

آموزش کارورزان زنان و مامائی رشته پزشکی را دریابیم

نویسندگان: دکتر بهزاد شمس^۱، دکتر محمد زاینده^۲، دکتر ناهید جعفری^۱

خلاصه

از آنجا که از مدتها قبل شاهد مسائل و مشکلات زیاد آموزشی کارورزان در بخش زنان و مامائی دانشکده پزشکی اصفهان بودیم برای شناخت بیشتر آن و با توجه به ارائه راه حلهایی که در سایر کشورها در مقالات ارائه گردیده طرحی تدوین و پس از تصویب معاونت پژوهشی اجرا گردید که مقاله حاضر استخراج شده از نتایج آن طرح است و هدف آن روشن تر شدن بخشی از وضعیت یادگیریهای کارورزان در بخش زنان و مامائی و ارائه یک راه حل مدیریتی بهبود کیفیت است.

جمعیت مورد مطالعه ۶۵ نفر از کارورزان زن و مرد از ورودیهای ۶۷ می باشند که بخش زنان و مامائی خود را به مدت ۲ ماه در سال ۷۵ به پایان رسانیده بودند و از طریق نمونه گیری تصادفی ساده و خوشه ای و ضریب اطمینان ۹۵ درصد از بین ۵۷۲ نفر انتخاب شدند. جمع آوری اطلاعات از طریق تکمیل پرسشنامه ای بود که در آن بیماریها و مسائل رشته زنان و مامائی از کتب مرجع مشخص و پس از مشورت با متخصصین و کارورزان به دو دسته کلی شایع (اورژانسی و سرپائی) و غیرشایع (اورژانسی و سرپائی) و جمعاً چهار گروه تقسیم بندی گردید و شاخصهای مختلفی از وضعیت یادگیری کارورزان برای این چهار گروه تعیین و از طریق نظرسنجی، اطلاعات مربوطه جمع آوری شده و سپس بامعیارهایی (CRITERIA) که با نظر کارشناسان مشخص گردیده بود مقایسه شد و فاصله (GAP) بین آنچه حداقل ضرورتهای یادگیری کارورزان بود با آنچه یاد گرفته اند تعیین گردید. ضمناً اطلاعات مربوط به کارورزان زن و مرد بطور مستقل تعیین و مقایسه شدند، زیرا وضعیت آموزش آنها متفاوت است.

- نتایج یادگیری تعدادی از موارد شایع سرپائی و اورژانسی کارورزان زن و مرد در موارد مختلف به ترتیب به این شرح می باشد: توان تشخیص حاملگی در ماههای مختلف ۸۹٪ و ۶۵٪، مواجهه با بیماریهای عفونی در زمان حاملگی ۱۱٪ و ۱۰٪، داشتن بیماران مبتلا به سقط جنین ۳۷٪ و ۷٪، مواجهه با زایمان طبیعی ۷۹٪ و ۲۹٪، رویت و توان اداره دیستوشیهای زایمانی ۵۳٪ و ۵٪ اظهار گردید و رویت موارد سرطانهایی پستانی و توده های دیگر آن و آمنوره اولیه بسیار پائین تر از حداقل لازم بود (حداقل های مورد انتظار در جداول متن ذکر گردیده است). همانگونه که مشاهده می شود، برای دانش آموختگانی که در حال خروج از دانشکده پزشکی و آماده ارائه خدمات به زنان جامعه هستند این دانش و توانمندی بسیار پائین تر از انتظار است. پس از حصول این نتایج و انعکاس آن به مدیران اجرایی - آموزشی، آنها اقداماتی پراکنده در جهت بهبود آموزشها انجام دادند ولی از آنجا که غیرمنسجم و بدون استفاده از الگوهای علمی تغییر کیفیت در آموزش، از جمله الگوی تضمین کیفیت بود تأثیر چندانی نداشت. این مقاله در پی ارائه راه حلهای کاربردی است تا از طریق آنها کیفیت آموزشها بهتر شود.

