدم آموزش مناسب، عدم آموزش انتخاب رویکرد مناسب و ضعف در حل مسائل بالینی در این زمینه، باعث ایجاد تنوع گسترده ای در ارزیابی و درک درد توسط دانشجویان پرستاری شده است. در نتیجه با اینکه مدیریت درد یکی از بالاترین اولویتها را در مراقبت پرستاری ایفا می کند اما دانشجویان پرستاری معمولا در این زمینه با چالش مواجه هستند [۱۱، ۱۲]. با توجه به اهمیت مبحث مدیریت درد، این فیلد بالینی به عنوان بخشی از طرح درس اصول و مهارت های پرستاری در دوره کارشناسی در قالب واحد تئوری-عملی

گنجانده شده است. عموماً روش های تدریس تئوری شامل روش های سنتی از قبیل سخنرانی، واورپوینت و جزوه های آماده شده از قبل می باشد و در بخش عملی (بالینی)، دانشجو با حضور در محیط بیمارستان از طریق مشاهده به یادگیری می پردازد. تحقیقات متعدد نشان داده اند که دانشجویان در کلاس درس، حجم زیادی از مطالب را در کوتاه مدت فرا می گیرند ولی به سرعت آن ها را فراموش می کنند [۱۳، ۱۴]. علاوه بر این، با وجود تدریس عملی واحد، از آنجا که انجام برخی اقدامات و تمرین ها بر بالین بیمار، مقدور نبوده و امنیت وی را به خطر می اندازد پرستاران قادر به یادگیری از طریق تجربه نمی باشند [۱۵]. با این حال به نظر می رسد برنامه های آموزشی تدوین شده و روش آموزش مدیریت درد در بیماران در روند آموزش به دانشجویان پرستاری به عنوان یک اولویت آموزشی درمانی تاکنون نتوانسته است به صورت کاملاً موفق عمل نکند که میتواند منجر به تحمیل رنج و درد غیرضروری در بیماران شود [۱۶]. به عبارت دیگر نقصان مهارت هایی چون توانایی پرستاران در تشخیص علائم و نشانه های درد، منجر به مدیریت نامناسب درد می گردد. در تمرینات پرستاری، از آنجا که مشکلات بیمار به طور مداوم به وجود می آید و به همین دلیل توانایی پرستاران در حل مشکلات بالینی اهمیتی دو چندان می یابد. در نتیجه به نظر می رسد استفاده از روش های نوین آموزشی و یادگیری مبتنی بر شواهد و ترکیب آن با ابزارهای تکنولوژی فناوری اطلاعات، می تواند در پر کردن این خلا موثر باشد [۱۷]. برای ایجاد امنیت و مراقبت بهینه، پرستاران نیاز دارند که مهارت حل مسئله را به خوبی بیاموزند و متخصصین بر این باورند که برای ارتقای استراتژی های حل مسئله باید از ابزارها و فناوری های نوین استفاده نمود. همزمان با پیشرفت های اخیر در تکنولوژی و فناوری های ارتباطی، روش های جدیدی در آموزش و یادگیری پرستاران و علوم پزشکی به وجود آمده اند که با استفاده از بکارگیری فناوری و شبیه سازی دنیای واقعی تا حد امکان یادگیری موضوعات مورد آموزش و سناریوهای یادگیری را آسانتر و موثرتر می کنند [۱۸].

یکی از انواع روش های نوین یادگیری، آموزش الکترونیکی با استفاده از مجموعه وسیعی از نرم افزارهای کاربردی و شیوه های آموزش مبتنی بر مفاهیم فناوری اطلاعات است که امکان آموزش و یادگیری را برای هر فرد در هر زمینه، هر مکان و هر زمان به صورت مداوم فراهم می سازد [۱۹-۲۱]. آموزش از طریق تلفن همراه یا به اصطلاح m-learning یکی از موثرترین شیوه های آموزش الکترونیکی است که در تلاش است با استفاده از حذف پیچیدگی های زمانی و مکانی و استفاده از ابزارهای قابل حمل و تمرکز بر قدرت محاسباتی و ارتباطی این ابزارها علاوه بر پشتیبانی از مشارکت در سناریوهای یادگیری، پویایی کلاس درس و نحوه آموزش را ارتقا بخشد [۲۲-۲۴]. با توجه به نتایج مثبت آموزش دانشجویان از طریق موبایل، به منظور تشویق پرستاران برای استفاده از برنامه های کاربردی تاکنون مطالعات متعددی در رابطه با استفاده از تکنولوژی فناوری تلفن همراه در محیط های بالینی به انجام رسیده است که براساس نتایج منتشر شده به نظر می رسد چنین مطالعاتی می تواند تا حدی از نگرانی ها درباره نقایص آموزش بالینی در پرستاران بکاهد [۲۵].

از آنجا که براساس مطالعات انجام شده گوشی های تلفن همراه به صورت بخشی از فرهنگ روزانه بیشتر دانشجویان و مربیان درآمده است [۲۶]. لذا پژوهشگران در این طرح پژوهشی بر آن هستند تا با استفاده از ابزارها و فناوری های نوین و ایجاد یک برنامه کاربردی مبتنی بر موبایل جهت



آموزش مدیریت درد برای دانشجویان پرستاری و استفاده از این ابزار جهت آموزش پرستاران، استراتژی‌های حل مسئله را در بالین بیمار در هنگام مواجهه با درد بیماران توانایی‌های کادر پرستاری را در حل مسائل بالینی ارتقا، بخشند.

مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر رفرنس):

در زمینه توسعه آموزش در حوزه‌های مختلف علوم پزشکی مطالعات متعددی انجام گرفته است که با توجه به موضوع پژوهش مورد نظر و جامعه هدف این طرح پژوهشی که دانشجویان پرستاری می‌باشند، مطالعات و پژوهشهایی در این قسمت مورد بررسی قرار گرفته اند که از نظر اهداف پژوهشی و سوال تحقیق با اهداف و سوالات این پژوهش همخوانی داشته باشند.

در رابطه با آموزش مباحث بالینی از طریق موبایل در دانشجویان پرستاری، در سال ۲۰۱۵ مطالعه‌ای با هدف ارزیابی تاثیر آموزش از طریق موبایل در ارزیابی علائم قلبی ریوی در دانشجویان پرستاری و میزان رضایت آنها از این روش آموزشی توسط یوانگ یو و همکاران [۲۷] به انجام رسیده است که از حیث هدف با طرح پژوهشی حاضر شباهتهایی دارد. نتایج این مطالعه نشان داد که برنامه‌های کاربردی موبایل این قابلیت را دارند که از طریق شبیه سازی شرایط بیمار با کیفیت بالا و در محیطی کاربرپسندانه، کارایی حافظه و قدرت آموزش مباحث بالینی را بهبود بخشند.

در زمینه کاربردی تر کردن استفاده از تلفن همراه در فرآیند آموزش در مناطق دوردست یا محیطهایی که آموزش به صورت متمرکز امکان پذیر نیست، مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۴ توسط پیمر و همکاران [۲۸] با هدف بررسی میزان موثر بودن تلفن همراه در آموزش پرستاران در مناطق جنوبی آفریقا به انجام رسید که هر چند با نتایج مثبتی همراه بود؛ اما برای نشان دادن تاثیر مثبت تلفن همراه در آموزش پرستاری مطالعات بیشتری پیشنهاد داده شد. این مطالعه با اینکه با هدف توسعه آموزش از طریق موبایل به انجام رسیده است اما از نظر اهداف و سوال تحقیق با پژوهش حاضر متفاوت می باشد.

در زمینه ارتقا، آموزش دانشجویان پرستاری با توجه به استفاده آسان از برنامه‌های کاربردی تحت موبایل پو-هان وو و همکاران در سال ۲۰۱۱ در مطالعه‌ای درصدد برآمدند تا به منظور آموزش فرآیندهای عملی معاینه فیزیکی در رابطه با سیستم تنفسی به دانشجویان یک سیستم آموزشی مهارت های پرستاری توسط ابزارهای همراه را ایجاد نمایند. با استفاده از شبیه سازی علائم فیزیکی بیمار در محیط یادگیری و فناوری RFID، اطلاعات لازم در مورد بیمار شامل نام، علائم و نشانه‌ها مانند تب و شرح حال بیمار توسط سیستم ارائه می گردید سپس دانشجو میتوانست با راهنمایی سیستم بیمار را مشاهده کرده و با توجه به فرایند استاندارد ارزیابی فیزیکی، سایر داده‌ها را نیز گردآوری نماید. این سیستم در یک مطالعه کارآزمایی بالینی با استفاده از ۴۶ دانشجوی پرستاری مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج به دست آمد از این پژوهش، نشان داد که روش یادگیری مبتنی بر موبایل اثرات مثبت و قابل توجهی بر یادگیری دانشجویان در رابطه با آموزش معاینات فیزیکی داشته است [۲۹].

در رابطه با ارتقا، مهارت های بالینی پرستاران، پژوهش دیگری نیز به منظور طراحی یک نرم افزار مولتی مدیا برای آموزش اندازه گیری فشارخون مرکزی به دانشجویان پرستاری توسط فریدا گالواتو و همکاران در سال ۲۰۱۲ ایجاد و مورد ارزیابی قرار گرفت. این پژوهش در سه فاز نیازسنجی، توسعه متدولوژی برنامه مولتی مدیا و ارزیابی به انجام رسید. به منظور ارزیابی برنامه،

نرم افزار در اختیار ۸ نفر از مربیان پرستاری در حوزه سلامت بالغین که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، قرار گرفت. در نهایت نتایج به دست آمده از این بررسی در قسمت ابعاد آموزشی عالی، در قسمت منابع آموزشی عالی و در قسمت رابط کاربری امتیاز همه ی متخصصین عالی و رضایت بخش بود [۳۰]. مطالعات مروری متعددی نیز در این زمینه به انجام رسیده است که از آنجا که از نظر نوع پژوهش با مطالعه حاضر متفاوت می باشند در این قسمت به آنها اشاره ای نشده است. اما اکثر این مطالعات به تاثیرات مثبت استفاده از فناوری تلفن همراه در آموزش دانشجویان پرستاری اشاره کرده اند [۳۱، ۳۲].

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

برنامه کاربردی طراحی شده مدیریت درد در این پژوهش به منظور آموزش دانشجویان پرستاری ایجاد شده است که تحت پلتفرم اندروید طراحی شده و دارای بخش های آموزشی و سناریوهای تمرین است. مطالعات مشابه این پژوهش در داخل کشور با اهداف آموزشی مشابه انجام شده است که در ادامه به شرح این مطالعات به صورت موردی میپردازیم.

در زمینه آموزش الکترونیک پرستاران با استفاده از طراحی یک نرم افزار شبیه سازی شده نرم افزار آموزشی شبیه ساز احیای قلبی-ریوی مبتنی بر کامپیوتر توسط منتصری و همکاران (۱۳۹۳) ایجاد گردید. این نرم افزار علاوه بر داشتن سناریوهای تمرین، دارای آزمون های مختلفی نیز بود که پس از آموزش دانشجویان در محیطی شبیه سازی شده و سه بعدی عملکرد کاربر را نیز ارزیابی می نماید [۳۳]. هر چند رویکرد این پژوهش مبتنی بر آموزش الکترونیک با استفاده از شبیه سازی کامپیوتری بود ولی مطالعه حاضر بر آموزش از طریق نرم افزارهای موبایل تاکید دارد.

نصیری و همکاران به منظور اثبات اینکه یادگیری از طریق تلفن همراه می تواند از یادگیری از طریق سخنرانی موثرتر باشد، مطالعه دیگری در سال ۱۳۹۳ با موضوع مقایسه تاثیر آموزش آناتومی از طریق سخنرانی و تلفن همراه بر میزان یادگیری و یادداری دانشجویان پزشکی انجام دادند [۳۴]. نتیجه این مطالعه نشان داد آموزش از طریق تلفن همراه مانند سخنرانی باعث ارتقای یادگیری و یادداری دانشجویان پزشکی می شود؛ ولی تاثیر آن بر یادگیری دانشجویان بیشتر است. هر چند جامعه هدف در این مطالعه دانشجویان پزشکی بودند در حالیکه مطالعه حاضر بر آموزش دانشجویان پرستاری متمرکز شده است.

