

ارزشیابی برنامه آموزش درمانگاهی بر اساس الگوی ارزشیابی مبتنی بر مشارکت کنندگان علوم پزشکی کاشان (۱۳۹۷)

نویسندگان: سعیده دریازاده^۱، مریم یآوری^{۲*}، داوود خیرخواه^۳، محمدرضا شریف^۴، حسین اکبری^۵، مصطفی دادگر^۶

- ۱- دانشجوی دکترای تخصصی، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، مدیریت مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 ۲- دانشجوی دکترای تخصصی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
 ۳- دانشیار، گروه اطفال، مرکز تحقیقات عفونی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
 ۴- استاد، گروه اطفال، مرکز تحقیقات عفونی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
 ۵- استادیار، گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات عوامل مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
 ۶- دکترای پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.9, No.1&2, Spring & Summer 2020

چکیده

مقدمه: فعالیت‌های حرفه‌ای پزشکان به طور عمده، متمرکز در درمانگاه‌ها می‌باشد و توجه آموزش پزشکی به ارتقای کیفیت آموزش درمانگاهی معطوف گردیده است. بهبود آموزش درمانگاهی علاوه بر ارتقای مهارت‌های بالینی، به توسعه مهارت‌های دانشجویان در برقراری ارتباط با بیمار، نگرش حرفه‌ای و همدلی کمک می‌کند. این پژوهش به منظور ارزشیابی برنامه آموزش درمانگاهی بر اساس الگوی ارزشیابی مبتنی بر مشارکت کنندگان در (۱۳۹۷) انجام شد.

روش کار: این بررسی به صورت مقطعی و با مشارکت ۱۱۱ نفر از دستیاران، کارورزان، پزشکان هیأت‌علمی و غیر هیأت‌علمی در بیمارستان شهید بهشتی کاشان انجام شد. نظر مشارکت کنندگان با استفاده از پرسشنامه برای بررسی کیفیت آموزش درمانگاهی شامل: سه بعد کیفیت خدمات آموزشی، فضای فیزیکی و محیط درمانگاه، و بازخورد فراگیران از وضعیت درمانگاه جمع‌آوری شد که پایایی آن با استفاده از شاخص همسانی درونی (۰.۹۵/۴) محاسبه گشت. در این تحقیق از آمار توصیفی - استنباطی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: دیدگاه بیشتر کارورزان (۸۴٪/۵) و دستیاران (۴۵٪/۴) نسبت به کیفیت موجود آموزش درمانگاهی منفی بود در صورتی که دیدگاه بیشتر اساتید (۶۶٪/۷) و پزشکان (۳۸٪/۵) به آن مثبت بود. دیدگاه بیشتر مشارکت کنندگان در مورد مناسب نبودن وضعیت فیزیکی همسو بود. به طور کلی از نظر سطح کیفیت در سه بعد برنامه آموزش درمانگاهی در دیدگاه مشارکت کنندگان تفاوت‌هایی وجود داشت.

نتیجه‌گیری: دیدگاه کلی مشارکت کنندگان در مورد وضعیت موجود آموزش درمانگاهی به ویژه دیدگاه فراگیران منفی بود که می‌تواند به دلایل امکان کم فعالیت مستقل، نبود نظارت فعال اساتید، نبود آموزش نسخه‌نویسی و تشخیص‌های افتراقی و فضای فیزیکی نامطلوب باشد.

واژگان کلیدی: آموزش درمانگاهی، آموزش پزشکی، ارزشیابی برنامه، پزشکی

J Educ Ethics Nurs 2020;9(1&2):30-41

مقدمه

مهم‌ترین وظیفه پزشکان، حفظ یا کمک به بهبود سلامتی در افراد جامعه است [۱]. از این رو، آموزش پزشکی نقش مهمی در برنامه‌ریزی‌های درسی و ارائه برنامه‌های آموزشی دارد [۲]. بنا به اهمیت حرفه پزشکی، کسب مهارت‌های شناختی، عاطفی و

*نویسنده مسئول، نشانی: دانشجوی دکترای تخصصی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
 تلفن تماس: ۰۹۰۱۱۳۶۰۷۸۳
 تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۸/۱۵
 پست الکترونیک: maryyavari52@gmail.com
 تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۲/۱۶

بخش‌های سرپایی در کشورهای جهان افزایش پیدا کرده است، به گونه ای که در دو دهه اخیر، قسمت عمده آموزش پزشکی در آمریکا در درمانگاه‌ها انجام گرفته است [۱۰، ۱۱]. با توجه به اهمیت آموزش طب سرپایی، و لزوم ارتقای کیفیت آموزش در این عرصه مهم بالینی، محققین این بررسی تصمیم گرفتند از الگوی ارزشیابی مبتنی بر مشارکت‌کنندگان برای ارزشیابی برنامه آموزش درمانگاهی، استفاده کنند. این الگو، بر نظرات ذینفعان در موقعیت‌های آموزشی تأکید دارد، در حالیکه سایر الگوهای ارزشیابی، به طور کلی مبتنی بر هدف و بر اساس عینیت‌گرایی می‌باشند. رویکرد ارزشیابی مبتنی بر پرسیدن نظرات مشارکت‌کنندگان، در ارزشیابی برنامه‌های مورد نظر تکیه می‌کند و از دیدگاه صاحب‌نظران این الگو، دیدگاه ذینفعان و مشارکت‌کنندگان در آن برنامه آموزشی باید در نظر گرفته شود. این رویکرد از روش‌های ارزشیابی دموکراتیک است و بر قضاوت ارزشی ذینفعان تأکید دارد. در این رویکرد از روش‌های کمی و کیفی برای ارزشیابی استفاده می‌شود [۱۲]. از این جهت، این پژوهش به منظور ارزشیابی برنامه آموزش درمانگاهی بر اساس الگوی ارزشیابی مبتنی بر مشارکت‌کنندگان در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در (۱۳۹۷) در بخش‌های مختلف درمانگاهی انجام شد.

روش کار

این تحقیق به روش کمی - مقطعی و به منظور ارزشیابی برنامه آموزش درمانگاهی بر اساس الگوی ارزشیابی مبتنی بر نظر مشارکت‌کنندگان (Participant-oriented evaluation approach) شامل: دستیاران، کارورزان، پزشکان هیأت علمی و غیر هیأت علمی در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در (۱۳۹۷) در بخش‌های مختلف درمانگاهی انجام شد. به عبارت دیگر، کیفیت برنامه آموزش درمانگاهی، از دیدگاه مشارکت‌کنندگان این برنامه ارزشیابی شد. دلیل استفاده از این رویکرد بررسی همه جانبه نظرات مشارکت‌کنندگان نسبت به کیفیت آموزش درمانگاهی بود و به دلیل گستردگی ذینفعان و در دسترس نبودن افراد جهت انجام مصاحبه و تحلیل کیفی، از روش کمی استفاده گشت.

حجم نمونه با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵٪ و دقت ۵٪ و حجم جامعه ۳۰۶ نفری از دستیاران، کارورزان، اعضای هیأت علمی و غیر هیأت علمی حداقل نمونه لازم ۱۱۱ نفر محاسبه شد.

$$(n = \frac{Nz^2pq}{(N-1)d^2 + z^2pq}) \text{ (جدول ۱)}$$

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه ای بود که خراسانی و همکاران در (۱۳۸۵) در پژوهش خود «بررسی کیفیت آموزش درمانگاهی از دیدگاه استادان و دانشجویان

عملکردی برای درمان بیماران، عنصری ضروری می‌باشد و آموزش پزشکی نقش مهمی در کسب صلاحیت بالینی و کسب توانمندی‌های اصلی در پزشکان دارد [۳].