کلید واژه: آموزش زنان و مامائی، کارورزی پزشکی، حداقل ضرورتهای یادگیری، ارزشیابی درونی، تضمین کیفیت

مقدمه:

در نظام ارائه خدمات بهداشتی کشور پزشکی عمومی بعنوان مسئول دریافت موارد ارجاعی از خانواده ها یا خانه های بهداشت و بایگه بهداشتی است. لذا پزشک بایستی قادر باشد موارد اورژانسی (فوریت ها) و سرپائی را اداره (Manage) کند (۱) از طرفی سلامت بانوان و بهداشت تولید مثل (Reproductive Health) از اساسی ترین مباحث سلامت و توسعه جامعه است و مدیریت مسائل و بیماریهای مربوط به

۱. استادیار دانشکده پزشکی و مرکز توسعه آموزش پزشکی اصفهان
۲. کارورزان فارغ التحصیل ۱۳۷۵ دانشکده پزشکی اصفهان

جدول شماره ۱- نتایج شاخصهای بدست آمده از مطالعه بر روی کارورزان رشته پزشکی فارغ التحصیل سال ۷۵-۷۴ دانشگاه اصفهان در مورد مسائل و بیماریهای اورژانس شایع بخش زنان و مامایی به تفکیک جنس به درصد

عنوان بحث	جنس	شاخص دیدن	شاخص مطالعه کردن	شاخص شنیدن		شاخص اداره کردن				شاخص توانایی اداره کردن			درجه مطلوبیت		
				بحث بر بالین	بحث در کلاس	زیر نظر	شخصاً	ضعیف	متوسط	خوب	عالی	مطلوب	قابل قبول	غیر قابل قبول	
معیار		۹۰	۹۰	۷۵	۹۰	۷۵	۷۵	۷۵	۹۰						
اورژانس افزایش فشارخون در حاملگی	مرد زن	۲۶ ۸۹	۸۲ ۸۴	۲۷ ۲۶	۱۲ ۱۱	۱۰ ۵۸	۲۷ ۱۱	۳۷ ۱۱	۳۴ ۲۶	۲ ۱۱	۳ ۵۲	۵ ۳۷	۱۲ ۵	۸۳ ۳۷	
اورژانس خونریزی های سه ماهه سوم	مرد زن	۴۱ ۷۹	۷۸ ۷۴	۱۷ ۲۲	۲۰ ۲۱	۱۰ ۳۳	۲۴ ۱۱	۲۶ ۵	۲ ۶۸	۲ ۵	۲ ۲۱	۰ ۲۱	۵ ۵	۹۵ ۷۴	
سقط جنین	مرد زن	۲۶ ۸۹	۷۶ ۸۴	۱۲ ۲۲	۱۵ ۱۶	۱۵ ۵۸	۲۶ ۱۱	۲۶ ۲۱	۲ ۲۱	۲ ۲۲	۲ ۲۲	۰ ۰	۰ ۰	۱۰۰ ۶۳	
زایمان طبیعی و پیگیری مادر و نوزاد	مرد زن	۵۴ ۹۵	۶۳ ۸۲	۲۲ ۲۶	۱۵ ۲۶	۱۵ ۳۷	۵ ۲۷	۳۲ ۲۷	۳۶ ۱۶	۲ ۱۱	۲ ۵۸	۵ ۲۱	۱۵ ۲۱	۸۰ ۲۱	
ابستنی نابجا	مرد زن	۲۷ ۸۴	۲۲ ۸۹	۱۵ ۲۶	۲۰ ۱۶	۵ ۳۷	۰ ۱۱	۰ ۲۷	۲ ۱۱	۲ ۱۱	۲ ۲۲	۰ ۰	۱۰ ۵	۹۰ ۶۳	
میانگین	مرد زن	۳۳ ۸۷	۷۵ ۸۲	۱۹ ۲۳	۱۷ ۱۸	۱۱ ۳۹	۲ ۱۶	۲۲ ۱۲	۲۱ ۳۹	۲ ۷	۱۵ ۳۲	۲ ۲۲	۲ ۳۶	۸۴ ۵۲/۶	۷۲/۳۶