در رابطه با آموزش دانشجویان پزشکی و ارتقا، آموزش دروس بالینی از طریق تلفن همراه مطالعات دیگری نیز توسط بابازاده و همکاران در سال ۱۳۹۵ [۳۵]، کشاورز و همکاران در سال ۱۳۹۱ [۳۶] و حکمتی و همکاران در سال ۱۳۹۳ [۳۷] از طریق ایجاد نرم افزارهای کاربردی انجام شده است که تمامی آنها تاثیر مثبت آموزش از طریق موبایل را در یادگیری دانشجویان رشته های مختلف پزشکی نشان داده اند.

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

این طرح پژوهشی در سه فاز (۱، تعیین پارامترهای درد و مدیریت آن، ۲) طراحی و ایجاد نرم افزار آموزشی مدیریت درد بر اساس عناصر اطلاعاتی تعیین شده (۳) ارزیابی نهایی نرم افزار به انجام رسیده است.



فاز اول- تعیین پارامترهای درد و مدیریت آن

در ابتدا به منظور تعیین پارامترها و دیتاست های لازم، با استفاده از کلیدواژه های درد حاد، ارزیابی درد و مدیریت درد، منابع کتابخانه ای و الکترونیکی مانند پایگاه داده های -pubmed.goo و science direct و gle scholar و کتب چاپ شده در این زمینه مورد جستجو قرار گرفت و پارامترهای مهم و کلیدی در ارزیابی و مدیریت درد شناسایی شده و دسته بندی گردید. پس از آن با استفاده از پارامترهای استخراج شده پرسشنامه ای جهت نظر سنجی از پزشکان متخصص درد و مربیان پرستاری ایجاد گردید. برای تایید پایایی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده شده و ضریب همبستگی اسپیرمن برای آن محاسبه گردید. روایی محتوایی پرسشنامه توسط روش CVR بررسی گردید توسط ۱۵ نفر از متخصصین قابل دسترس با امتیاز لازم %۴۹ نیز محاسبه شد. شرح مقادیر محاسبه شده در جدول ۱ نشان داده شده است. جامعه پژوهش در این مرحله پزشکان متخصص بیهوشی کلینیک درد ریحانه مجتمع بیمارستانی امام خمینی -اساتید و مربیان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه تهران بودند که بر اساس جدول لاوشه، ۱۵ نفر به عنوان نمونه قابل دسترس انتخاب شدند.

جدول ۱ - جدول لاوشه

حداقل مقدار CVR قابل قبول بر اساس تعداد متخصصین نمره گذار					
تعداد متخصصین	مقدار CVR	تعداد متخصصین	مقدار CVR	تعداد متخصصین	مقدار CVR
۵	۰/۹۹	۱۱	۰/۵۹	۲۵	۰/۳۷
۶	۰/۹۹	۱۲	۰/۵۶	۳۰	۰/۳۳
۷	۰/۹۹	۱۳	۰/۵۴	۳۵	۰/۳۱
۸	۰/۷۵	۱۴	۰/۵۱	۴۰	۰/۲۹
۹	۰/۷۸	۱۵	۰/۴۹		
۱۰	۰/۶۲	۲۰	۰/۴۲		

بر اساس امتیازدهی، آیتم هایی که کمتر از ۰/۴۹ بودند از محیط پژوهش خارج شدند. مقیاس امتیازدهی در این پرسشنامه شامل سه پاسخ "ضروری است"، "مفید است اما ضروری نیست" و "ضروری نیست" در نظر گرفته شد که برای جایگذاری در فرمول محاسباتی CVR تنها تعداد پاسخ های "ضروری است" لحاظ گردید. همچنین در قسمت انتهایی هر بخش، یک قسمت خالی قرار داده شد تا فرد پاسخ دهنده بتواند نظرات خود را بیان کرده و اگر توضیحی لازم بود ذکر نماید. پس از جمع آوری پرسشنامه های تکمیل شده، تعدادی از آیتم ها که امتیاز $CVR < 0.49$ را کسب کرده بودند حذف شده و سایر آیتم ها جهت ایجاد محتوای نرم افزاری به کار گرفته شدند. در کل ۷۴ آیتم در پرسشنامه وجود داشت که ۱۹ مورد آن CVR کمتر از ۰/۴۹ کسب کرده و از پژوهش خارج شدند. در نهایت ۵۵ آیتم باقیمانده در طراحی و ایجاد نرم افزار به کار برده شدند. فاز دوم-طراحی و ایجاد نرم افزار آموزشی مدیریت درد بر اساس عناصر اطلاعاتی تعیین شده این قسمت در بخش بعدی این فرم (اجرا و ارزشیابی) مفصل ارائه شده است.

فاز سوم- ارزیابی نرم افزار



ارزیابی نرم افزار استفاده از یک پرسشنامه استاندارد نظر کاربران و متخصصین در مورد نرم افزار طراحی شده اخذ شد.

اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید:

به منظور اجرای این سیستم ابتدا فاز طراحی تکمیل شد. به همین منظور با استفاده از منابع به دست آمده در مرحله تعیین عناصر اطلاعاتی، نمودارهای مرتبط با تحلیل نرم افزار UML (مورد-کاربرد، توالی و فعالیت) رسم گردید. در این بخش سند اولیه نرم افزار تهیه و جزئیات آن با مشاور فنی مورد بررسی قرار گرفت. سند ویژگی های نرم افزار به منظور تعیین مراحل اجرایی و طراحی قسمت های گرافیکی نرم افزار، تهیه و توسط مشاور فنی تایید شد. سند اولیه و سند ویژگی های نرم افزار در اختیار مشاور فنی قرار گرفت. در ابتدا با استفاده از نرم افزارهای گرافیکی فتوشاپ و jquery mobile بخش های گرافیکی نرم افزار ایجاد گردید و سپس به منظور پیاده سازی نرم افزار از پلتفرم google android studio به منظور کد نویسی نرم افزار کاربردی مدیریت درد استفاده شد.

پس از طراحی نرم افزار، به منظور ارزیابی نرم افزار، اپلیکیشن روی گوشی تلفن همراه ۸ متخصص شرکت کننده در فاز تایید محتوای نرم افزار نصب گردید. پس از یک هفته کار با استفاده از پرسشنامه QUIS نسخه ۷ در مقیاس لیکرت ۹ امتیازی شامل ۵ سؤال در ارتباط با واکنش کلی کاربران راجع به سیستم و ۱۵ سؤال در رابطه با عناصر و ویژگی های نرم افزار بوده در اختیار جامعه پژوهش قرار گرفت. در ادامه نتایج حاصل از پرسشنامه و پیشنهادات متخصصین در مورد نرم افزار بررسی و ایرادات احتمالی آن مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفت.

به منظور بررسی جنبه آموزشی و تاثیر ابزار موبایل در آموزش دانشجویان پرستاری، نرم افزار در اختیار ۵۵ نفر از دانشجویان کارشناسی ترم سوم (دوره ۵۵)، ترم چهارم (دوره ۵۶) و ترم پنجم (دوره ۵۷) و ۲۸ نفر دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری ترم اول (ورودی نیمسال اول ۱۳۹۶) دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه تهران قرار گرفت و پس از یک هفته کار با آن، توسط پرسشنامه QUIS مورد ارزیابی قرار گرفتند. معیار انتخاب دانشجویان جامعه پژوهش در این مطالعه، عدم تحصیل آنان در مقطع کارشناسی در ترم ۱ و ۲ بود زیرا گذراندن مفاهیم اولیه پرستاری و در دسترس بودن ایشان یکی از شروط لازم این پژوهش بود. در مورد دانشجویان کارشناسی ارشد هم از افراد قابل دسترس استفاده گردید. به عنوان یکی دیگر از معیارهای انتخاب دانشجویان، متخصصین و دانشجویانی که گوشی هوشمند اندروید داشته و تمایل به انجام ارزیابی داشتند، در این بخش شرکت داده شدند.

توصیف محتوا و خصوصیات نرم افزار:

نرم افزار آموزشی مدیریت درد به صورت یک فایل اجرایی apk می تواند در اختیار دانشجویان قرار گیرد که بر روی پلتفرم اندروید گوشی های هوشمند قابل نصب می باشد. به طور کلی نرم افزار دارای سه ماژول اصلی آموزش، آزمون و کارنامه می باشد که یک بخش اضافی نیز برای آشنایی بیشتر درباره برنامه در منوی اصلی نیز قرار گرفته است (شکل ۱).



ارزشیابی نرم افزار:

داده های حاصل از پاسخ های پرسشنامه های کاربرد پذیری QUIS، توسط نرم افزار تحلیل آماری SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پرسشنامه برای هر سؤال یک پاسخ با امتیاز صفر (کمترین) تا امتیاز نه (بیشترین) در نظر گرفته شده است. امتیازات کسب شده در سه گروه طبقه بندی شدند که میانگین امتیاز (۰-۳) نشان دهنده سطح ضعیف، (۴-۶) نشان دهنده سطح متوسط و (۷-۹) نشان دهنده سطح خوب بودند. با استفاده از نتایج به دست آمده در مرحله ارزیابی این برنامه کاربردی، کاربردپذیری این نرم افزار در ارزیابی اولیه از نظر متخصصین با میانگین ۹۱٫۸۵% و در مرحله دوم ارزیابی از دانشجویان، با میانگین ۷۸٫۱۵%، کاربرد پذیری نرم افزار در سطح خوب ارزیابی گردید.

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

Pain is a common health problem, and acute pain is the main problem for patients after surgery and injury. Inadequate and inappropriate management of pain is dangerous and costly for patients and leads to unwanted health effects. To overcome this problem, empowerment of the health care team, especially nurses, is essential. Today, to improve the quality of health care provision, various methods are used that e-learning is one of them. Initially, by using acute pain keywords, pain assessment and pain management, library and e-library resources such as Pubmed, google scholar, and science direct databases and printed books were searched and key parameters in the assessment and management of pain identified and categorized. After that by using the extracted parameters, a questionnaire was developed for a survey of pain specialists and nursing educators. The research population at this stage was anesthesiologists of the Reyhaneh Clinic of Imam Khomeini Hospital and Nursing and Midwifery Coaches of Tehran University. According to the Lawshe table, 15 persons were selected as an accessible sample. The questionnaire was designed by the researcher, and its verbal validity was confirmed by 8 experts. To confirm the reliability of the questionnaire, the test-retest method was used and Spearman correlation coefficient was calculated for it. Validity Verification of the content of the questionnaire was reviewed by the Content Validity Index (CVR) and the items that did not get the required score were eliminated. CVR is a computational method for verifying the validity of the questionnaire, which was designed and developed by Lawshe (26). In this The stage based on the number of people available, the panel of experts was 15, so the required score for each item to enter the research according to the table and its computational formula is 0.49. The UML diagrams are designed to provide a better understanding of the entities and the order in which the software operates. The software was implemented in the google android studio platform by Photoshop and JQuery mobile soft wares. Finally, the software was evaluated using user applicability testing method. The software was evaluated by experts and students in two stages. The first stage was evaluated by eight anesthesiologists and nursing professors and the second stage was evaluated with the participation of 55 undergraduate students and 28 MSc nursing students. To collect data on user satisfaction, QUIS software application evaluation questionnaire consisted of 20 questions with a Likert scale of 0-9 were applied. In the initial evaluation of software by experts with an average of 91.85%, and



in the second assessment of students, with a mean of 78.15%, application software was evaluated at a good level. The pain management software is an apk executable file that can be installed on the Android smartphone platform. After installing the software and running it, the screen splash (three screens showing the quick and easy browsing of the application's features) was shown and in the background it downloads the software. The home page of the program has 2 main modules of teaching concepts and tests and the subsections of the report, about us and the exit button (Fig. 1).