نقش آموزش پزشکی در تربیت نیروهای ارائه‌دهنده خدمات مراقب سلامتی بسیار برجسته است و با طرح روش‌های نوین و تئوری‌های آموزشی در سال‌های اخیر، افق‌های نوینی در مسیر ارتقای کیفیت آموزش پزشکی در نظام‌های آموزشی ایجاد شده است. از سوی دیگر آموزش مبتنی بر پیامد و برقراری نظام پاسخگو در عرصه پزشکی در راستای تربیت دانشجویان به منظور برآوردن نیازهای آینده شغلی و ارائه خدمت به جامعه مطرح گردیده است [۴]. محیط بالینی غالب سنتی در آموزش پزشکی، شامل آموزش بیمارستانی در بخش‌های بستری است و نقش عمده‌ای در ارائه آموزش بالینی دارد. این در حالی است که نیاز حرفه‌ای پزشکان در آینده به طور عمده متمرکز بر بیماران سرپایی در درمانگاه‌ها می‌باشد. از نظر نوع بیماری، زمان ایجاد ارتباط، شرح حال گیری، معاینه فیزیکی، بررسی‌های افتراقی، درمان و نسخه‌نویسی با بخش‌های بستری تفاوت‌های زیادی دارد و از این رو ارتقای کیفیت آموزش سرپایی و درمانگاهی مورد تأکید است و اهمیت زیادی در بهبود عملکرد بالینی در حرفه پزشکی دارد. بنابراین توجه آموزش پزشکی به آموزش درمانگاهی، مؤثر و معطوف گردیده است [۵].

آموزش درمانگاهی شامل: آموزش‌های بالینی مرتبط با هرگونه ویزیت و مورد مشورت قرار گرفتن برای مقاصد تشخیصی یا درمانی که در داخل بیمارستان و بدون بستری کردن بیمار صورت می‌گیرد، می‌باشد و به صورت تعامل آموزشی استادان با دانشجویان در جایگاه‌های بالینی غیر بستری (مانند: درمانگاه بیماران با وقت قبلی و درمانگاه بیماران اورژانس) رخ می‌دهد و قسمت مهمی از آموزش دانشجویان پزشکی است که علاوه بر ارتقای مهارت‌های بالینی، به توسعه مهارت‌های دانشجویان در برقراری ارتباط با بیمار، نگرش حرفه‌ای و همدلی کمک می‌کند [۶].

از این جهت، گرایش استادان بالینی به آموزش در عرصه آموزش درمانگاه به ویژه در دوره کارآموزی و کارورزی افزایش یافته است [۷]. از سوی دیگر، مروری سریع به تحولات در نظام آموزش عالی کشور نشان دهنده افزایش تعداد دانشجویان در دو دهه اخیر است، در حالی که کیفیت آموزش و ارتقای آن مغفول مانده است [۸]. بر اساس گزارش فدراسیون بین المللی پزشکی عمومی، اخیراً توجه به آموزش پزشکی (بویژه در مقطع پزشکی عمومی) گسترش یافته است [۹] و شواهد فراوانی از تأثیر آموزش درمانگاهی و سرپایی در بهینه نمودن عملکرد آینده پزشکان عمومی وجود دارد. از این رو، اهتمام به آموزش در

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۱۱۱ نفر (پزشک هیأت علمی و غیر هیأت علمی، دستیار و کارورز) شرکت داشتند. جدول ۱ توزیع فراوانی افراد مورد بررسی را بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد.

میانگین هر سه حیطة کیفیت آموزش درمانگاهی در بین دیدگاه زن و مرد، دستیاران سال‌های مختلف و پزشکان با سوابق کاری مختلف، تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$). همچنین بین دیدگاه‌های کادر درمانی در ارتباط با زمینه‌های کیفیت خدمات آموزشی و بازخورد به فراگیران در درمانگاه تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). به طوری که میانگین هر دو حیطة در بین پزشکان هیأت علمی و غیر هیأت علمی بیشتر از دستیاران و کارورزان می‌باشد. علاوه بر این، بین دیدگاه‌های دستیاران گروه‌های آموزشی مختلف در ارتباط با هر سه حیطة کیفیت آموزش درمانگاهی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). به طوری که میانگین هر سه زمینه در بین دستیاران گروه عفونی بیشتر از گروه‌های آموزشی دیگر است. همچنین میانگین حیطة کیفیت خدمات آموزشی از دیدگاه پزشکان دانشیار نسبت به استادیار و پزشکان فوق تخصص نسبت به متخصص به طور معناداری بیشتر می‌باشد ($p < 0/05$). (جدول ۲)

دیدگاه کلی شرکت‌کنندگان برنامه آموزش درمانگاهی در سه زمینه آموزش درمانگاهی شامل: کیفیت خدمات آموزشی، فضای فیزیکی و محیط درمانگاه و بازخورد به فراگیران نیز در جدول ۳ آمده است. در نتایج آزمون t از لحاظ آماری، ارتباط معناداری بین گروه‌های مختلف با دیدگاه آنها در حیطة کیفیت خدمات آموزشی و فضای فیزیکی و محیط درمانگاه دیده شد. ($p < 0/001$) و ($p = 0/43$) ولی از لحاظ آماری ارتباط معناداری بین گروه‌های مختلف با دیدگاه آنها در بازخورد به فراگیران در درمانگاه دیده نشد. ($p = 0/151$) (جدول ۴)

همانطور که در نمودارهای ۱ تا ۳ مشاهده می‌شود، دیدگاه کلی شرکت‌کنندگان در سه زمینه آموزش درمانگاهی از نظر کیفیت در دسته‌های متفاوتی قرار دارد. (نمودارهای ۱ تا ۳)

دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران»

[۱۱]، از آن استفاده نمودند و در این تحقیق نیز پایایی آن (Reliability) با استفاده از شاخص همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) محاسبه و $r = 0/95$ به دست آمد.

این پرسشنامه شامل سه بخش است؛ بخش اول شامل: کیفیت خدمات آموزشی که دارای ۵ گویه می‌باشد که با مقیاس بلی (۱) و خیر (۰) نمره‌گذاری می‌شود. بخش دوم شامل: حیطة‌های فضای فیزیکی و محیط درمانگاه که دارای ۶ گویه می‌باشد که در مقیاس لیکرت از نمره ۰ (خیلی نامناسب) تا نمره ۵ (خیلی مناسب) نمره‌گذاری می‌شود و بخش سوم شامل: بازخورد فراگیران از وضعیت درمانگاه است که دارای ۱۱ گویه می‌باشد و در مقیاس لیکرت از نمره ۰ (خیلی کم) تا نمره ۵ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌گردد.

دیدگاه کلی شرکت‌کنندگان در پژوهش در سه زمینه (زیر مقیاس)، طبقه بندی گردید:

۱- حیطة کیفیت خدمات آموزشی که نمرات از صفر تا ۵ می‌باشد شامل: کم (۰-۱)، متوسط (۳-۲)، زیاد (۵-۴)؛

۲- حیطة فضای فیزیکی و محیط درمانگاه که نمرات از ۵ تا ۳۰ می‌باشد شامل: کم (۵-۱۳)، متوسط (۲۱-۱۴)، زیاد (۳۰-۲۲)؛

۳- حیطة بازخورد فراگیران از وضعیت درمانگاه که نمرات از ۵۵ تا ۱۱ می‌باشد شامل: کم (۱۱-۲۵)، متوسط (۲۶-۴۰)، زیاد (۴۱-۵۵).