وان (بطور صحیح و در اولین ارجاع) دارای میت و ویژه ای است، زیرا در برگیرنده شایعترین اضطرابی ترین مشکلات سلامت آنان می باشد. بالاخص اینکه بخشی از این مشکلات بواسطه بارداری است که سلامت و نافر در رض خطر است. این مشکلات در مناطق مرموز ویژگی خاصی پیدا می کند. بگونه ای که بکن است تعلل تأخیر در مراجعه و عوامل گر، فرصت و امکانات کافی برای دسترسی به خصصین فراهم نگردد و اقدامات اولیه توسط نیک عمومی با تبحر لازم، حیات بخش و بسیار روری می باشد. به همین جهت این پزشکان سنی دارای سطح مطلوبی از دانش، مهارت و پیگیری مادر و نوزاد و مسائل زنان و ابستنی نابجا و ائی باشند که اساس آنرا در دوران تحصیلی آموزشند (۲) ولی مدتی است از طریق یادگیرنده متوجه وضعیت نه چندان مطلوب و یا طلب یادگیریهای آنها در این زمینه هستیم، چه چنین نظر میرسد که بعضی از آموزشهای شجویان زن نسبتاً مناسب باشد ولی از آنجا که رپزشکان زن به دلایل گوناگون کمتر در طق محروم مستقر می شوند توجه به گیریهای دانشجویان مرد در رابطه با مسائل نوامامایی وضعیت و اهمیت خاصی پیدا می - و این در حالی است که با توجه به مشاهدات زیافت گزارشها این آموزشها از وضع مناسبی حوردار نمی باشد و هدف این مقاله نیز روشن نندن بخشی از وضعیت یادگیری کارورزان و راه حلهایی در این راستا میباشد. این موضوع سایر مراکز دنیا نیز مطرح بوده و اقدامات تلفی برای شناخت بیشتر و راهگشائی رت گرفته که در قسمت بحث به تفصیل ه است.

شایع و غیر شایع سرپایی های شایع و غیر شایع تقسیم بندی شدند و شاخص های مختلفی برای فرآیند یادگیری آنها معین گردید، از جمله دیدن موارد، مطالعه کردن، اداره کردن زیر نظر و ... (جدول شماره ۱) این شاخص هادر مقابل هر یک از بیماریهای چهار دسته فوق الذکر قرار داده شدند و برای ارزشیابی خروجی دوره (Outcome) نیز یک شاخص (توان اداره کردن) مشخص گردید. برای وضعیت کیفی یادگیریهای شاخص دیگر بعنوان مطلوبیت نتایج آموزشی تعریف شد که معیار آن بر سه درجه مطلوب، قابل قبول و غیر قابل قبول تقسیم گردید. (حالت مطلوب زمانی است که تجارب یادگیری در بیماری یا مسئله، اکثر و یا همگی شاخص های فوق را شامل شود. دو درجه دیگر مطلوبیت در زیر جداول مربوطه تعریف شده اند.)

تغییرات خاصی داده شده است و در این روش برای سئوالات تحقیق (ارزشیابی) شاخص (INDICATOR) و برای هر شاخص معیار (CRITERIA) معین می گردد و اطلاعات جمع آوری شده با آن مقایسه می شود. تا مقدار فاصله با معیار مشخص گردد و برنامه ریزی برای پوشاندن این فاصله صورت پذیرد (۳). جمعیت مورد مطالعه، کارورزان ورودی مهر و بهمن سال ۶۷ بودند که دوره آموزشی شان در سالهای ۷۴/۷۵ به اتمام رسید. تعداد کل آنها پانصد و هفتاد و دو نفر (۵۷۲) بوده و نمونه گیری به روش خوشه ای و تصادفی با ضریب اطمینان ۹۵٪ انجام شد و تعداد ۶۵ نفر دختر و پسر (حدوداً مساوی) انتخاب شدند (کارورزان هر دوره یک خوشه منظور شدند)

روش کار:

نوع مطالعه ارزشیابی پزشکی (PROGAM EVALUTION) است که وصفی و ارزشگزارای یادگیریهای پر دازد لاصلی آن روش استافل بیم است که در آن

ابزار جمع آوری اطلاعات:

پرسشنامه ای بود که در آن مسائل و بیماریهای زنان و مامائی بر اساس سرفصل شورای انقلاب فرهنگی و کتب مرجع (ویلسون و کارنت) مشخص و در ۴۰ دسته اورژانسهای

روائی (Validity) صوری و محتوایی پرسشنامه با نظرخواهی از تعدادی از اعضاء هیأت علمی و کارورزان دوره دیده کنترل گردید و پایائی (Reliability) آن قبلاً در مقاله دیگری بطور مشروح توضیح داده شده است (۴).