Software application sections:

- 1) Training: Students can study the contents and concepts of pain, patient, evaluation, medications and actions. (Figure 2)
- 2) Test: This part is the most important part and main module of the software consisting of four parts. Each of them is related to a specific disease, and the student can choose any one of them. Each test includes the following steps: history, physical exam, vital signs control, pain measurement, medical records and measures. (Figure 3)
- 3) Report: For each test, there is a workbook in which positive points are given for correct answers and negative points are recorded for false answers. At the bottom of the workbook, there is a section called "Do you know" that it includes items about the patient being evaluated, diagnosed and treated. (Figure)
- 4) About Us: The names of application makers, tutors and consultants are included here.

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

شرکت در سیزدهمین کنگره بین المللی انجمن بررسی و مطالعه درد در ایران، ۱۰-۱۲ آبان ۱۳۹۶، مرکز همایش های بین المللی دانشگاه شهید بهشتی در قالب پوستر.

یک مقاله انگلیسی استخراج شده از این پژوهش در مجله American Journal of Nursing نیز سامیت شده است.

مدارک لازم در مورد همایش و مقاله سامیت شده در ضمیمه آورده شده است. گواهی مربوط به ارائه نتیجه این فرایند در کنگره و سامیت مقاله انگلیسی در مستندات همراه این فایل آورده شده است.

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

با ارزیابی انجام شده از نرم افزار طراحی شده توانستیم میزان موفقیت آن را بسنجیم. به همین منظور نرم افزار به همراه پرسشنامه طراحی شده توسط محققین در دو فاز مختلف با جامعه پژوهش متفاوت مورد ارزیابی قرار گرفت.

در فاز اول ارزیابی، نرم افزار در اختیار متخصصین و اساتید شرکت کننده در پژوهش قرار گرفت. بعد از دو هفته کار با نرم افزار، ۱۵ نفر از متخصصان نظرات خود را در پرسشنامه های مربوطه ثبت کرده و نتایج حاصل توسط پژوهشگران مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت. جدول شماره یک، اطلاعات مربوط به تحلیل داده های حاصل از پرسشنامه های نظر سنجی را نشان می دهد:



جدول ۱- میانگین داده های ارزیابی برنامه کاربردی از دیدگاه متخصصین

ردیف	عنوان	ضعیف (۰-۳)		متوسط (۴-۶)		خوب (۷-۹)	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
		تعداد متخصصین	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	کارکرد کلی سیستم	۰	۰	۰	۰	۸	۱۰۰
۲	میزان سختی کار با سیستم	۰	۰	۰	۰	۸	۱۰۰
۳	احساس شما در رابطه با کار با سیستم	۰	۰	۰	۰	۸	۱۰۰
۴	طراحی کلی سیستم	۰	۰	۱	۱۲,۵	۷	۸۷,۵
۵	کار مداوم با سیستم	۱۲,۵	۱	۵۰	۴	۳	۳۷,۵
۶	میزان خوانا بودن حروف در صفحه نمایش	۰	۰	۱	۱۲,۵	۷	۸۷,۵
۷	انجام آسان وظایف با استفاده از عبارات مشخص در سیستم	۰	۰	۰	۰	۸	۱۰۰
۸	سازماندهی اطلاعات	۰	۰	۰	۰	۸	۱۰۰
۹	توالی صفحه نمایش	۰	۰	۱	۱۲,۵	۷	۸۷,۵
۱۰	استفاده از اصطلاحات در سیستم	۰	۰	۰	۰	۸	۱۰۰
۱۱	مکان پیغام ها در صفحه نمایش	۰	۰	۱	۱۲,۵	۷	۸۷,۵
۱۲	پیام های خطا در سیستم	۰	۰	۲	۲۵,۵	۶	۷۴,۵
۱۳	یادگیری کار با سیستم	۰	۰	۰	۰	۸	۱۰۰
۱۴	یافتن خصوصیات سیستم از طریق آزمون و خطا	۰	۰	۰	۰	۸	۱۰۰
۱۵	به خاطر سپردن و استفاده از قابلیت های سیستم	۰	۰	۰	۰	۸	۱۰۰
۱۶	انجام سریع و آسان وظایف	۰	۰	۰	۰	۸	۱۰۰
۱۷	پیام راهنما در صفحه نمایش	۰	۰	۰	۰	۸	۱۰۰
۱۸	سرعت سیستم	۰	۰	۱	۱۲,۵	۷	۸۷,۵
۱۹	در دسترس بودن سیستم	۰	۰	۰	۰	۸	۱۰۰
۲۰	تعداد قابلیت های سیستم	۰	۰	۱	۱۲,۵	۷	۸۷,۵
میانگین کل		۰		۷,۵۲		۹۱,۸۵	

براساس نتایج به دست آمده در مرحله نظرسنجی از متخصصین، میزان کاربرد پذیری نرم افزار در سطح خوب حدود ۹۱,۸۵٪ و در سطح متوسط حدود ۷,۵۲٪ ارزیابی شد که نشان دهنده رضایت کلی ایشان از برنامه می باشد.

پس از این مرحله، در فاز دوم ارزیابی، برنامه کاربردی در اختیار گروه دانشجویان شامل دانشجویان پرستاری ترم های ۳ و ۴ و کارشناسی و دانشجویان کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامایی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران قرار گرفت. حجم جامعه پژوهش در این مرحله شامل ۵۵ دانشجوی کارشناسی و ۲۸ دانشجو در مقطع ارشد بود. در این مرحله نیز دانشجویان بعد از دو هفته کار با نرم افزار پرسشنامه ها را تکمیل کرده و نتایج تحلیل داده های مربوط در این مرحله در جدول شماره ۲ نشان داده شده است:

جدول ۲- میانگین داده های ارزیابی برنامه کاربردی از دیدگاه دانشجویان

ردیف	عنوان	ضعیف (۰-۳)		متوسط (۴-۶)		خوب (۷-۹)	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
		تعداد دانشجویان		تعداد دانشجویان		تعداد دانشجویان	
۱	کارکرد کلی سیستم	۳	۳,۶	۲۰	۲۴,۱	۷۲,۳	۶۰
۲	میزان سختی کار با سیستم	۶	۷,۲	۱۰	۱۲	۸۰,۷	۶۷
۳	احساس شما در رابطه با کار با سیستم	۴	۴,۸	۱۸	۲۱,۶	۷۳,۵	۶۱
۴	طراحی کلی سیستم	۳	۳,۶	۱۹	۲۲,۸	۷۳,۵	۶۱
۵	کار مداوم با سیستم	۸	۹,۶	۲۵	۳۰,۱	۶۰,۲	۵۰
۶	میزان خوانا بودن حروف در صفحه نمایش	۵	۶	۵	۶	۸۸	۷۳
۷	انجام آسان وظایف با استفاده از عبارات مشخص در سیستم	۷	۸,۴	۷	۸,۴	۸۳	۶۹
۸	سازماندهی اطلاعات	۸	۹,۶	۱۰	۱۲	۷۸,۳	۶۵
۹	توالی صفحه نمایش	۴	۴,۸	۱۳	۱۵,۶	۷۹,۵	۶۶
۱۰	استفاده از اصطلاحات در سیستم	۳	۳,۶	۱۳	۱۵,۶	۸۰,۸	۶۷
۱۱	مکان پیغام ها در صفحه نمایش	۴	۴,۸	۱۳	۱۵,۶	۷۹,۵	۶۶
۱۲	پیام های خطا در سیستم	۵	۶	۱۶	۱۹,۲	۷۴,۷	۶۲
۱۳	یادگیری کار با سیستم	۵	۶	۱۱	۱۳,۲	۸۰,۸	۶۷
۱۴	یافتن خصوصیات سیستم از طریق آزمون و خطا	۶	۷,۲	۱۰	۱۲	۸۰,۸	۶۷
۱۵	به خاطر سپردن و استفاده از قابلیت های سیستم	۵	۶	۱۰	۱۲	۸۲	۶۸
۱۶	انجام سریع و آسان وظایف	۵	۶	۱۱	۱۳,۲	۸۰,۸	۶۷
۱۷	پیام راهنما در صفحه نمایش	۶	۷,۲	۹	۱۰,۸	۸۲	۶۸
۱۸	سرعت سیستم	۶	۷,۲	۱۳	۱۵,۶	۷۷,۲	۶۴
۱۹	در دسترس بودن سیستم	۳	۳,۶	۱۴	۱۶,۸	۷۹,۵	۶۶
۲۰	تعداد قابلیت های سیستم	۶	۷,۲	۱۴	۱۶,۸	۷۵,۹	۶۳
	میانگین کل	۵,۸۲		۱۵,۶۷		۷۸,۱۵	

نتایج به دست آمده براساس نظرسنجی از دانشجویان در این مرحله، از ارزیابی دانشجویان، میزان



کاربرد پذیری نرم افزار حدود ۱۵٫۶۷٪ در سطح خوب و ۵٫۸۲٪ در سطح متوسط ارزیابی شد که به طور کلی نشان دهنده رضایت ایشان از بخش های مختلف برنامه کاربردی در سطح خوب می باشد.

طراحی نرم افزار موبایل به منظور آموزش دانشجویان پرستاری و نتایج به دست آمده از این پژوهش، نشان دهنده این است با اینکه روش های جدید یادگیری و آموزشی، چالشی نو در زمینه تدریس دروس تئوری و به ویژه دروس بالینی و مهارت های عملی می باشد اما استفاده از روش های تعاملی مانند نرم افزارهای مبتنی بر گوشی هوشمند و نیز بازی های تعاملی به دانشجویان کمک خواهد نمود تا علاوه بر یادگیری در محیطی پویا و سرگرم کننده، دانش و مهارت های خود را مورد آزمون قرار داده و سطح کیفی یادگیری خود را ارتقا، بخشند. در نتیجه براساس نتایج به دست آمده از این مطالعه و با توجه به ظهور روش های یادگیری جدید و مبتنی بر فناوری های اطلاعات و ارتباطات و نتایج حاصل از ارزیابی کاربردپذیری نرم افزار مدیریت درد، می توان اذعان داشت که به کارگیری و طراحی برنامه های کاربردی موبایل در حوزه آموزش می تواند در یادگیری بهتر و ارتقای سطح کیفی آموزش دانشجویان پرستاری در مباحث تئوری و ادغام آن با تمرین های بالینی، موثر باشد.

با اینکه رضایت مندی دانشجویان شرکت کننده در این پژوهش، از میزان خوب و قابل قبولی برخوردار بود، ولی لازم به ذکر است از آنجا که محور اصلی این مطالعه بر طراحی و ایجاد نرم افزار و محتوای آموزشی آن متمرکز بوده است برای کسب نتایج دقیق تر لازم است که این نرم افزار در کنار روش تدریس سنتی سخنرانی در کلاس، مورد آزمون و مقایسه قرار گرفته و نتایج حاصل از این مقایسه نیز در مطالعه دیگری مورد بررسی و تحلیل گردد.

پیشنهادات:

ایجاد سناریوهای بیشتر و متنوع تر در حوزه های مختلف آموزش پزشکی (سناریوهای اختصاصی برای بیماران سوختگی، کودکان و نوزادان، سالمندان و ...).

قابلیت نشان دادن زمان برای اعلام وقت باقیمانده تا پایان هر آزمون.

قابلیت ذخیره کارنامه های قبلی و مقایسه عملکرد برای هر کاربر در هر بار استفاده از برنامه.

قابلیت به اشتراک گذاری نتایج آزمون ها برای اساتید و متخصصین.

قابلیت اتصال به اینترنت و استفاده از منابع آموزشی بیشتر و به روز.

طراحی Interface برنامه کاربردی بر اساس آخرین متدهای (user experience) UX.

طراحی و ایجاد نرم افزار کاربردی مدیریت درد برای انواع مختلف دردها و گروههای پرخطر مثل مدیریت درد مزمن، مدیریت درد زنان باردار، مدیریت درد در کودکان و نوزادان و مدیریت درد در افرادی که قادر به برقراری ارتباط کلامی با پرستاران نیستند.

طراحی و ایجاد نرم افزار کاربردی مدیریت درد در پلتفرم iOS.