پزشکان هیأت علمی و غیر هیأت علمی، دستیاران (در چهار سطح: سال اول، دوم، سوم، چهارم) و کارورزان در درمانگاه‌های بیمارستان شهید بهشتی مشارکت‌کنندگان تحقیق بودند و پرسشنامه را تکمیل کردند.

از نرم افزار SPSS ۱۶ برای تحلیل داده‌ها به صورت آمار توصیفی (توزیع فراوانی و میانگین و انحراف معیار) برای تعیین نمره رضایتمندی و آمار استنباطی (آزمون‌های t و ANOVA) و در صورت نورمال نبودن توزیع نمونه‌ها از معادل ناپارامتری آنها آزمون‌های یو مان ویتنی و یا کراس کال والیس) برای مقایسه زیر گروه‌ها استفاده شد. همچنین از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمالیتی داده‌ها استفاده گشت.

جدول ۱: توزیع افراد بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	فراوانی	درصد
جنس	زن	۴۸
	مرد	۶۳
کادر درمانی	پزشک هیات علمی	۲۷
	غیر هیات علمی	۴۲
	دستیار	۲۹
	کارورز	۲۶
سال دستیاری	سال اول	۱۶
	سال دوم	۱۳
	سال سوم	۱۳
گروه آموزشی دستیار	داخلی	۸
	اطفال	۱۱
	جراحی	۱۰
	عفونی	۳
	زنان	۷
	نورولوژی	۳
مرتبه علمی پزشک	استاد	۱
	دانشیار	۱۰
	استادیار	۲۷
مدرک تحصیلی پزشک	تخصص	۲۲
	فوق تخصص	۱۸
سابقه کاری پزشک	کمتر از ۵ سال	۱۵
	۵ تا ۱۰ سال	۵
	۱۱ تا ۱۵ سال	۴
	بالای ۱۵ سال	۱۶

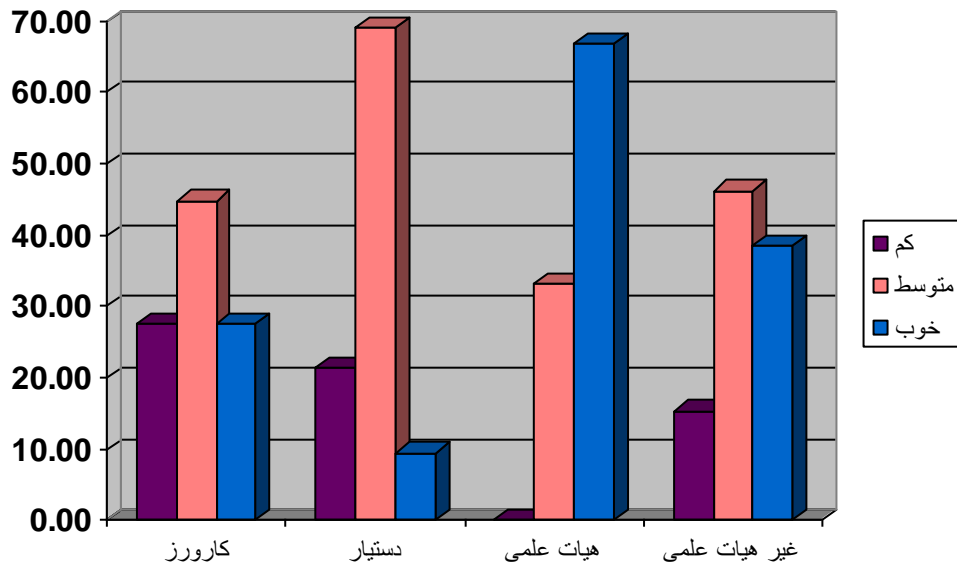
جدول ۲: مقایسه نمره حیطه‌های کیفیت آموزش درمانگاهی از دیدگاه افراد مورد تحقیق بر اساس متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	حیطه	کیفیت خدمات آموزشی	فضای فیزیکی و محیط درمانگاه	بازخورد به فراگیران در درمانگاه
جنس	زن	۱/۳۹±۲/۸۳	۲/۷±۱۵/۷۷	۵/۲۲±۳۵/۳۷
	مرد	۱/۲۶±۲/۷۹	۱/۹۱±۱۵/۸۴	۴/۴۵±۳۵/۷۰
	مقدار p	۰/۸۷۵	۰/۸۶۶	۰/۷۳۶
کادر درمانی	پزشک هیات علمی	۰/۹۸±۳/۸۵	۱/۸۱±۱۶/۰۷	۴/۰۱±۳۸/۰۰
	غیر هیات علمی	۱/۰۸±۳/۰۰	۲/۳۱±۱۶/۰۰	۲/۶۶±۳۷/۳۸
	دستیار	۰/۹۷±۲/۳۱	۱/۸۲±۱۶/۰۲	۴/۵۳±۳۵/۸۸
	کارورز	۱/۵۵±۲/۴۸	۲/۷۴±۱۵/۱۷	۴/۵۹±۳۲/۰۰
	مقدار p	<۰/۰۰۱	۰/۳۳۱	<۰/۰۰۱
سال دستیاری	سال اول	۰/۹۱±۲/۱۸	۲/۱۸±۱۵/۸۷	۴/۸۶±۳۶/۹۳
	سال دوم	۰/۸۷±۲/۴۶	۱/۷۳±۱۶/۰۰	۳/۲۸±۳۴/۸۴
	سال سوم	۱/۱۸±۲/۳۰	۱/۸۲±۱۶/۰۲	۵/۲۰±۳۵/۶۱
	مقدار p	۰/۷۶۲	۰/۸۷۷	۰/۴۶۲
گروه آموزشی دستیار	داخلی	۰/۸۸±۱/۷۵	۱/۹۶±۱۶/۸۷	۵/۳۵±۳۴/۱۲
	اطفال	۲/۵۴±۰/۸۲	۱۵/۱۸±۱/۴۰	۳۵/۷۲±۲/۸۳
	جراحی	۲/۲۰±۰/۷۸	۱۵/۳۰±۱/۷۰	۳۴/۴۰±۲/۵۰
	عقونی	۴/۰۰±۰/۰۰	۱۷/۰۰±۰/۰۰	۴۲/۶۶±۲/۳۰
	زنان	۲/۵۷±۰/۵۳	۱۶/۰۰±۱/۹۱	۴۰/۲۸±۲/۲۱
	نورولوژی	۱/۰۰±۱/۰۰	۱۸/۳۳±۱/۵۲	۲۹/۰۰±۱/۰۰
	مقدار p	<۰/۰۰۱	۰/۰۳۴	<۰/۰۰۱
مرتبه علمی پزشک*	دانشیار	۱/۰۳±۴/۲۰	۱/۴۹±۱۶/۳۰	۳/۸۶±۳۷/۳۰
	استادیار	۱/۰۷±۳/۳۳	۱/۸۳±۱۶/۲۶	۳/۷۴±۳۷/۸۵
	مقدار p	۰/۰۳۳	۰/۹۴۶	۰/۶۹۶
مدرک تحصیلی پزشک	تخصص	۱/۰۷±۳/۲۷	۲/۱۱±۱۶/۲۲	۳/۰۲±۳۷/۲۷
	فوق تخصص	۰/۹۹±۳/۹۴	۱/۷۹±۱۵/۸۳	۴/۲۰±۳۸/۴۴
	مقدار p	۰/۰۴۹	۰/۵۳۴	۰/۳۱۲
سابقه کاری پزشک	کمتر از ۵ سال	۳/۰۶±۱/۱۰	۱۶/۱۳±۲/۵۰	۳۷/۰۰±۲/۵۳
	۵ تا ۱۰ سال	۴/۰۰±۰/۷۰	۱۶/۰۰±۱/۲۲	۳۸/۶±۲/۳۰
	۱۱ تا ۱۵ سال	۴/۰۰±۰/۸۱	۱۶/۵۰±۲/۰۸	۴۱/۰۰±۳/۷۴
	بالای ۱۵ سال	۳/۸۱±۱/۱۰	۱۵/۸۷±۱/۶۷	۳۷/۵۰±۴/۴۵
	مقدار p	۰/۱۳۹	۰/۹۵۱	۰/۲۴۰