موارد بویژه در مورد کارورزان مرد کمتر از معیارهای تعیین شده است.

درجه مطلوبیت آموزشی این شاخصها: همانگونه که در ستون آخر جدول مشاهده می شود در اکثریت موارد یادگیری های اورژانسهای غیرشایع نیز در حد غیر قابل قبول قرار داشت و حتی بدتر از موارد اورژانسهای شایع بود (بمنظور خلاصه کردن نتایج از درج جدول مربوطه خودداری شد).

۳- نتایج یادگیری سرپایی های شایع: همانگونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود بجز شاخص «مطالعه کردن» که مساوی یا اندکی بیش از معیار تعیین شده است بقیه شاخصها بالاخص آنهایی که گویای یادگیری مهارتهای عملی کارورزان هستند (بویژه در کارورزان مرد) در حد کمتر یا بسیار کمتر از معیارهای باشد (جدول شماره ۲).

درجه مطلوبیت آموزشی این شاخصها: مشابه موارد قبل اکثر آدر حد غیر قابل قبول قرار داشت بالاخص در مورد کارورزان مرد.

۴- نتایج یادگیری سرپایی های غیر شایع: وضعیت شاخص هادر اکثریت قریب به اتفاق موارد، بجز شاخص مطالعه کردن، بویژه در مورد کارورزان مرد کمتر یا بسیار کمتر از معیارهای باشند.

۵- رابطه شاخصهای فرایند یادگیری با شاخص توانمندی کارورزان هنگام خروج از دوره: (توانمندی اداره کردن موارد) همانگونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود توان اداره نمودن، در کارورزانی که مسائل و بیماریهای زنان و مامانی را دیده اند در حد معنی دار ($P=0.05$) بیش از کارورزانی است که ندیده اند. نتایج سایر شاخصهای یادگیری از جمله (مطالعه کرده اند، زیر نظر اداره کرده اند) نیز مشابه بوده است. بدن شخصی، باتوانائی اداره کردن مناسب (خوب یا عالی) و نامناسب (متوسط و ضعیف) مسائل و بیماریها در بخش زنان و مامانی، حاصل مطالعه بر روی کارورزان پزشکی فارغ التحصیل سال ۷۴، ۷۵.

و غیر شایع، سرپایی شایع و غیر شایع ارائه می گردد.

۱- نتایج یادگیری اورژانسهای شایع: همانگونه که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود وضعیت شاخصها در تمام موارد کمتر از معیارهاست و گاهی این تفاوت به صد درصد می رسد. البته با توجه به تفاوت فرایند آموزشی برای

جدول شماره ۲- نتایج شاخص های بدست آمده از مطالعه بر روی کارورزان رشته پزشکی فارغ التحصیل سال ۷۵-۷۴ دانشگاه اصفهان در مورد یادگیری مسائل و بیماریهای سرپایی شایع بخش زنان و مامانی به تفکیک جنس به درصد