یک کلیپ (فایل ویدئویی) از برنامه طراحی شده نیز در ضمیمه آورده شده است. در ضمیمه نمودارهای UML که برای طراحی نرم افزار لازم است نیز آورده شده است.

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.



1. Argoff CE, Recent Management Advances in Acute Postoperative pain. *Pain Practice*, 2014. 14(5): p. 477-487.
2. Gloth, F.M. and Aagsf, Pain Management in Older Adults: Prevention and Treatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2001. 49(2): p. 88-99.
3. Dale J, B.L., Assessment of pain in a Norwegian Emergency Department. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 2015. 23(1): p. 1-5.
4. Zhang, C.-H., L. Hsu, B.-R. Zou, J.-F. Li, H.-Y. Wang, and J. Huang, Effects of a Pain Education Program on Nurses' Pain Knowledge, Attitudes and Pain Assessment Practices in China. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2008. 36(6): p. 616-627.
5. Lui, L.Y.Y., W.K.W. So, and D.Y.T. Fong, Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses in Hong Kong medical units. *Journal of Clinical Nursing*, 2008. 17(15): p. 2014-2021.
6. Mackintosh-Franklin, C., Pain: A content review of undergraduate pre-registration nurse education in the United Kingdom. *Nurse Education Today*, 2017.(48): p. 84-89.
7. O Ortiz, M.I., H.A. Ponce-Monter, E. Rangel-Flores, B. Castro-Gamez, L.C. Romero-Quezada, J.P. O'Brien, G. Romo-Hernandez, and M.A. Escamilla-Acosta, Nurses' and Nursing Students' Knowledge and Attitudes regarding Pediatric Pain. *Nurs Res Pract*, 2015. 2015(21): p. 8.
8. Dunwoody, C.J., D.A. Krenzischek, C. Pasero, J.P. Rathmell, and R.C. Polomano, Assessment, physiological monitoring, and consequences of inadequately treated acute pain. *J Perianesth Nurs*, 2008. 23(1 Suppl): p. S15-27.
9. Rafati, F, M. Soltaninejad, M.R. Aflatoonian, and F. Mashayekhi, Postoperative Pain: Management And Documentation By Iranian Nurses. *Materia Socio-Medica*, 2016. 28(1): p. 36-40.
10. Ung, A., Y. Salamonson, W. Hu, and G. Gallego, Assessing knowledge, perceptions and attitudes to pain management among medical and nursing students: a review of the literature. *British Journal of Pain*, 2016. 10(1): p. 8-21.
11. Chow, K.M. and J.C. Chan, Pain knowledge and attitudes of nursing students: a literature review. *Nurse Educ Today*, 2015. 35(2): p. 366-72.
12. Keefe, G. and H.J. Wharrad, Using e-learning to enhance nursing students' pain management education. *Nurse Educ Today*, 2012. 32(8): p. e66-72.
13. Papathanasiou, I.V., C.F. Kleisiaris, E.C. Fradelos, K. Kakou, and L. Kourkouta, Critical Thinking: The Development of an Essential Skill for Nursing Students. *Acta Informatica Medica*, 2014. 22(4): p. 283-286.
14. Mahdieh Sabery, Jamileh Mohtashami, Nastaran Heidari khayyat, and Maryam Rassouli, The educational outcomes of innovative teaching methods in clinical nursing education. *Advances in Nursing & Midwifery*, 2016. 26(92)
15. Radhakrishnan, K., J.P. Roche, and H. Cunningham, Measuring clinical practice parameters with human patient simulation: a pilot study. *Int J Nurs Educ Scholarsh*, 2007. 4: p.8.
16. Shaw, S. and A. Lee, Student nurses' misconceptions of adults with chronic nonmalignant pain. *Pain Management Nursing*, 2010. 11(1): p. 2-14.



17. Drake, G. and C.W.A.C. de, Nursing Education Interventions for Managing Acute Pain in Hospital Settings: A Systematic Review of Clinical Outcomes and Teaching Methods. *Pain Manag Nurs*, 2017. 18(1): p. 3-15.
18. Wu, P.H., G.J. Hwang, C.C. Tsai, Y.C. Chen, and Y.M. Huang, A pilot study on conducting mobile learning activities for clinical nursing courses based on the repertory grid approach. *Nurse Educ Today*, 2011. 31(8): p. e8-e15.
19. Welsh ET, Wanberg CR, Brown KG, and S. MJ., E-learning: emerging uses, empirical results and future directions. *International Journal of Training and Development*, 2003. 7(4): p. 245-58.
20. Farhadi, R., E-learning A new paradigm in the age of information. *Journal of Information Processing and Management*, 2005. 21(1): p. 49-66.
21. Masic, I., E-Learning as New Method of Medical Education. *Acta Informatica Medica*, 2008. 16(2): p. 102-117.
22. Davies, B.S., J. Rafique, T.R. Vincent, J. Fairclough, M.H. Packer, R. Vincent, and I. Haq, Mobile Medical Education (MoMed)-how mobile information resources contribute to learning for undergraduate clinical students-a mixed methods study. *BMC medical education*, 2012. 12(1): p. 1.
23. Motiwalla, L.F., Mobile learning: A framework and evaluation. *Computers & education*, 2007. 49(3): p. 581-596.
24. Kurubacak, G. and H. Altinpulluk, *Mobile Technologies and Augmented Reality in Open Education*. 2017: IGI Global.
25. Raman, J., Mobile technology in nursing education: where do we go from here? A review of the literature. *Nurse Education Today*, 2015. 35(5): p. 663-672.
26. Botzer, G. and M. Yerushalmy. Mobile application for mobile learning. in *Proceedings of IADIS International Conference on Cognition and Exploratory Learning in Digital Age (CELDA 2007)*. 2007.
27. Yoo, I.-Y. and Y.-M. Lee, The effects of mobile applications in cardiopulmonary assessment education. *Nurse Education Today*. 35(2): p. e19-e23.
28. Pimmer, C., P. Brysiewicz, S. Linxen, F. Walters, J. Chipps, and U. Gröbriel, Informal mobile learning in nurse education and practice in remote areas—A case study from rural South Africa. *Nurse Education Today*. 34(11): p. 1398-1404.
29. Wu, P.-H., G.-J. Hwang, C.-C. Tsai, Y.-C. Chen, and Y.-M. Huang, A pilot study on conducting mobile learning activities for clinical nursing courses based on the repertory grid approach. *Nurse Education Today*. (8) 31: p. e8-e15.
30. Galvão, E.C.F. and V.A.A. Püschel, Multimedia application in mobile platform for teaching the measurement of central venous pressure. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2012. 46(SPE): p. 107-115.
31. Strandell-Laine, C., M. Stolt, H. Leino-Kilpi, and M. Saarikoski, Use of mobile devices in nursing student–nurse teacher cooperation during the clinical practicum: An integrative review. *Nurse Education Today*. 35(3): p. 493-499.
32. Roberts, D. and A. Williams, The potential of mobile technology (#Mo-Tech) to close the theory practice gap. *Nurse Education Today*. 53: p. 26-28.
33. Safdari, R., N. Charkhsaz, M.A. Montaseri, and N. Montaseri, Survey the effect of CPR simulation training software on the satisfaction of operating room and medical emergency students in Tehran University of Medical Sciences. *Journal of Nursing Education*, 2017. 5(6): p. 1-10.
34. nasiri, m., m. nasiri, s. adarvishi, and T. hadigol, *Anatomy education*



through mobile learning compering to lecture is more effective on medicine students' knowledge retention. Journal of Medical Education Development, 2014. 7(14): p. 94-103.

35. babazadeh-kamangar, m., i. jahanian, h. gholinia, and h. abbaszadeh, A Preliminary Study of the Effect of Mobile-Based Education on Dental Students' Learning in Practical Course of Oral Pathology. Journal of Medical Education Development, 2016. 9(22): p. 21-26.

36. Keshavarz, M., M. Rahimi, and Z. Esmaeili, The Effect of e-Learning on the Academic Development of University Students. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, 2013. 1(2): p. 13-21.

37. Hekmati N, Bidaki MZ, Nia HN, and E.N.C.o.E.L.i.M. Education., Using of E-learning in medical students' English Teaching, in Eighth National Conference on Electronic Learning in Medical Education. 2013: Tehran, Iran.



عنوان فارسی:

پروفشنالیسم و فضای مجازی برای گروههای پزشکی؛ تدوین راهنمای اخلاق و تعهد حرفه ای در استفاده از فضای مجازی

عنوان انگلیسی:

Professionalism and Cyberspace for Medical Groups; Developing a Guideline for Medical Ethics and Professionalism in Cyberspace

حیطه نوآوری:

تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی (در صورت صلاحدید یا در حوزه مدیریت آشنایی با 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 صاحب /صاحبان فعالیت نوآورانه :

دکتر ملیحه کدیور، دکتر محبوبه مافی نژاد، دکتر فریبا اصغری

نام همکاران:

دکتر علی پارساپور، دکتر حسام الدین ریاحی، دکتر علی لباف، دکتر نوشین کهن، دکتر سعیدرضا

مهرپور، زینب جنت مکان، دکتر سینا رضایی، بردیا خسروی

محل انجام فعالیت:

دانشگاه علوم پزشکی تهران دانشکده پزشکی گروه/رشته علوم پزشکی مقطع تحصیلی

مختلف فاز مختلف

مدت زمان اجرا:

تاریخ شروع از سال ۹۳ شروع فرایند تدوین و سال ۹۵ ارائه و تصویب تاریخ پایان ادامه

هدف کلی:

تدوین راهنمای اصول اخلاقی در استفاده از فضای مجازی برای گروههای پزشکی

اهداف ویژه/ اهداف اختصاصی:

تعیین راهنماهای عمومی اخلاق در فضای مجازی برای گروههای پزشکی

تعیین راهنماهای اختصاصی اخلاق در فضای مجازی برای گروههای پزشکی

تعیین راهنمای اخلاقی در فعالیت های پژوهشی در فضای مجازی برای گروههای پزشکی

تعیین راهنمای اخلاقی در فعالیت های آموزشی در فضای مجازی برای گروههای پزشکی

تعیین راهنمای اخلاقی در فعالیت های درمانی و مراقبتی در فضای مجازی برای گروههای پزشکی

تعیین راهنمای اخلاقی در فعالیت های غیر تخصصی در فضای مجازی برای گروههای پزشکی

اهداف کاربردی:

ارتقا، رفتار حرفه ای گروههای مختلف علوم پزشکی با مطالعه و پایبندی به اصول مندرج در

راهنمای رفتار حرفه ای در فضای مجازی



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

نگاهی به تاریخ مختصر رسانه‌های گروهی می‌تواند نشانگر تفاوت بارز رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی امروزی با رسانه‌های پیش از خود باشد. اختراع کامپیوتر در سال ۱۹۴۱ (۱)، همگی بستری شدند برای خلق دنیایی که از آن به عنوان دنیای دیجیتال یاد میشود. به جرات میتوان به این موضوع اذعان کرد که همه‌گیر و ارزان شدن این فناوریهای جدید و بالا رفتن توان فنی آنها که شرط اصلی ظهور فضای مجازی است، در طی چند سال اخیر اتفاق افتاده است.

به طور کلی، کلمه فضای مجازی (سایبری) از ریشه کلمه سایبرنتیکس که در سال ۱۹۴۸ بوسیله نوربرت وینر ابداع شده بود پدید آمد. سایبرنتیکس علم نظریه کنترل است و به کلیه سیستم‌های پیچیده‌ای که با روش‌های خودفرمایی اداره میشوند اطلاق میشود (۲). امروزه رشد و گسترش اینترنت و شبکه گسترده جهانی، ارتباطات کشورهای جهان را به هم تسهیل نموده است و از این طریق میلیون‌ها کاربر قادر خواهند بود تا با یکدیگر به تعامل بپردازند. افزایش چشمگیر و روزافزون بهره‌گیری از فضای مجازی این تصور را که کاربران روز به روز به فواید و جاذبه‌های این فضا علاقه‌مندتر میشوند تقویت مینماید. اهمیت این موضوع با نگاهی به آمارهای موجود بیشتر مشخص می‌گردد. بر اساس مستندات موجود در سال ۲۰۰۶ تعداد کاربران اینترنتی در جهان از مرز یک میلیارد نفر گذشت. و در فاصله سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۶ رشد تعداد کاربران اینترنتی در جهان بیش از ۲۰۰ درصد گزارش شد و در گزارشی دیگر مشخص شد که ۹۳/۵ درصد از دانشجویان و سایر گروه‌های پزشکی در شبکه‌های اجتماعی فعالیت دارند (۳). این روند رو به افزایش ورود به فضای مجازی در یک مرور سیستماتیک از سال ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۲ و بررسی درصد استفاده کاربری گروه‌های پزشکی از شبکه‌ها و رسانه‌های مجازی، کاملاً محسوس می‌باشد (۴).