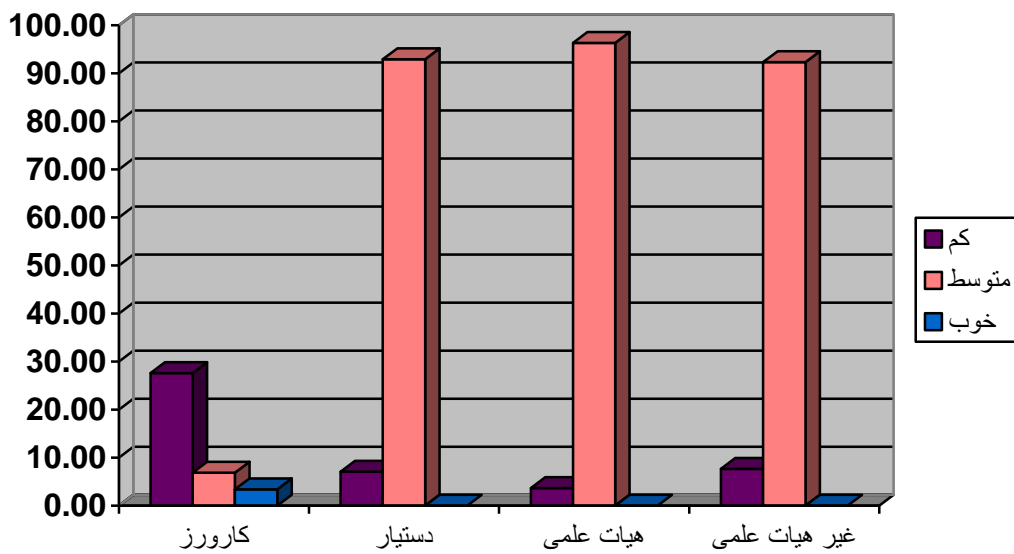
* با توجه به اینکه در مرتبه علمی استاد تنها یک نفر حضور داشت بنابراین از تحلیل حذف شد.

جدول ۳: دسته بندی مجموع امتیازات به برنامه آموزش درمانگاهی از دیدگاه مشارکت‌کنندگان و آزمون t

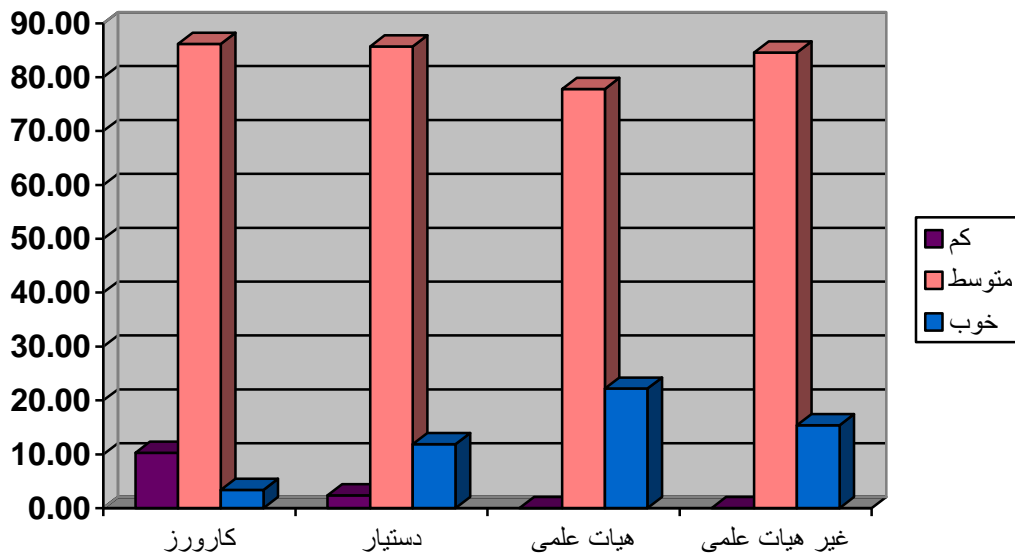
p.value	غیرهیأت علمی		هیأت علمی		دستیار		کارورز		تقسیم بندی	برنامه آموزش درمانگاهی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
>۰/۰۰۱	۱۵/۴	۲	۰	۰	۲۱/۴	۹	۲۷/۶	۸	کم	کیفیت خدمات آموزشی
	۴۶/۲	۶	۳۳/۳	۹	۶۹	۲۹	۴۴/۸	۱۳	متوسط	
	۳۸/۵	۵	۶۶/۷	۱۸	۹/۵	۴	۲۷/۶	۸	خوب	
۰/۰۴۳	۷/۷	۱	۳/۷	۱	۷/۱	۳	۲۷/۶	۸	کم	فضای فیزیکی و محیط درمانگاه
	۹۲/۳	۱۲	۹۶/۳	۲۶	۹۲/۹	۳۹	۶۹	۲۰	متوسط	
	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳/۴	۱	خوب	
۰/۱۵۱	۰	۰	۰	۰	۲/۴	۱	۱۰/۳	۳	کم	بازخورد به فراگیران در درمانگاه
	۸۴/۶	۱۱	۷۷/۸	۲۱	۸۵/۷	۳۶	۸۶/۲	۲۵	متوسط	
	۱۵/۴	۲	۲۲/۲	۶	۱۱/۹	۵	۳/۴	۱	خوب	



نمودار ۱: دسته بندی مجموع امتیازات در حیطه کیفیت خدمات آموزشی



نمودار ۱: دسته بندی مجموع امتیازات در حیطه فضای فیزیکی و محیط درمانگاه



نمودار ۱: دسته بندی مجموع امتیازات در حیطه بازخورد به فراگیران در درمانگاه

بحث

شامل: دستیاران، اعضای هیأت علمی و مشارکت‌کنندگان غیر هیأت علمی این برنامه، در سطح متوسطی قرار داشت. همچنین از نظر بازخورد به فراگیران دیدگاه بیشتر مشارکت‌کنندگان شامل: کارورزان، دستیاران، اعضای هیأت علمی و مشارکت‌کنندگان غیر هیأت علمی در سطح متوسط قرار داشت. تحقیقات مختلف در داخل و خارج از کشور در خصوص آموزش‌های بالینی و درمانگاهی نشان می‌دهد که این آموزش‌ها دارای اثربخشی لازم نیستند. به عنوان مثال، پژوهش انجام شده توسط Hickey در آمریکا (۲۰۱۰) روی ۷۵۰۰ فارغ التحصیل پرستاری نشان داد که یک پنجم آنها در انجام وظایف بالینی خود دچار اشکال بوده و ۵۲ درصد گزارش کردند که آمادگی لازم را برای فعالیت در عرصه بالینی ندارند [۱۳]. بر همین اساس، Fitzgibbons و همکاران نیز توجه به آموزش درمانگاهی را در بازنگری برنامه‌های دستیاری نشان دادند [۱۴]. این پژوهش‌ها از نظر بررسی حیطه‌های کیفیت آموزش درمانگاهی با تحقیق ما همخوانی ندارند ولی از نظر جنبه تأکید بر آموزش در این عرصه مهم بالینی مشابه هستند.