شاخص	جنس	شاخص مورد مطالعه	شاخص آشنایی		شاخص تشخیص		شاخص درمان		شاخص آموزش	
			در حد مطلوب	در حد عالی	در حد متوسط	در حد خوب	در حد عالی	در حد مطلوب	در حد عالی	در حد مطلوب
سینه			۷۵	۷۵	۷۵	۷۵	۷۵	۷۵	۷۵	۷۵
مراقبت های زایل	مرد	۲۶	۸۰	۱۲	۲۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲
حکایت	زن	۲۷	۵۵	۱۲	۲۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲	۱۲
تکلیف زایل	مرد	۲۲	۶۱	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲
حکایت	زن	۲۱	۵۸	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱
بیماریهای غریبی	مرد	۲۰	۶۶	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰
در مطبخ	زن	۲۷	۲۶	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷
علت افزاری در	مرد	۲۲	۶۳	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲
حکایت	زن	۲۱	۶۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱
آشنوه نظریه	مرد	۲۰	۶۶	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰
حکایت	زن	۲۷	۲۶	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷
خونریزی غیر طبیعی	مرد	۲۶	۶۳	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶
وضع	زن	۲۷	۶۸	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷
دیسنوره	مرد	۲۰	۶۳	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰
حکایت	زن	۲۷	۶۸	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷
تنظیم فریاد	مرد	۲۲	۶۸	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲
حکایت	زن	۲۱	۶۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱
بیماریهای قلبی	مرد	۱۷	۶۱	۱۷	۱۷	۱۷	۱۷	۱۷	۱۷	۱۷
لگن	زن	۲۲	۶۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲
بیماریهای زنان	مرد	۱۵	۷۱	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵
حکایت	زن	۲۲	۶۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲
بیماریهای	مرد	۲۳	۶۳	۲۳	۲۳	۲۳	۲۳	۲۳	۲۳	۲۳
سرویکس	زن	۲۲	۶۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲
بیماریهای نخدان	مرد	۱۰	۵۶	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰
حکایت	زن	۲۲	۶۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲
پانکس و موزش	مرد	۲۰	۶۶	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰
حاصل از آن	زن	۲۲	۶۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲
تنخیص حاملگی	مرد	۲۲	۶۸	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲
حکایت	زن	۲۱	۶۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱
فرزایش فشارخون	مرد	۲۱	۶۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱
در مطبخ	زن	۲۷	۲۶	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷
خونریزی های سه	مرد	۲۳	۶۳	۲۳	۲۳	۲۳	۲۳	۲۳	۲۳	۲۳
ماده سوم	زن	۲۷	۶۸	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷
میلنگس	مرد	۲۰	۶۶	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰
حکایت	زن	۲۷	۶۸	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷	۲۷

و اعتبار آن، توضیحات بیشتری در قسمت بحث مقاله داده شده است.

روش تحلیل نتایج:

درصدهای بدست آمده برای هر شاخص با معیارهای تعیین شده آن مقایسه گردید که فاصله این دو (شاخص و معیار) نشان دهنده وضعیت آموزش بود. ضمناً ارتباط بین شاخصهای فرایند یادگیری با شاخص توانائی خروجی کارورزان (توان و اداره کردن موارد) با محاسبه Chi Squar آزمون گردید.

نتایج: نتایج در چهار بخش اورژانسهای شایع

کارورزان زن وضعیت شاخص هادر این دسته اکثر آبهتر از مردان است.

درجه مطلوبیت آموزشی این شاخصها: همانگونه که در ستون آخر جدول مشاهده می شود در اکثریت موارد درجه مطلوبیت یادگیری فوریتها (اورژانسها) در قسمت غیر قابل قبول قرار داشت، در حالیکه بر اساس معیار تعیین شده تنها ۱۰٪ می تواند در رده غیر قابل قبول قرار گیرد.

۲- یادگیری اورژانسهای غیر شایع:

وضعیت شاخصها در اکثریت قریب به اتفاق

جدول شماره ۳ - ارتباط بین شاخص های تشنگانه دیدن، مطالعه کردن، بحث بالینی، بحث کلاسی، اداره کردن زیر نظر استاد و اداره کردن شخصی، با توانایی اداره کردن مناسب (خوب یا عالی) و نامناسب (متوسط و ضعیف) مسائل و بیماریها در بخش زنان و مامایی، حاصل مطالعه بر روی کارورزان پزشکی فارغ التحصیل سال ۷۵ - ۷۴.