به رغم افزایش روزافزون استفاده از فضای مجازی، همواره این نگرانی وجود داشته و دارد که به اشتراک گذاشتن اطلاعات بدون در نظر گرفتن سیاست‌های فرهنگی در این نوع ارتباطات، آسیب‌های بالقوه‌ای را به همراه داشته. نگرانی‌های حرفه‌ای که شامل مفاهیمی چون رازداری، حفظ حریم خصوصی، رعایت مرزهای اجتماعی و ... هستند موضوعات جدیدی نیستند اما در دهه اخیر، ارتباطات مجازی بین حرف‌بهداشتی‌درمانی و کاربری آنها از رسانه‌های دیجیتال نیازمند قانونمندی و تعهدات ویژه‌ای است که در این بین ایجاد می‌شود. این آمارها بیانگر نوعی نگاه موشکافانه از فرصت‌پیش آمده در فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی و همچنین وسوسه‌انگیز بودن و فریفتگی این شبکه‌ها است که در عین آن که بر نیاز استفاده از آنها تأکید میکنند، بر ضرورت راهبردی کردن هرگونه استفاده مدبرانه و فعالانه از این فرصت جدید برای متخصصین، بخصوص جامعه‌ی پزشکی که با توجه به کمبود تجهیزات و امکانات ناشی از تحریم و مشکلات دیگر، نیاز مبرمی به جدیدترین اطلاعات و کشفیات مستند روز دنیا دارند تأکید می‌نماید.

مسلماً بعد اخلاق در گروه‌های پزشکی به عنوان یکی از حوزه‌های وسیع و پیچیده از دیرباز مطرح بوده و است. اخلاق جزء اساسی حرفه پزشکی بوده و خواهد بود و به عنوان جزء تفکیک‌ناپذیر پزشکی از زمان بقراط، مطرح است. رعایت اصول اخلاقی در مواجهه گروه‌های پزشکی با موقعیت‌های گوناگون و همچنین در رابطه پزشکان با جامعه و همکارانشان و یا در تحقیقات و پژوهش‌ها وجود دارد و با اهمیت است و به میزان زیادی تحت تأثیر پیشرفت در حقوق بشر قرار

گرفته است. قاعدتا رعایت اصول اخلاقی در فضای مجازی با توجه به گسترش روز افزون آن بیش از پیش اهمیت می یابد.

بنابراین با توجه به موارد فوق به نظر می رسد، برای تدوین یک راهنمای اصولی و کاربردی و در عین حال تعاملی در حوزه اخلاق، تعهد حرفه ای و فضای مجازی ابتدا باید تفاوت‌های فضای مجازی و حقیقی را مورد بحث قرار داد. سپس با بیان بایدها و نبایدها در این عرصه، ورودی آزاد و محققانه به ابعاد پروفیشنالیزم و دنیای مجازی را فراهم نمود. از آنجایی که حضور حرفه ای کاربران گروه‌های پزشکی در فضای مجازی با توجه به آمارهای گزارش شده در سایر کشورها، با چالش‌هایی مواجه بوده است ظهور مبانی اخلاقی در این جایگاه نیاز خواهد بود. بنابراین رهنمودهای اخلاقی انجمن‌های پزشکی، کدها و آیین‌نامه‌های اخلاقی در گروه‌های پزشکی که منعکس‌کننده راه صحیح برای عملکرد این گروه‌ها هستند به عنوان راهکاری مناسب برای گسترش فرهنگ در موضوعات مختلف می‌توانند در نظر گرفته شوند. همچنان که انجمن‌های پزشکی امریکا، کانادا، فدراسیون‌های ایالتی تخصصی پزشکی و بسیاری از دانشگاه‌های پزشکی در دنیا راهنماهای بالینی در استفاده از رسانه‌های اجتماعی را برای گروه‌های پزشکی تعریف کرده‌اند (۵).

لذا با توجه به تفاوت‌های فرهنگ اسلامی کشور ما و مبانی اخلاقی در مقایسه با سایر کشورها، تدوین راهنما به صورت بومی و متناسب با فرهنگ و محیط‌های علمی ایران ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین علی‌رغم آنکه در دهه‌های اخیر پرداختن به مقولات اخلاق و تدوین راهنماهای اخلاقی از مهم‌ترین اولویت‌های حوزه سلامت کشور بوده است (۷-۶) اما با توجه به آمارهای بالای کاربران حرف پزشکی در فضاهای مجازی، قوانین مشخص و سازمان یافته‌ای برای این منظور در کشور مطرح نمی‌باشد. بنابراین برای کار در این عرصه مبیایست نکاتی را مورد توجه قرار داد تا ضمن کاهش آسیب‌پذیریها بتوان بر فواید غیر قابل انکار این شبکه‌ها افزود.

دانشگاه علوم پزشکی تهران همزمان با گسترش بکارگیری فناوریهای اطلاعاتی روز دنیا و ورود هرچه بیشتر پروفیشنالیزم به فضای مجازی، راهنمای اخلاق حرفه‌ای در استفاده از رسانه‌های مجازی را تدوین نمود تا بتواند ضمن حفظ حریم خصوصی و رازداری، رضایت آگاهانه و استفاده از مستندات بیمار و حفظ ارزشهای انسانی و اعتقادی حضور و تعامل آکادمیک بین فراگیر و هیئت علمی در فضای مجازی را ساماندهی و سرعت بخشد.

مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر رفرنس):

امروزه با گسترش شبکه‌های اجتماعی مطالعات متعددی در زمینه تاثیر فضاهای مجازی بر عملکرد دانشجویان پزشکی صورت گرفته است. مبارک و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ی خود به بررسی فعالیت دانشجویان پزشکی و رزیدنت‌ها در فیس بوک و تاثیر آن بر ارتباط پزشک و بیمار پرداختند. این نویسندگان در مطالعه خود نشان دادند که از بین ۲۰۲ شرکت‌کننده در مطالعه ۱۴۷ نفر دارای پروفایل فیس بوک بودند. و از بین این تعداد ۱۳۸ نفر از نام حقیقی خود در پروفایل استفاده کرده بودند. محققین بر اساس نتایج حاصل از مطالعه نتیجه گرفتند که حفظ ناکافی حریم شخصی در اینترنت و فضا‌های مجازی میتواند بر ارتباط پزشک و بیمار تاثیرگذار باشد (۸).

سرور بر متون نشان می‌دهد که سازمان‌های مختلف، از جمله انجمن آمریکایی پزشکی،



انجمن پزشکی کانادا، فدراسیون انجمن پزشکی امور خارجه، و برخی از دانشکده‌های پزشکی، راهنماهایی در مورد اصول حرفه‌ای در استفاده از رسانه‌های اجتماعی، با تاکید بر مشکلات و مزایای آن ارائه نموده‌اند (۹-۱۲).

گیونارتو در مقاله خود با عنوان مسائل اخلاقی در فضای سایبری به این موضوع اذعان می‌کند درک حفظ امنیت، و مسائل مربوط به حفظ حریم خصوصی، و اثرات منفی عمده IT در فضای مجازی باید مورد توجه قرار گیرد. از نظر ایشان اگر چه برخی فنون از قبیل: رمزگذاری، IDهای دیجیتال، و روش فایروال برای غلبه بر برخی از مشکلات توسعه یافته‌اند، با این حال اقدامات قانونی نیز باید در سراسر جهان به اجرا گذاشته می‌شود تا تعداد فزاینده‌ای از مشکلات اخلاقی ناشی از اثرات منفی IT پاسخ داده شود (۱۳).

سیکسمیکس و موری (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای به بررسی پست‌های اینترنتی و آرشیو به روش تحلیل محتوا پرداختند و چنین نتیجه گرفتند که اگر چه تعداد مطالعات صورت گرفته در زمینه لیست و مواد گروه خبری در تحقیقات بهداشت در حال افزایش است، با این وجود در زمینه توجه به مسائل اخلاقی توجه چندانی صورت نگرفته است. بنابراین، نویسندگان در مطالعه خود به شرح ملاحظات اخلاقی پیرامون این مسئله، از جمله مسائل مربوط به دسترسی به صداها، رضایت، حفظ حریم خصوصی، افشای نام، تفسیر، و مالکیت و تالیف از مواد پژوهش پرداختند (۱۴).

فدراسیون کانادا دانشجویان پزشکی (۲۰۱۳) راهنمایی برای رعایت اصول تعهد حرفه‌ای در محیط‌های مجازی ارائه داده است. این راهنما به چهار بخش اصلی تقسیم شده است. بخش اول برای کمک به تدوین دستورالعمل‌های مشخص به دانشجویان پزشکی در مورد مرزهای حرفه‌ای آنلاین، با تمرکز بر رسانه‌های اجتماعی تدوین شده است. بخش دوم به بیان بهترین شیوه‌هایی که دانشجویان پزشکی میتوانند تمایل خود را برای حضور در محیط‌های آنلاین اعلام نمایند می‌پردازد. در بخش سوم تلاش برای ارائه برخی از نمونه‌هایی از رفتار آنلاین با نقد موقعیت‌های مورد نظر دارد. در نهایت، در بخش چهارم به بیان مستندات موجود در این زمینه می‌پردازد (۱۵).

هاریسون و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود نشان دادند که اکثر دانشجویان پزشکی در سراسر جهان از انواع رسانه‌های اجتماعی برای تکمیل یادگیری خود از طریق به اشتراک گذاری فایل و به ماندن تا به روز در مورد رویداد‌های پزشکی استفاده می‌کنند. اغلب، رسانه‌های اجتماعی ممکن است خطوط بین جامعه و استفاده آموزشی را به تصویر بکشد، بنابراین مهم است که چگونه آگاهانه از این تکنولوژی به طریق حرفه‌ای استفاده نمایند. تعدادی از تم‌های حاصل از این پژوهش شامل: رفتار ناآگاهانه، نقض محرمانه بودن و توهین به ضوابط و بروز سو، رفتار بود. از آنجا که هیچ سیاست جهانی برای نظارت بر داشتن رفتار حرفه‌ای آنلاین وجود ندارد، بنابراین پتانسیل بروز رفتارهای غیر حرفه‌ای در آن وجود دارد. بر این اساس، محققین پیشنهاد کردند که اساتید نیاز دارند که این فضای جدید را به رسمیت بشناسند و سعی در وضع سیاست‌ها و اوصولی برای حفظ و پایبندی به اصول حرفه‌ای در آن نمایند (۱۶).