در اغلب تحقیقات خارجی مانند: مطالعه Delva و همکاران در دانشگاه Queen کانادا موارد مطرح آموزش درمانگاهی در چند گروه شامل: اهداف آموزشی، محیط و شرایط فیزیکی و امکانات و فعالیت‌های مستقل و نظارت استادان و آموزش‌های ویژه درمانگاهی (نسخه نویسی و مدیریت بیمار) مورد بررسی قرار گرفت و چالش‌ها استخراج گشت [۱۵]. این بررسی از نظر

این تحقیق با هدف بررسی کیفیت آموزش درمانگاهی از دیدگاه ذینفعان بر اساس الگوی ارزشیابی مبتنی بر مشارکت‌کنندگان انجام شد. دیدگاه بیشتر کارورزان (۸۴٪/۵) و دستیاران (۴۵٪/۴) نسبت به کیفیت موجود آموزش درمانگاهی منفی بود در صورتی که دیدگاه بیشتر استادان (۶۶٪/۷) و پزشکان (۳۸٪/۵) به کیفیت موجود مثبت بود. دیدگاه استادان و پزشکان و کارورزان و دستیاران در مورد مناسب نبودن وضعیت فیزیکی همسو بود. تفاوت معناداری بین بخش‌های نورولوژی و عفونی در دیدگاه کلی نسبت به آموزش درمانگاهی وجود داشت. ($p < 0/001$) اما در مورد امکان انجام فعالیت‌های مستقل فراگیران ($p < 0/001$)، آموزش نسخه‌نویسی ($p < 0/001$)، مدیریت درمانگاه ($p = 0/010$)، و نظارت و اصلاح استادان و پزشکان ($p = 0/045$)، تفاوت معناداری در دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان وجود داشت. چنان‌که فراگیران (کارورزان و دستیاران) تمامی موارد فوق را در حد کم و خیلی کم بیان کردند که متفاوت با نظر استادان و پزشکان بود. به طور کلی از نظر سطح کیفیت (کم، متوسط و خوب) در سه حیطه برنامه آموزش درمانگاهی در دیدگاه مشارکت‌کنندگان تفاوت‌هایی وجود داشت. به طوری که زمینه کیفیت خدمات آموزشی از دیدگاه بیشتر دستیاران و کارورزان در دسته متوسط قرار داشت ولی از دیدگاه اعضای هیأت علمی در سطح خوب و از دیدگاه مشارکت‌کنندگان غیر هیأت علمی نیز در سطح متوسط و خوب قرار داشت. فضای فیزیکی و محیط درمانگاه در برنامه آموزش درمانگاهی از دیدگاه بیشتر کارورزان در سطح خوبی قرار داشت ولی از دیدگاه سایر مشارکت‌کنندگان

و به نظر می‌رسد با انتشار استانداردهای بالینی توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در کشورمان لازم است به آموزش این عرصه مهم بالینی به طور رسمی تأکید داشته باشیم و با دریافت راهنمایی از متخصصین آموزش پزشکی به پایش و ارزشیابی عرصه آموزش درمانگاهی توجه نماییم.

بررسی Anderson در آمریکا (۲۰۰۲)، نشانگر آن است که ارائه خدمات سرپایی به صرفه تر و مؤثرتر از بستری کردن بیماران می‌باشد و از طرف دیگر رضایت مراجعین را به دنبال دارد [۲۲]. این پژوهش به پیامدهای کاهش شکایت‌های بیماران و افزایش کارآمدی و اثربخشی خدمات مراقبتی و کاهش هزینه‌های درمانی از طریق ارائه خدمات سرپایی و درمانگاهی با کیفیت اشاره دارد.

تحقیقات داخلی مختلفی نیز به بررسی جوانب آموزش درمانگاهی پرداخته اند. در بررسی خراسانی و همکاران بین جنسیت فراگیران با دیدگاه آنان رابطه معنادار وجود داشت و در واقع زنان دیدگاه منفی تری از نظر خرده مقیاس کیفیت خدمات آموزشی نسبت به مردان داشتند. بیشترین دیدگاه منفی نسبت به آموزش درمانگاهی در زمینه بازخورد به فراگیران در درمانگاه بوده که در مردان (۶۴/۹ درصد) و در زنان (۶۴/۳ درصد) بود [۱۱] که از این نظر با پژوهش ما همخوانی داشت. همچنین در تحقیق ما از نظر قسمت کیفیت خدمات آموزشی بیشترین نمره درصدی و دیدگاه مثبت، مربوط به گروه عفونی (۸۰ درصد) و کم‌ترین نمره درصدی مربوط به گروه نورولوژی (۲۰ درصد) می‌باشد که با بررسی خراسانی و همکاران همخوانی ندارد.

از سویی دیگر در تحقیق خراسانی و همکاران [۱۱] نتایج بررسی دیدگاه کلی پاسخ‌دهندگان نسبت به وضعیت موجود آموزش درمانگاهی نشان داد که دیدگاه بیشتر (۷۳/۵) مشارکت‌کنندگان نسبت به وضعیت موجود آموزشی درمانگاهی، کاملاً یا نسبتاً منفی بوده و بین نظر استادان و دانشجویان اختلاف کاملاً معناداری مشاهده می‌شود. در حالی که بیشتر دانشجویان نسبت به وضع موجود آموزش درمانگاهی نسبت به وضع موجود آموزش درمانگاهی کاملاً مثبت داشتند. مقایسه دیدگاه کلی رده‌های مختلف فراگیران نشان داد که بین دیدگاه کارروزان و دستیاران نسبت به آموزش درمانگاهی تفاوت معناداری وجود دارد. در پژوهش حاضر در زمینه کیفیت خدمات آموزشی (۲۷/۶ درصد) کارروزان‌ها دیدگاه مثبت داشتند در حالی که دستیاران تنها (۹/۵ درصد) دیدگاه مثبت داشتند ولی اعضای هیأت علمی (۶۶/۷ درصد) و پزشکان غیر هیأت علمی (۳۸/۵ درصد) دیدگاهشان نسبت به این حیطه مثبت بود. میان بررسی خراسانی و همکاران [۱۱] و تحقیق ما از نظر

شرایط فیزیکی و نحوه نظارت و آموزش استادان و به نوعی ارائه بازخورد با تحقیق ما همخوانی دارد.

در زمینه برنامه آموزش درمانگاهی، Tobaiqy و همکاران (۲۰۰۷)، بر روی ۹۰ پزشک جوان درباره آموزش فارماکولوژی بالینی بررسی کردند و ۳۰ درصد آنها دانش خود را در زمینه فارماکولوژی بالینی کم و یا بسیار کم ارزیابی کردند [۱۶]. این نتیجه به اهمیت آموزش درمانگاهی در ارتقای توانمندی فارماکولوژی پزشکان تأکید دارد و لازم است که استادان بر آموزش و ارتقای آن دسته از مهارت‌هایی که دانش و توانمندی آنها ناکافی گزارش می‌شود، تأکید داشته باشند.