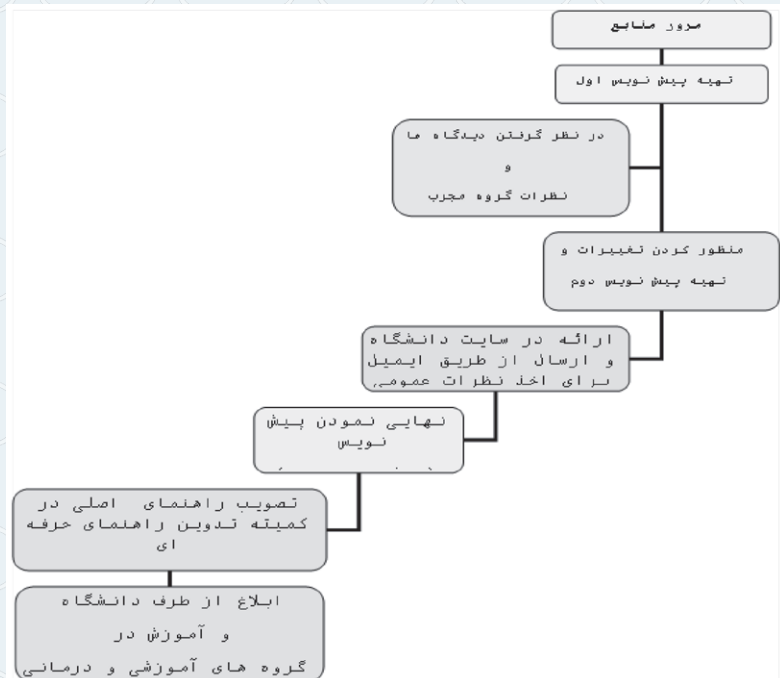
مرور تجربیات و شواهد داخلی (در این بخش سوابق اجرایی این نوآوری در دانشگاه و کشور بطور کامل ذکر و رفرنس ذکر شود):

با توجه به مرور متون داخلی راهنمای کدهای اخلاقی در فضای مجازی در سطح دانشگاه برای



اولین بار و به نظر می‌رسد بر اساس دانسته‌های مجریان طرح احتمالا برای اولین بار در سطح کشور تدوین شده است.

۱۴- شرح مختصری از فعالیت صورت گرفته را بنویسید (آماده‌سازی، چگونگی تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق متدولوژی):
گام‌های تدوین راهنما به صورت نمودار در شکل زیر نشان داده شده است:



مرحله اول:

در این مرحله سعی شد مرور جامعی بر منابع مرتبط موجود با اصول اخلاقی در فضای مجازی از قبیل جستجو در پایگاه‌های داخلی (از قبیل SID, Magiran, irandoc) و خارجی (PubMed, Ovid, Google Scholar, ...) صورت گیرد. همچنین در این مرحله از راهنماهای اخلاقی دانشگاه‌های مختلف از جمله دانشگاه کانادا، فلوریدا، آلبرتا، ایندیانا و .. به منظور شناسایی ضوابط و دستورالعمل‌های موجود استفاده شد. بر اساس اطلاعات حاصل از جستجوی منابع و مقالات بر اساس آن پیش‌نویس اولیه «راهنمای اخلاق حرفه‌ای در استفاده از فضای مجازی برای گروه‌های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران» تنظیم شد. این مرحله شامل سه گام بود.

گام اول: بررسی متون به روش تحلیل محتوا و استخراج مفاهیم و الگوهای اخلاقی مرتبط با فضای مجازی:

برای تحقق فاز اول با هدف کلی جمع‌آوری، طبقه‌بندی و تحلیل مستندات مربوط به استخراج



اصول اخلاقی در فضای مجازی، ابتدا، کمیته جمع آوری مستندات متشکل از سه نفر از اعضا، گروه پروژه تشکیل و با توجه به هدف کلی این مرحله کار در سه بخش: الف) جمع آوری مستندات ب) طبقه بندی مستندات ج) تحلیل مفهومی مستندات بر اساس محتوای اشاره شده مرتبط، برنامه ریزی و وارد مرحله اجرایی گردید. انتخاب منابع با استفاده از جستجوی اینترنتی و کتابخانه ای، بر اساس کلید واژه های اخلاق، حرفه گری، پزشکی، آموزش پزشکی، حرفه طب توسط تیم پژوهشی انجام شد و سپس به روش تحلیل محتوای بررسی متون صورت گرفت. عملیات جمع آوری از نیمه دوم مهرماه ۱۳۹۴ شروع و تا نیمه دوم دی ماه ۱۳۹۴ بطول انجامید که در این مرحله بطور کلی، بر اساس بررسی در پایگاه های مورد نظر و جستجو در سایت های دانشکده های پزشکی، مفاهیم مرتبط شناسایی و تا زمان رسیدن به اشباع داده ها بررسی مستندات ادامه پیدا کرد.

گام دوم: تبدیل مفاهیم استخراج شده به صورت کدهای اخلاقی

پس از رسیدن به مرحله اشباع اطلاعات، بررسی متون متوقف و دسته بندی مفاهیم شناسایی شده بر اساس موضوع و مفاهیم اخلاق حرفه ای در فضای مجازی با قرار دادن مفاهیم اخلاقی مشترک حول یک حیطه صورت گرفت و دسته ها بر اساس محور پوشش دهنده نام گذاری شدند که در پنج محور ضوابط عمومی، درمانی- مراقبتی، آموزشی، پژوهشی، و توسعه فردی تنظیم شد. در واقع در این مرحله گروه پروژه طی چند جلسه در مدت زمان ۱ ماه مفاهیم استخراج شده از منابع را بر اساس تکرار و اهمیت لیست نموده و دسته بندی کردند. پس از تحلیل محتوا متون، اصول و مفاهیم اخلاقی در فضای مجازی به صورت آیتم نگارش یافت.

گام سوم: جستجو گایدلاین ها و دستورالعمل های سایر کشور ها و تکمیل راهنماها و بررسی مجدد آن و اضافه نمودن جزئیات مورد لزوم

در این مرحله، برای اطمینان از جامعیت آیتم های تهیه شده و در نظر گرفتن تمامی نکات مورد انتظار، مقایسه ای با سایر دستورالعمل های موجود سایر دانشگاه ها دنیا صورت گرفت. همچنین در این مرحله از طریق جستجو در کتابخانه های علوم پزشکی در دسترس و کسب اطلاع از افراد صاحب نظر این حوزه، سایر منابع اطلاعاتی و دستورالعمل های موجود جهت مقایسه با پیش نویس اولیه شناسایی و استخراج شد. بر اساس اطلاعات حاصل تلفیق در اطلاعات صورت گرفت و اصلاحات لازم اعمال شد. در نهایت پیش نویس اول راهنما جهت اخذ نظرات متخصصین آماده شد.

مرحله دوم:

در این مرحله نظرات متخصصان در مورد پیش نویس اولیه راهنما از طریق برگزاری جلسات پنل متخصصین و با در نظر گرفتن دیدگاه ها و نظرات ایشان بررسی شد. بدین ترتیب که ۳ جلسه حدوداً ۳ ساعته پنل متخصصین با حضور ۸ الی ۹ نفر از صاحب نظران که همگی دارای تجربیات یا تحصیلات در موضوعات اخلاق پزشکی، آموزش پزشکی و آموزش مجازی بودند تشکیل شد. در این جلسات حاضرین از میان مجموعه به دست آمده، در خصوص وضوح و قابلیت فهم هر یک از کدهای نگارش یافته شده، جامعیت، روایی و درجه اهمیت و ضرورت آن، کاربرد و قابلیت اجرا هر یک از آیتم های مندرج نظراتشان را اعلام نمودند. روند جلسات پنل متخصصین به این شکل صورت می گرفت که بعد از قرائت هر آیتم در مورد آن بین اعضا بحث صورت می گرفت. در این

جلسات پس از تلفیق، ترکیب، تکمیل یا حذف و اضافه کردن بعضی موارد، پیش نویس دوم برای راهنمای اخلاقی آماده شد.

بعد از دریافت نظرات متخصصان حوزه اخلاق پزشکی، آموزش پزشکی و آموزش مجازی در مورد پیش نویس اولیه راهنما از طریق برگزاری ۳ جلسه حضوری پنل (با حضور به طور متوسط ۸ نفر در هر جلسه)، اصلاحات لازم توسط کارگروه پژوهش صورت گرفت. به این منظور کارگروه پژوهش با توجه به هدف کلی این مرحله در دو بخش به: الف) بررسی تک تک نظرات اعضا پنل و اعمال اصلاحات مورد توافق ب) و بررسی آیتم های هر حیطه جهت جلوگیری از همپوشانی های احتمالی در حیطه های مختلف راهنما پرداختند. در این مرحله برای حصول اطمینان از وضوح آیتم هایی که متخصصان در خصوص آنان نظر داده بودند و در نظر گرفتن تمامی نکات مورد انتظار، مجدد مطالعه ای بر روی دستورالعملهای موجود سایر دانشگاهها دنیا صورت گرفت و سعی شد تا در صورت ابهام برطرف گردد. فرایند اعمال اصلاحات توسط کارگروه از نیمه دوم فروردین ماه تا پایان اردیبهشت ماه ۱۳۹۵ بطول انجامید.

سپس طبق نظر پنل تخصصی به منظور وضوح و شفاف سازی بیشتر متن راهنما برای گروههای هدف، واژه نامه ای متشکل از کلید واژه های اعضای جامعه پزشکی، فضای مجازی، شبکه اجتماعی، سرقت ادبی، تالار گفتگوی مجازی، صندوق پست الکترونیک در انتهای راهنما تهیه شد. به منظور تعریف کلید واژهها کارگروه پژوهش ابتدا لیستی از واژهها را تعیین و سپس با نظر اکثریت اعضا کارگروه بر اساس مرور بر متون واژه های مربوطه تعریف و تبیین شد. این مرحله به مدت یک ماه بطول انجامید.

در راند بعدی، به منظور کسب اجماع نظر پنل متخصصان، پیش نویس راهنما مشتمل بر اصلاحات فاز حضوری پنل و تعریف کلیدواژهها، مجدد برای کلیه متخصصان پنل به صندوق پست الکترونیک ایشان ارسال شد. به منظور جلوگیری از ریزش در دریافت نظرات، ایمیل های متعددی جهت دریافت یادآوری در ارسال نظرات در طی یک ماه ارسال شد. بعد از دریافت نظرات اکثریت اعضا پنل، اصلاحات توسط کارگروه پژوهشی اعمال شد و پیش نویس نهایی مرحله دوم جهت بررسی بیشتر وارد مرحله سوم مطالعه شد. ماحصل گامهای حاصل از مرحله دوم مطالعه پس از تلفیق، ترکیب، تکمیل یا حذف و اضافه کردن بعضی موارد، پیش نویس راهنمای رفتار حرفه ای در فضای مجازی برای حرفه مندان گروههای پزشکی مشتمل بر ۳۰ بند و ۳ تبصره در ۵ حوزه و شامل ۶ کلید واژه و پیش نویس راهنمای رفتار حرفه ای در فضای مجازی برای کارکنان تدوین شد.

اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید:

مرحله سوم:

در مرحله سوم مطالعه به منظور بررسی متن راهنما، پیش نویس راهنما در سایت دانشگاه جهت مطالعه و دریافت نقطه نظرات و نقدها قرار داده شد. به این منظور از طریق رایزنی با دفتر تعهد حرفه ای، پیش نویس راهنما به آن مرکز ارسال شد.

در این مرحله از شرکت کنندگان خواسته شد در مورد وضوح هر آیتم و همچنین کاربرد آن نظر خود را اعلام نمایند. همچنین درخواست شد تا چنانچه هر یک از توصیه های مدنظر از نظر ایشان مورد تایید نیست دلیل آن را ذکر نمایند. از طریق درج پیش نویس در سایت با هماهنگی



دفتر تعهد حرفه ای، علاوه بر ارائه فرصت برای مشاهده و اظهار نظر افراد، شرکت کنندگانی که تمایل به حضور در جلسه عمومی مشترک را داشتند، شناسایی شده و نظرات ایشان کسب شد. بدین ترتیب نظرات مورد بررسی و جمع بندی قرار گرفت و بر اساس پیشنهاد های دریافت شده، تغییرات لازم در شکل، ترکیب و ساختار توصیه ها انجام شد.

مرحله چهارم:

به این ترتیب مجموعه نهایی "راهنمای اخلاق حرفه‌ای در استفاده از فضای مجازی برای گروه‌های علوم پزشکی" به عنوان ویراست نهایی، برای تصویب در "شورای تعهد حرفه‌ای دانشگاه" طرح و مورد بررسی قرار گرفت و بعد از تاییدیه نهایی شورا از طریق درج در سایت و اتوماسیون به گروه‌های آموزشی در اختیار اعضای هیات علمی قرار گرفت. نکته: مقرر شد این راهنما به صورت دوره ای و با توجه به مقتضیات زمان و دریافت بازخوردهای لازم مورد بازنگری و تجدید نظر قرار می‌گیرد.