در پژوهش Sandilands و همکاران در دانشگاه ادینبورگ انگلستان (۲۰۱۱)، نشان داده شد که اگر چه آموزش به تنهایی می‌تواند خطا در نسخه نویسی را کاهش دهد، ولی این کاهش فقط تا حد مشخصی اتفاق می‌افتد و عوامل دیگر نیز مؤثر هستند که باید ارزیابی گردند [۱۷]. این بررسی به زیر حیطه نسخه‌نویسی در آموزش درمانگاهی اشاره دارد و نقش آموزش را تا حدی در ارتقای این مهارت مؤثر بیان می‌کند. در پژوهش Wolpaw و Wolpaw (۲۰۰۳) رضایت نسبی از آموزش درمانگاهی به خصوص در مورد نحوه آموزش استادان در درمانگاه را در بررسی خود نشان دادند [۱۸].

البته در تحقیق ما به دلیل اینکه یک گروه هدف مد نظر نبود و ارزشیابی از دیدگاه ۴ گروه مشارکت‌کننده در برنامه آموزش درمانگاهی مورد بررسی قرار گرفت، نمی‌توان به وضوح گفت رضایت داشتن یا نداشتن از این برنامه وجود داشت. این در حالی است که دیدگاه هر کدام از مشارکت‌کنندگان، از جهت هایی تفاوت داشت. ولی در زمینه ارائه بازخورد به فراگیران، دیدگاه همه مشارکت‌کنندگان در سطح متوسطی قرار داشت و این نتیجه نشان دهنده لزوم تقویت ارائه بازخورد و آموزش نحوه چگونگی آن به استادان بالینی می‌باشد.

تحقیق Pangaro و Gibson (۱۹۹۵) و بررسی Macleod و همکاران (۲۰۰۲) در آمریکا، نشان داده شد که گردش‌های دوره‌های دانشجویان در بخش‌های طب سرپایی، باعث افزایش توانمندی دانشجویان در مدیریت بیماران بوده است [۱۹، ۲۰]. این پژوهش، به اهمیت آموزش درمانگاهی در ارتقای توانمندی مدیریت در دانشجویان اشاره دارد و هر چند این یافته مشابهتی با متحقیق ما ندارد ولی از نظر اثربخشی آموزش درمانگاهی مؤثر و پیامدهای مثبت آن حائز اهمیت است.

در پژوهش Losky و Borkan در آمریکا مهم‌ترین موانع آموزشی طب سرپایی را وجود نداشتن دستورالعمل‌های معتبر آموزشی، یکسان نبودن نیازهای آموزش و زمان ناکافی ذکر شد [۲۱]. این تحقیق نیز به وجود استانداردهای آموزش درمانگاهی تأکید دارد

پژوهش شمس و همکاران (۱۳۸۹) به صورت کیفی و با هدف بررسی چالش‌های فراروی استاد و دانشجویان پزشکی عمومی در محیط‌های آموزشی برای افزایش بهره‌وری محیط‌های آموزشی انجام شد. چالش‌ها در ۶ گروه استخراج شدند و شامل: برنامه ریزی، هیأت علمی، کاروزان، فعالیت‌های آموزشی، منابع یادگیری و ارزشیابی دانشجویان بودند. کاروزان معتقد بودند که بسیاری از موارد ضروری و کاربردی برای طبابت، به آنها آموزش داده نمی‌شود و بیشتر مطالب، غیر کاربردی هستند. در مجموع، آنها آموزش در مورد داروها، نسخه‌نویسی، دوز مصرفی، اشکال دارویی، عوارض جانبی، آموزش نحوه مصرف دارو به والدین و ارائه توصیه‌های لازم را خیلی کم دانستند. یکی از مشکلاتی که در مورد آموزش بالینی به ویژه آموزش در مراکز سرپایی توسط مدرسان مطرح شد، نبود منابع آموزشی مناسب بود؛ منابعی که به جای توضیح درباره بیماری‌ها، بر اساس رویکرد به بیماران با شکایات بالینی مختلف بحث شده باشد. در نهایت در این بررسی یکی از وظایف مدرسان و مسئولان دانشگاه، تأمین منابع مناسب آموزشی به شکل تهیه یک راهنمای تحقیقی که بر اساس علائم بیماران یا به عبارتی به صورت رویکرد به بیماران مختلف باشد، بیان شد [۲۵]. به نظر می‌رسد بررسی‌های کیفی در استخراج چالش‌ها و راه‌کارهای ارتقای کیفیت آموزش درمانگاهی از دیدگاه مشارکت‌کنندگان برنامه آموزش درمانگاهی بسیار مؤثر باشد.

به طور کلی بررسی حاضر با تحقیقات *یزدانی و همکاران* [۲۶]، *بازاری و همکاران* [۲۷]، *Wolpaw و Wolpaw* [۱۸]، از آن جهت که در آن بیشتر فراگیران نظام موجود آموزش درمانگاهی را جوابگوی نیازهای آینده پزشکان عمومی نمی‌دانستند و همچنین امینی و همکاران در تبریز، که نشان دادند بیش از نیمی از دانشجویان و کمتر از نیمی از استادان آموزش درمانگاهی را ناکارآمد دانستند [۲۳]، مطابقت داشت ولی با نتایج بررسی *شایگاه و همکاران* در اصفهان که در آن بیش از نیمی از فراگیران از آموزش درمانگاهی رضایت داشتند [۲۸]، متفاوت بود.

در پژوهش حاضر، در قسمت فضای فیزیکی و محیط درمانگاه بیشترین دیدگاه مثبت مربوط به گروه نورولوژی (۶۱/۱ درصد) و کمترین دیدگاه مثبت مربوط به گروه اطفال (۵۰/۰۶ درصد) بود که با تحقیقات *برجی و همکاران* (۱۳۸۰) در زاهدان [۲۴]، *حقانی و همکاران* (۱۳۸۷) [۲۹] و *شمس و همکاران* (۱۳۸۹) در اصفهان [۲۵] هم‌خوانی داشت.

از نقاط قوت این تحقیق، بررسی دیدگاه ذینفعان در سه حیطه آموزش درمانگاهی شامل: کیفیت خدمات آموزشی، فضای فیزیکی و محیط درمانگاه و بازخورد به فراگیران بود و طیف

دیدگاه کاروزان اختلاف وجود دارد در حالی که میان دیدگاه دستیاران و اعضای هیأت علمی، هم‌خوانی وجود دارد.

امینی و همکاران (۱۳۸۱) به بررسی وضعیت آموزش سرپایی از دیدگاه کاروزان در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز پرداختند و نتایج نشان داد که ۵۱/۹ درصد کاروزان نقش اصلی خود را در درمانگاه اخذ شرح حال و معاینه و اقدام درمانی همراه با نظارت ذکر کردند، ۶۲/۴ درصد کاروزان معتقد بودند که استادان در بیشتر موارد در درمانگاه‌ها حضور دارند. تعداد ۶۴/۶ درصد اظهار کردند که رزیدنت‌ها در آموزش سرپایی کاروزان شرکت داشتند. در بررسی ۱۲ بخش بالینی در ۱۰۰ درصد موارد کاروزان اظهار نمودند که «تا حدودی» با اداره بیمار آشنا شده‌اند و دریافتند که افزایش مدت زمان آموزش طب سرپایی در مراکز سرپایی، حضور پر بارتر استادان و دستیاران و پرداختن بیشتر به جنبه‌های عملی چگونگی اداره بیمارستان سرپایی از مهم‌ترین مسائل آموزش پزشکی سرپایی در دوره پزشکی عمومی می‌باشد [۲۳]. این تحقیق به نقش مهم استادان در هدایت دانشجویان و آموزش درمانگاهی اثربخش از دیدگاه کاروزان که یکی از مهم‌ترین ذینفعان و مشارکت‌کنندگان در برنامه آموزش درمانگاهی هستند، اشاره دارد. در پژوهش ما کاروزان، یک گروه از مشارکت‌کنندگان برای ارزشیابی برنامه آموزش درمانگاهی بودند.