مرحله پنجم:

آشنایی اعضای هیات علمی و دانشجویان با کدهای رفتار حرفه ای در فضای مجازی، از طریق برگزاری کارگاه های آموزشی مختلف در این خصوص صورت گرفت. (برنامه کارگاه پیوست می باشد) به این منظور کارگاه ۶ ساعته برای اعضای هیات علمی در مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه و کلاس های ۲ ساعته آموزشی برای دانشجویان مقطع پاتوفیزیولوژی برگزار شد.

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

This research was conducted as a developmental study to develop a cybersecurity ethics guideline for medical groups (including general medical students, residents, assistants, experts and professors at the Tehran University of Medical Sciences) in five stages, with the aim of explaining accepted ethical codes were carried out in specific situations in cyberspace.

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

بعد از تصویب متن راهنما به منظور معرفی راهنما و انتشار آن اقدامات زیر انجام گرفت:

درج متن راهنما در سایت دانشگاه جهت دسترسی گروه‌های مخاطب

برگزاری کارگاه های متعدد در خصوص رعایت کدهای رفتار حرفه ای در فضای مجازی برای اعضای هیات علمی گروه‌های مختلف توسط دفتر تعهد حرفه ای و مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه (ارائه راهنما به شرکت کنندگان و آموزش ضرورت رعایت آن)

برگزاری کلاس ۲ ساعته تعهد حرفه ای در فضای مجازی برای دانشجویان پزشکی در دوره پاتوفیزیولوژی

همچنین طرح توسعه ای فرایند مذکور در سال ۹۳ در واحد طرح های توسعه ای سامیت و به مرحله اتمام رسیده است.

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

پیش نویس اولیه راهنمای رفتار حرفه ای در فضای مجازی برای حرفه مندان گروه‌های پزشکی



شامل ۴۰ بند تدوین شد، که بعد از برگزاری جلسات پنل متخصصان و دریافت نظرات و نقدهای خبرگان روی متن راهنما به طور کلی اصول این راهنما به ۳۰ بند تقلیل یافت که هر بند آن معرف یکی از اصول رفتار حرفه ای در فضای مجازی است. به طور کلی راهنمای رفتار حرفه ای در فضای مجازی در پنج حوزه شامل ضوابط عمومی رفتار حرفه ای در فضای مجازی مشتمل بر ۱۰ بند و ۲ تبصره، ضوابط حوزه مراقبت و درمان مشتمل بر ۱۱ بند، ضوابط حوزه پژوهش مشتمل بر ۳ بند، ضوابط حوزه آموزش مشتمل بر ۳ بند و ضوابط حوزه عملکرد فردی مشتمل بر ۳ بند تدوین شده است. همچنین راهنمای رفتار حرفه ای در فضای مجازی برای کارکنان بهداشتی نیز شامل ۱۸ بند تدوین شد که در سه حوزه شامل ضوابط عمومی رفتار حرفه ای در فضای مجازی مشتمل بر ۱۱ بند، ضوابط حوزه عملکرد سازمانی مشتمل بر ۴ بند، و ضوابط حوزه عملکرد فردی مشتمل بر ۳ بند تدوین شده است. همچنین به منظور کسب درک مشترک از کلمات تخصصی بکار رفته شده در متن راهنما، شش واژه نامه شامل اعضای جامعه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، فضای مجازی، شبکه اجتماعی، سرقت ادبی، صندوق پست الکترونیک و امور لغو تعریف و تبیین شده است. جزئیات و مفاد مربوط به راهنمای رفتار حرفه ای در فضای مجازی در پیوست ها ارائه شده است. امید است با پایبندی به این راهنما نتایج حاصل از تدوین آن در آینده مشهود گردد.

۱۷- 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.

منابع:

- DeJong S. Blogs and Tweets, Texting and Friending, Social Media and Online Professionalism in Health Care Edition s, editor 07 Aug 2013. 192 p.
- Whittaker J. The Cyberspace Handbook published F, editor. 11 New Fetter Lane, London EC4P 4EE Routledge; 2004.
- Internet Users [Internet]. 2015. Available from: <http://www.internetlives-tats.com/internet-users/>.
- von Muhlen M, Ohno-Machado L. Reviewing social media use by clinicians. Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA. 2012 Sep-Oct; 19(5):777-81.
- Kind T, Patel PD, Lie DA. Opting in to online professionalism: social media and pediatrics. Pediatrics. 2013 Nov; 132(5):792-5.
- Bagheri A. Iranian medical ethics priorities: the results of a national study. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2011; 4(5):39-48.
- Izadi khah AC, T. Bemani, N. Jafari, Ebrahim. Developing codes of ethics for educators' clinical medicine. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2013; 5(0):34-48.
- Moubarak, Ghassan, et al. "Facebook activity of residents and fellows and its impact on the doctor-patient relationship." Journal of medical ethics (2010): jme-2010.



Federation of State Medical Boards. Model policy guidelines for the appropriate use of social media and social networking in medical practice. Available at: www.fsmb.org/pdf/pub-social-media-guidelines.pdf. Accessed July 10, 2013 11.

Canadian Medical Association. Social media and Canadian physicians—issues and rules of engagement. Available at: www.cma.ca/advocacy/social-media-Canadian-physicians. Accessed July 10, 2013 12.

Kind T, Genrich G, Sodhi A, Chretien KC. Social media policies at US medical schools. *Med Educ Online*. 2010; 15. doi: 10.3402/meo.v15i0.5324. 13.

Kind T, Greysen SR, Chretien KC. Advantages and challenges of social media in pediatrics. *Pediatr Ann*. 2011;40(9):430-434

Gunarto, Hary. "Ethical Issues in Cyberspace and IT Society." Ritsumeikan Asia Pacific University

Sixsmith, Judith, and Craig D. Murray. "Ethical issues in the documentary data analysis of Internet posts and archives." *Qualitative Health Research* 11.3 (2001): 423-432.

Canada Federation Medical Student. 2013. Guide to Medical Professionalism: Recommendations for Social Media

Harrison, Brittany, Jeewanjit Gill, and Alireza Jalali. "Social Media Etiquette for the Modern Medical Student: A Narrative Review." *International Journal of Medical Students* 2.2 (2014): 64-67.



دانشگاه علوم پزشکی تهران
راهنمای رفتار حرفه ای در فضای مجازی
ویژه حرفه‌مندان و فراگیران گروه‌های علوم پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تهران

به نام آن که جان را فکرت آموخت

مقدمه

پایبندی به موازین رفتار حرفه‌ای پزشکی در فضای مجازی همانند فضای حقیقی، برای حفظ اعتماد عمومی به حرفه پزشکی ضروری می‌باشد. گسترش ارتباطات مجازی در دهه‌های اخیر و افزایش کاربری رسانه‌های دیجیتال در حوزه بهداشت و درمان؛ اهمیت پایبندی به این موازین اخلاقی را افزون ساخته است. توسعه فناوریهای جدید اطلاعاتی از جمله شبکه‌های اجتماعی به موازات ایجاد منافع ارزشمند، خطراتی را از سوی این شبکه‌ها متوجه اعتبار حرفه‌مندان مختلف از جمله گروه پزشکی نموده است. توجه به تعهدات حرفه پزشکی در فضای گسترده و با قابلیت‌های متنوع مجازی، ضرورت تدوین و شفاف سازی راهنمای رفتار حرفه‌ای استفاده از این فضا را مشخص می‌کند.

دانشگاه علوم پزشکی تهران ضمن تأیید و حمایت از استفاده مناسب از فضای مجازی، راهنمای حاضر را به منظور هدایت حرفه‌مندان و فراگیران در رعایت ملاحظات رفتار حرفه‌ای در محیط مجازی، در پنج محور تدوین نموده است.

اعضای جامعه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ضمن اعلام تعهد به حفظ ارزشهای بنیادین حرفه پزشکی، به رعایت مفاد این راهنما پایبند بوده و نهایت تلاش خود را در اجرا و ترویج آن در جامعه پزشکی به عمل خواهند آورد.

ضوابط عمومی:

هر یک از اعضای جامعه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران:

۱. به رعایت شان حرف پزشکی و حفظ اعتماد عمومی به حرفه‌مندان پزشکی توجه دارد؛
- ۱.۱. از انتشار تصاویر شخصی خلاف شئون حرفه‌ای اعم از توزیع و پخش تصاویر خصوصی نمایانگر اشتغال به امور لغو و یا خلاف قانون در سایت‌هایی که در آن به عنوان حرفه‌مند پزشکی شناخته می‌شود، خودداری می‌کند.
- ۱.۲. آراستگی ظاهر و استفاده از پوشش متناسب با شأن حرف پزشکی و قوانین حاکم در کشور را در فضای مجازی رعایت می‌کند.

۱.۳. از شایعه پراکنی، تهمت و انتشار هر گونه مطلب خلاف واقع که سبب سلب یا تضعیف اعتماد عمومی به حرفه‌مندان پزشکی در فضای مجازی شود، اجتناب می‌ورزد و صداقت و راستگویی در ارائه اطلاعات را رعایت می‌کند.

۲. از به کارگیری الفاظ غیراخلاقی و خشونت آمیز، و انتشار هر گونه مطلب توهین یا تبعیض آمیز نسبت به قومیت، جنسیت، باورهای فرهنگی و مذهبی و غیره در فضای مجازی اجتناب می‌ورزد.

۳. در خصوص بحث‌های مطرح شده در محیط‌های مجازی، از انجام هر گونه قضاوت و



- تصمیم‌گیری، پیش از کسب اطمینان از درستی و صحت مطالب منتشر شده، اجتناب می‌ورزد.
۴. از هر گونه فریبکاری و سرقت علمی و ادبی مقالات، مطالعات و مستندات در فضای مجازی اجتناب می‌کند و حق مالکیت معنوی اطلاعات را در فضای مجازی رعایت می‌کند و در برابر انتشار مطالب در فضای مجازی به مسئولیت‌های خود توجه دارد.
۵. برای به روزرسانی اطلاعات خود و اطمینان از امنیت آن در فضای مجازی اهمیت قائل بوده و مسئولانه عمل می‌کند.
۶. نسبت به ارزیابی صحت هویت کاربران قبل از برقراری ارتباط با آنان اطمینان حاصل می‌کند و از اعتماد بی مورد خودداری می‌نماید.
۷. از ورود به حریم خصوصی مجازی دیگران از جمله صندوق پست الکترونیک شخصی، محیط کاربری شخصی در ابزارهای ارتباط جمعی و غیره اجتناب می‌کند.
۸. در فضای مجازی با همکاران خود با شکیبایی، متانت، احترام و منصفانه و مطابق با اصول اخلاقی و ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی رفتار می‌نماید و به حفظ اسرار همکاران و سازمان در فضای مجازی پایبند است.
۹. در قبال آگاه ساختن همکاران و دانشجویان و سایر افراد از عواقب منفی مطالب نادرست و یا ناروایی که در فضای مجازی بارگذاری کرده اند، احساس مسئولیت می‌کند و با حفظ کرامت و شأن انسانی به صورت محرمانه به ایشان تذکر می‌دهد.
۱۰. به منظور ارائه اطلاعات، تعامل با همکاران و تبادل اطلاعات پزشکی، حتی الامکان از سایت‌های معتبر و اختصاصی حرفه پزشکی استفاده می‌کند.
- ضوابط حوزه مراقبت و درمان:
- هر یک از اعضای جامعه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران:
۱۱. در صورت نیاز به اشتراک گذاری اطلاعات بیماران و یا انجام بحث‌های گروهی در محیط‌های مجازی، محرمانگی اطلاعات افراد را رعایت نموده و به حذف اطلاعاتی که منجر به افشای هویت بیمار و شناسایی وی می‌شود، توجه می‌نماید.
۱۲. در فضای مجازی که به عنوان ارائه دهنده خدمات سلامت شناخته می‌شود از فعالیت‌های تبلیغاتی انتفاعی برای شرکت‌های پزشکی و دارویی خودداری می‌کند.
۱۳. در صورت فعالیت و مشارکت در برگزاری برنامه‌های مشاوره مراقبتی-درمانی در فضای مجازی، به سئوالات افراد، صریح و به موقع پاسخ می‌دهد.
۱۴. در ارائه مشاوره در فضای مجازی، منافع و مصالح بیمار را اولویت قرار داده و از اطلاعات حاصل از بیمار در جهت منافع شخصی خود استفاده نمی‌کند.
۱۵. در قبال توصیه‌ها و فعالیت‌های مراقبتی که در فضای مجازی ارائه می‌کند، قبول مسئولیت کرده و هر گونه عواقب مترتب به آن را می‌پذیرد.
۱۶. ضمن معرفی نام و جایگاه حرفه‌ای خود، از بزرگ نمایی توانمندی خود در فضای مجازی پرهیز می‌کند.
۱۷. پیش از برقراری ارتباط الکترونیکی با بیمار یا خانواده وی در فضای مجازی، از ایشان کسب اجازه می‌کند.
۱۸. نسخه‌ای پشتیبان از مکاتبات خود با بیماران در فضای مجازی را در پرونده‌ای به شکل

محرمانه مستندسازی می‌کند.