در بررسی *برجی و همکاران* (۱۳۸۰) نگرش اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان نسبت به فرآیند آموزش طب سرپایی بررسی شد و نتایج نشان داد که ۷۵/۷ درصد از استادان معتقدند که آموزش‌های بیمارستانی به تنهایی جهت آماده‌سازی دانشجویان برای مسئولیت شغلی آینده آنها کافی نمی‌باشد و ۵۱/۵ درصد آنها تناسبی بین نوع بیماری‌های مشاهده شده در دوران آموزش دانشجویان و شیوع بیماری‌هایی که بعداً در جامعه با آنها مواجه خواهند شد، نمی‌بینند. در مورد بهترین مکان آموزشی، ۷۵ درصد استادان درمانگاه آموزشی بیمارستان را جهت آموزش طب سرپایی انتخاب کردند و فضا و امکانات و زمان لازم جهت معاینه بیماران را ناکافی اعلام کردند و ۵۱/۵ درصد از آنها ۳ دانشجو را برای هر دوره آموزش طب سرپایی در کنار یک عضو هیأت علمی، توصیه کردند و در مورد موانع موجود بر سر راه آموزش طب سرپایی، ۳۳ درصد استادان محدودیت زمانی استاد، نارضایتی بیمار از حضور دانشجو، انگیزه نداشتن استادان و کمبود امکانات را ذکر کردند [۲۴]. این پژوهش به وجود تناسب میان آموزش‌ها با نیازهای آینده شغلی دانشجویان از دیدگاه استادان اشاره دارد. همچنین نبود امکانات و فضای کافی از دیدگاه استادان با نتایج تحقیق ما مطابقت دارد.

۹. در نظر گرفتن مسائل اقتصادی و تشویق مادی برای ایجاد انگیزه در استادان برای آموزش درمانگاهی.
۱۰. استفاده از پزشکان غیرهیأت علمی توانمند و علاقمند برای آموزش فراگیران در درمانگاه.
۱۱. ارزشیابی دوره‌ای همراه با ارائه بازخورد به فراگیران و استادان برای بهبود و ارتقای عملکرد آنان در آموزش درمانگاهی.

نتیجه‌گیری

به طور کلی دیدگاه منفی اغلب فراگیران پزشکی نسبت به کیفیت موجود آموزش درمانگاهی علی‌رغم علاقه به آموزش درمانگاهی، در مقابل دیدگاه نسبتاً مثبت بیشتر استادان در این مورد، در تضاد بود. همچنین از دیدگاه فراگیران، عواملی همچون: عدم کفایت آموزشی نسخه‌نویسی، مدیریت درمانگاهی، تشخیص‌های افتراقی و همچنین کم بودن امکان فعالیت مستقل فراگیران را در درمانگاه، وجود داشت. ارائه کارگاه‌های آموزشی به منظور ارائه استانداردهای آموزش بالینی، جهت توانمندسازی استادان و همچنین پیش‌آموزش درمانگاهی توسط متخصصین آموزش پزشکی جهت ارتقا و اثربخشی این عرصه مهم آموزش بالینی، ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل پایان‌نامه دکترای حرفه‌ای پزشکی عمومی در دانشگاه علوم پزشکی کاشان است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که در انجام این تحقیق تعارض منافی وجود ندارد.

وسیع‌تری از مشارکت‌کنندگان این برنامه آموزشی را در بر گرفت. برنامه آموزش درمانگاهی و سرپایی بخش مهمی از برنامه‌های آموزش بالینی است که جهت تربیت پزشکان و ارتقای توانمندی‌های اصلی (Core Competency) در پزشکی باید مورد توجه قرار گیرد.

از نقاط ضعف این بررسی در نظر نگرفتن دیدگاه بیماران به عنوان یکی از ذینفعان اصلی برنامه آموزش درمانگاهی می‌باشد که به منظور تعمق در بررسی کیفیت آموزش و ارائه راهکارهای بهبود برای آن، پیشنهاد می‌شود که بررسی‌های بعدی با روش کیفی انجام شود.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر و سایر تحقیقات انجام شده و نقش مهم آموزش درمانگاهی در آموزش فراگیران پزشکی، موارد ذیل جهت بهبود برگزاری این آموزش پیشنهاد می‌گردد:

۱. توجه بیشتر به آموزش طب سرپایی توسط استادان و ارائه روش‌های نوین آموزش به فراگیران با بهره‌گیری از مشورت با استادان و متخصصین آموزش پزشکی.
۲. توجه ویژه به آموزش تشخیص بیماری و نسخه‌نویسی در طب سرپایی.
۳. ایجاد امکان فعالیت مستقل فراگیران در درمانگاه همراه با نظارت استادان.
۴. توجه به بهبود فضای فیزیکی و گسترش منابع علمی جهت روزآمد کردن دانش در درمانگاه.
۵. ارائه دوره نحوه آموزش درمانگاهی در دانشگاه‌ها برای افزایش دانش، مهارت و انگیزه استادان در مورد آموزش درمانگاهی.
۶. استفاده از آزمون‌های ویژه در آموزش درمانگاهی برای استادان و دانشجویان.
۷. به کارگیری نگرش مبتنی بر شواهد در آموزش درمانگاهی.
۸. اختصاص سهم منطقی از آموزش مداوم پزشکان به طب سرپایی.

References:

1. Noorian A, Mousavi Nasab N, Vahabi M. A survey on medical students 'and faculty members' attitudes toward education in medical center Sociologist of Zanjan. Developmental steps in medical education Journal of Medical Education Development & Development Center 2006; 3(1): 43.
2. Amir Esmaili MR, Nekoyi M, Musazadeh M Pahlavan E. Challenges of General Medical Education in Iran: A Qualitative Study. Developmental steps in medical education Journal of the Center for the Study of Medical Education 2015; 9(2): 111- 1331.
3. Bass EB, VI AHF, Morrison G, Wills S, Mumford LM, Goroll AH. National survey of clerkship directors in internal medicine on the competencies that should be addressed in the medicine core clerkship. The American journal of medicine 1997; 102(6): 564-71.
4. Mazor KM, Stone SL, Carlin M, Alper E. What do medicine clerkship preceptors do best? Acad Med 2002; 77(8): 837-40.
5. Alizadeh M, Sadeghi Hassan Abadi A, Tabatabai H R, Sharifi B. A survey of general practitioners working in Health centers in Shiraz about education Outpatient Medicine. Synopsis of the articles of the medical congress