۱۹. در صورت برقراری تعامل با بیماران و خانواده وی در فضای مجازی، ضمن توجه به ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی و اجتماعی، حد و مرزهای ارتباط حرفه‌ای را رعایت می‌نماید.

۲۰. در برقراری روابط اجتماعی در فضای مجازی با کودکان یا گروه‌های آسیب‌پذیر، به احتمال سو، برداشت از ارتباط یا مطالب ارائه شده، توجه کرده و محتاطانه و دقیق عمل می‌کند.

۲۱. در چارچوب وظایف و اختیارات خود، در جهت بهبود و ارتقاء کیفیت و صحت محتوای ارائه شده در سایت‌های مجازی وابسته به مراکز خدمات سلامت، می‌کوشد.

ضوابط حوزه پژوهش:

هر یک از اعضای جامعه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران:

۲۲. پیش از ارزیابی قابلیت اعتماد و درجه شواهد علمی مقالات و متون منتشر شده در فضای مجازی، از نتایج آنها در عملکرد طبابت خود استفاده نمی‌کند.

۲۳. جهت جلوگیری از سرقت اطلاعات مراکز تحقیقاتی و پژوهشی، از همکاری و مشارکت مجازی با سازمان‌های ناآشنا اجتناب می‌کند.

۲۴. پیش از ورود اطلاعات بیماران به بانک داده‌های پژوهش که بر محیط مجازی قرار دارد، از ایمن بودن محیط مجازی و محدودیت و سطح بندی دسترسی افراد به داده‌ها اطمینان حاصل می‌کند.

ضوابط حوزه آموزش:

هر یک از اعضای جامعه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران:

۲۵. در تدریس و گفتگوهای پزشکی در فضای مجازی از ارائه اطلاعات و دانسته‌های خود دریغ نمی‌ورزد.

۲۶. تلاش می‌کند تا به نحو موثری از فضای مجازی به عنوان بستری جهت تقویت تعامل بین استاد و دانشجو و سازمان‌های آموزشی و تخصصی با هم، استفاده کند.

۲۷. در صورت بروز خطا در انتشار اطلاعات آموزشی در فضای مجازی، ضمن پذیرش مسئولیت، خود را متعهد به پاسخگویی دانسته و در جهت اصلاح آن اقدام می‌کند.

ضوابط حوزه عملکرد فردی:

هر یک از اعضای جامعه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران:

۲۸. در استفاده از فضای مجازی به مدیریت زمان توجه داشته و در ایجاد تعادل بین زندگی مجازی و حقیقی کوشا می‌باشد.

۲۹. برنامه‌ریزی هدفمندی جهت مشاهده محتواهای آموزشی در فضای مجازی داشته و به تأثیر احتمالی حاصل از آنها بر سلامت روحی، روانی و جسمی خود توجه دارد.

۳۰. در برقراری ارتباطات و تعاملات حرفه‌ای در فضای مجازی، مدیریت روابط عاطفی و احساسی را در نظر دارد.

واژه‌نامه:

- اعضای جامعه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران:

شامل اعضا هیئت علمی تمام رشته‌های حرفه‌ای علوم پزشکی، حرفه‌مندان شاغل در محیط‌های خدمات بهداشتی-درمانی و فراگیران مشغول به تحصیل حرفه‌های علوم پزشکی دانشگاه علوم

پزشکی تهران هستند.



- فضای مجازی:

فضای مجازی به معنای هرگونه محیط الکترونیکی است که ارتباطات و انتقال اطلاعات در آن روی می‌دهد.

- شبکه اجتماعی:

شبکه اجتماعی مجازی، زنجیره‌ای از ارتباطات و گروه‌های شبکه اجتماعی یا حضور غیر فیزیکی افراد در یک فضای مجازی است که به منظور ایجاد و حفظ تعاملات اجتماعی در میان افرادی که از لحاظ جغرافیایی در سراسر جهان پراکنده هستند، توسعه یافته‌اند.

- سرقت ادبی:

استفاده از تمامی یا قسمتی از مطالب یا ایده‌های منتشر شده یا منتشر نشده فرد یا افراد دیگر بدون ذکر منبع به روش مناسب یا کسب اجازه در موارد ضروری، سرقت ادبی است.

- صندوق پست الکترونیک:

پست الکترونیکی این امکان را به افراد می‌دهد که به صورت غیرهمزمان با افراد دیگر در ارتباط باشند. افراد از پست الکترونیکی برای پرسیدن سوالات خود و همچنین برای بحث درباره مسائل مختلف با سایر افراد استفاده می‌کنند.

- امور لغو:

کارهای سخیفی که در عرف، خلاف شأن حرفه پزشکی در نظر گرفته می‌شود و اعتماد عمومی را به حرفه پزشکی کاهش می‌دهد.



دانشگاه علوم پزشکی تهران
راهنمای رفتار در فضای مجازی
ویژه کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی تهران

به نام آن که جان را فکرت آموخت

مقدمه

توسعه فناوری های جدید اطلاعاتی از جمله شبکه های اجتماعی به موازات ایجاد منافع ارزشمند، خطراتی را متوجه اعتبار کاربران و سازمانها نموده است. این شرایط، توجه به رعایت اصول اخلاقی در فضای گسترده و با قابلیت های متنوع مجازی را ضروری ساخته و اهمیت تدوین و شفاف سازی ضوابط رفتاری استفاده از این فضا را مشخص می کند. دانشگاه علوم پزشکی تهران ضمن تأیید و حمایت از استفاده مناسب از فضای مجازی، راهنمای حاضر را به منظور هدایت عموم کارکنان در رعایت ملاحظات اخلاقی در محیط مجازی، در سه محور تدوین نموده است.

کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تهران، ضمن اعلام تعهد به حفظ ارزش های بنیادین اخلاقی، به رعایت مفاد این راهنما پایبند بوده و نهایت تلاش خود را در اجرا و ترویج آن به عمل خواهند آورد.

ضوابط حیطة عمومی:

هر یک از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تهران:

۱. از انتشار تصاویر شخصی خلاف ضوابط قانونی، اعم از توزیع و پخش تصاویر خصوصی نمایانگر اشتغال به امور لغو و یا خلاف قانون در سایت هایی که در آن به عنوان کارمند شناخته می شود، خودداری می کند.

۲. از شایعه پراکنی، تهمت و انتشار هر گونه مطلب خلاف واقع، اجتناب می ورزد و صداقت و راستگویی در ارائه اطلاعات را رعایت می کند.

۳. از به کارگیری الفاظ غیراخلاقی و خشونت آمیز، و انتشار هر گونه مطلب توهین یا تبعیض آمیز نسبت به قومیت، جنسیت، باورهای فرهنگی و مذهبی و غیره در فضای مجازی اجتناب می ورزد.

۴. در قبال اطلاعاتی که در فضای مجازی ارائه می کند، قبول مسئولیت کرده و هر گونه عواقب مترتب به آن را می پذیرد.

۵. در صورت بروز خطا در انتشار اطلاعات در فضای مجازی، خود را متعهد به پاسخگویی دانسته و در جهت اصلاح آن اقدام می کند.

۶. از کم و زیاد کردن و تغییر مضامین مطالب منتشره توسط دیگران و حذف متعمدانه بخش هایی از آن به گونه ای که برداشت دیگری از محتوای آن بشود اجتناب می ورزد.

۷. از نشر هرگونه مطلب بدون نقل منبع و بدون کسب اجازه از افراد ذیحق اجتناب می ورزد.

۸. برای امنیت اطلاعات افراد و دانشگاه در فضای مجازی اهمیت قائل بوده و مسئولانه عمل می کند.

۹. نسبت به ارزیابی صحت هویت کاربران قبل از برقراری ارتباط با آنان اطمینان حاصل می کند و از اعتماد بی مورد خودداری می نماید.



۰۱۰. از ورود به حریم خصوصی مجازی دیگران از جمله صندوق پست الکترونیک شخصی، محیط کاربری شخصی در ابزارهای ارتباط جمعی و غیره اجتناب می کند.

۰۱۱. در برقراری روابط اجتماعی در فضای مجازی، به احتمال سو، برداشت از ارتباط یا مطالب ارائه شده، توجه کرده و محتاطانه و دقیق عمل می کند.

ضوابط حیطة عملکرد سازمانی:

هر یک از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تهران:

۰۱۲. در فضای مجازی با همکاران خود با شکیبایی، متانت، احترام و منصفانه و مطابق با اصول اخلاقی و ارزش ها و هنجارهای فرهنگی رفتار می نماید.

۰۱۳. در قبال آگاه ساختن همکاران و سایر افراد سازمان از عواقب منفی مطالب نادرست و یا ناروایی که در فضای مجازی بارگذاری کرده اند، احساس مسئولیت می کند و با حفظ کرامت و شأن انسانی به صورت محرمانه به ایشان تذکر می دهد.

۰۱۴. به محرمانگی اطلاعات فردی اشخاص و اطلاعات طبقه بندی شده سازمان توجه می نماید و آنها را به اشخاص غیر مرتبط ارسال نمی کند.

۰۱۵. در چارچوب وظایف و اختیارات خود، در جهت به روز رسانی و صحت محتوای ارائه شده در سایت های مجازی محیط کار خود می کوشد.

ضوابط حوزه عملکرد فردی:

هر یک از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تهران:

۰۱۶. در استفاده از فضای مجازی به مدیریت زمان توجه داشته و در ایجاد تعادل بین زندگی مجازی و حقیقی کوشا می باشد.

۰۱۷. برنامه ریزی هدفمندی جهت مشاهده محتواهای ارائه شده در فضای مجازی داشته و به تأثیر احتمالی حاصل از آنها بر سلامت روحی، روانی و جسمی خود توجه دارد.

۰۱۸. در برقراری ارتباطات و تعاملات حرفه ای در فضای مجازی، مدیریت روابط عاطفی و احساسی را در نظر دارد.

واژه نامه:

- فضای مجازی: فضای مجازی به معنای هرگونه محیط الکترونیکی است که ارتباطات و انتقال اطلاعات در آن روی می دهد.

- شبکه اجتماعی: شبکه اجتماعی مجازی، زنجیرهای از ارتباطات و گروه های شبکه اجتماعی یا حضور غیر فیزیکی افراد در یک فضای مجازی است که به منظور ایجاد و حفظ تعاملات اجتماعی در میان افرادی که از لحاظ جغرافیایی در سراسر جان پراکنده هستند، توسعه یافته اند.

- صندوق پست الکترونیک: پست الکترونیکی این امکان را به افراد می دهد که به صورت غیرهمزمان با افراد دیگر در ارتباط باشند. افراد از پست الکترونیکی برای پرسیدن سؤالات خود و همچنین برای بحث درباره مسائل مختلف با سایر افراد استفاده می کنند.

- امور لغو: کارهای سخیفی که در عرف، خلاف شأن حرشه مند در نظر گرفته می شود.