- Outpatient Eleventh Non-National Geographic Conference Shiraz University of Medical Sciences and the first medical conference. Footy Iran: 116.
6. Dent JA. AMEE Guide No 26: Clinical teaching in ambulatory care settings: making the most of learning opportunities without patients. *Med Teach* 2005; 27(4): 302-15.
 7. Bowen JL, Salerno SM, Chamberlain JK, Eckstrom E, Chen HL, Brandenburg S. Changing habits of practice: transforming internal medicine residency education in ambulatory settings. *Journal of general internal medicine* 2005; 20(12): 7-1181.
 8. Mostafavian Z, Safa M M A Survey of medical graduates' opinions about medical education at Islamic Azad University of Mashhad 2015. *Medical Sciences* 2015; 5(2): 1-15.
 9. Van Niekerk JdV. WFME global standards receive ringing endorsement. *Medical Education* 2003; 37(7): 585-6.
 10. Khorasani CH, Mahmoudi M, Vahid Shahi L, Gafari M. [Evaluation of faculty members and students ambulatory teaching]. *Journal of Mazandaran university of medical sciences* 2007; 17(58): 87-100. [Persian]
 11. Kurth RJ, Irigoyen MM, Schmidt HJ. Structuring student learning in the primary care setting: where is the evidence? *Journal of evaluation in clinical practice* 2001; 7(3): 325-33.
 12. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Program evaluation. *Alternative approaches and practical guidelines* 1997; 2.
 13. Hickey MT. Baccalaureate nursing graduates' perceptions of their clinical instructional experiences and preparation for practice. *Journal of Professional Nursing* 2010; 26(1): 35-41.
 14. Fitzgibbons JP, Bordley DR, Berkowitz LR, Miller BW, Henderson MC. Redesigning residency education in internal medicine: a position paper from the Association of Program Directors in Internal Medicine. *Ann Intern Med* 2006; 144(12): 920-6.
 15. Delva MD, Schultz KW, Kirby JR, Godwin M. Ambulatory teaching: Do approaches to learning predict the site and preceptor characteristics valued by clerks and residents in the ambulatory setting. *BMC med edu* 2005; 5: 35.
 16. Tobaiqy M, Mclay J, Ross S. Foundation year 1 doctor and clinical pharmacology and therapeutic teaching. A retrospective view in light of experience. *Br J Clin Pharmacol* 2007; 64(3): 363-72.
 17. Sandilands EA, Reld K, Shaw L, Bateman DN, Webb DJ, Dhaun N, et al. Impact of a focussed teaching programme on practical prescribing skills among final year medical students. *Br J Clin Pharmacol* 2011; 71(1): 29-33.
 18. Wolpaw TM, Wolpaw DR, Papp KK. SNAPPS: a learner-centered model for outpatient education. *Acad Med* 2003; 78(9): 893-8.
 19. Macleod C, McElroy G, Oloan D, et al. Ambulatory paediatrics: does it work? *Ir Med J* 2002; 95(2): 41-4.10.
 20. Pangaro L, Gibson K. A prospective randomized trial of a six-week ambulatory medicine rotation. *Acad Med* 1995; 70(6): 537-41.
 21. Losky LG, Borkan SC. Strategies to improve teaching in the ambulatory medicine. *Arch Intern Med* 1990; 150(10): 2133-77.
 22. Anderson JJ, Ruwe M, Miller DR, Kazis L, Felson DT, Prashker M. Relative costs and effectiveness of specialist and general internist ambulatory care for patients. *J Rheumatol* 2002; 29(7): 1488-95.
 23. Amini A, Alizadeh M, Farzaneh F. Ambulatory medical education in educational centers of Tabriz school of medicine, Intern's point of view. *Iranian Journal of medical educatio*. 2002; 2:13.
 24. Boreji A, Ghanbari M R, Imani M, Shariati J. Reviwo the Attitudes of Faculty Members of the University of Medical Sciences of Zahedan on the Process of Medical Outpatient Education in 2001, *Iranian Journal of Medical Education* 2002; 7.
 25. Shams B, Jamshidian S, Changiz T. Educational Challenges in Ambulatory Pediatrics Teaching Programs Based on the Experiences of Interns and Attends: a Qualitative Study. *Strides Dev Med Educ* 2010; 7(2): 81-91. [Persian]
 26. Yazdani R, Mahmoodi R, Sajjadi SMJ, Ahmadzadeh Kh, Raji M. Quality of outpatient education in educational clinics of Hormozgan University of Medical Sciences: Students and Professors' attitude. *Int J Pharm Tech Res* 2016; 9(2): 55-59.
 27. Bazzazi N, Falahi nia G, Yavari kia A, Houshmand B. Medical Students' Viewpoints about the Quality of Education in Outpatient Clinics in Hamedan niversity of Medical Sciences in 2007. *Iran J Med Educ* 2011; 11(2): 167-73. [Persian]
 28. Shaygah B, Ahmadi A. The viewpoints of medical students about quality of communication medicine in Navab Safavi health center, Isfahan. *Proceedings of the 11th National Conference on Medical Education* 2010; 6-8. [Persian]
 29. Haghani F, Mollabashi R, Jamshidian S, Memarzadeh M. Physical Environment Status of Educational Clinics in Isfahan University of Medical Sciences: An nseparable Part of Teaching-Learning Process in Clinic. *Iran J Med Educ* 2008-2009; 8(2): 239-44. [Persian]

Evaluation of ambulatory education program based on the participant-oriented evaluation model

Saeideh Daryazadeh¹, Maryam Yavari^{2*}, Davood Kheirkhah³, Mohammad Reza Sharif⁴, Hosein Akbari⁵, Mostafa Dadgar⁶

Received: 2019/11/6

Revised: 2020/05/5

Accepted: 2020/05/5

1. Ph.D. candidate, Department of Medical Education, Medical Education Development Research Center (EDC), Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. Ph.D. candidate, Medical Education Development Research Center (EDC), Kashan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. Associate professor, Department of Pediatric, Infectious Diseases Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
4. Professor, Department of Pediatric, Infectious Diseases Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
5. Assistant Professor, Department of Biostatic, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
6. General Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.9, No.1&2, Spring & Summer 2020

J Educ Ethics Nurs 2020;9(1&2):30-41

Abstract:

Introduction:

Physicians' profession activities are mainly centered on clinics and the focus of medical education is on improving the quality of ambulatory education. Improving ambulatory education helps develop students' communication skills, professional attitudes, and empathy in addition to enhancing clinical skills. This study was performed to evaluate the ambulatory education program based on the participant-oriented evaluation model in 2018.

Methods and Materials:

This cross-sectional study was performed with the participation of 111 residents, interns, faculty and non-faculty physicians at the Kashan Shahid Beheshti Hospital. Participants' viewpoints were collected using the ambulatory education quality assessment questionnaire including three domains of quality of educational services, physical area and environment of the clinic, and learners' feedback on the status of the clinic, whose reliability was calculated using the internal consistency index ($r = 0.95$). Descriptive and inferential statistics were used for data analysis.

Results:

The majority of interns (84.5%) and assistants (45.4%) were negative about the quality of ambulatory education, while the majority of the faculty members (66.7%) and physicians' views (38.5%) were positive. Most of the participants' view was aligned that the environmental situation was inappropriate. In general, there were differences in the views of the participants in terms of quality in the three areas of the ambulatory education program.

Conclusion:

Participants' general view of the current status of ambulatory education was particularly negative for learners, which could be due to the lack of independent activity, active supervision of teachers, prescription training and differential diagnostics, and poor environmental area.

Keywords: Ambulatory Education, Medical Education, Program Evaluation, Medicine

* Corresponding author Email: maryyavari52@gmail.com