نام شاخص	بلی = Y خیر = N	تعداد کل موارد	درصد کارورزان با توانایی اداره کردن		مقادیر آماری	
			مناسب	نامناسب	Value _P	Chi Squar
دیدن	Y	۸۱۲	۳۴/۶٪	۶۲/۴	کمتر از	۱۱۰/۰۲
	N	۱۴۸	۶/۹٪	۹۳/۱	۰/۰۰۵	
مطالعه کردن	Y	۱۴۰۱	۲۰/۴٪	۷۹/۶	کمتر از	۵۶/۵۶
	N	۸۱۹	۸/۳٪	۱۹/۷	۰/۰۰۵	
بحث بالینی	Y	۳۸۹	۲۹/۶٪	۷۰/۴	کمتر از	۱۵۴/۵۴
	N	۱۸۳۱	۱۵/۶٪	۸۲/۴	۰/۰۰۵	
بحث کلاسی	Y	۳۵۲	۶٪	۲۹۱	معنی دار نیست	۰/۰۰۳۱
	N	۱۸۶۸	۱۷/۲٪	۸۲/۸	N.S	
اداره کردن زیر نظر	Y	۳۳۶	۳۸/۷٪	۶۱/۳	کمتر از	۱۰۳/۴۱
	N	۱۸۹۴	۱۵٪	۸۵	۰/۰۰۵	
اداره کردن شخصی	Y	۱۲۲	۵۵/۷٪	۴۴/۳	کمتر از	۱۳۵/۲۷
	N	۲۰۹۸	۱۵٪	۸۵	۰/۰۰۵	

بحث:

همانگونه که ذکر شد هدف از انجام این ارزشیابی روشتر شدن وضعیت یادگیریهای ضروری (بایدبندهای) کارورزان پزشکی در بخشهای زنان و مامایی و همچنین ارائه یک الگوی ارزشیابی درونی و ابزار آن برای ارتقاء کیفیت این یادگیریهاست، که از طریق نظر سنجی از یادگیرنده ها در مورد دانش و توانمندیهایشان در اداره (Management) موارد مربوط به زنان مامایی حاصل گردید. قبل از ورود به بحث، ضروری است تا به این سئوالات بپردازیم که: آیا نظرسنجی از یادگیرنده ها در رابطه با توانمندیهایشان از اعتبار و دقت کافی برخوردار است؟ زیرا ممکن است آنها واقعیات رانویسند یا نگویند. آیا این روش، تورش (BIAS) نظام دار دارد؟ آیا ثبات آن (Reliability) مخدوش نیست؟ پاسخ به این سئوالات، در مقالات مختلف داده شده است و استفاده از نظریات یادگیرنده ها و فارغ التحصیلان (دانش آموختگان) در مورد تواناییهایشان تحت عنوان شایستگی استنباط شده (Perceive) بررسی و تایید گردیده است (۵). موضوع تورش نظام دار نیز در مقالاتی رد شده است (۶). در مقاله ای دیگر بحث گردیده است که این نوع نظر سنجیها اگر اشکالی هم داشته باشد بیشتر در جهت زیاده تر حدس زدن پاسخگو (overestimation) مطرح است تا کمتر حدس زدن (۷). از نظر ثبات درونی این ابزار ارزشیابی، بطور مشروح در مقاله ای دیگر بحث گردیده است (۸).

استفاده از حداقل ضرورتهای یادگیری بعنوان استانداردهای ارزشیابی نیز در سایر مطالعات مورد بررسی و تایید قرار گرفته است که بعداً بحث می شود.

همانگونه که از نتایج حاصله در جداول مشاهده گردید ارزشیابی حداقل ضرورتهای یادگیری (فوریت های شایع و غیر شایع و موارد سرپایی شایع و غیر شایع زنان و مامایی) اکثر اوضاع نامطلوبی را نشان میدهد (جدول شماره ۱) مثلاً

کارورزان مسائل مربوط به سقط جنین، آبستگی خارج از رحم، فوریت های خونریزیهای سه ماهه سوم بارداری، افزایش فشار خون در حاملگی و... را بسیار کمتر از حد انتظار (معیارها) دیده اند و یا توان اداره آنها را ندارند. و این ضعف در مورد کارورزان مرد بسیار شدیدتر است، در حالیکه ضعف آگاهی و مهارت اداره اولیه این موارد می تواند خطرات جبران ناپذیری همراه داشته باشد (البته شاخص مطالعه کردن حداقل ضرورتهای یادگیری وضع نسبتاً خوبی داشته است).

موضوع ضعف آموزش بخش زنان و مامایی در کشورهای غربی نیز مطرح گردیده است. از جمله در سال ۱۹۹۵ (Pitkin) رئیس انجمن زنان و مامایی آمریکا این ضعف را متذکر شده است و ۶۰ هدف یادگیری دانشجویان بخش زنان و مامایی را اولویت بندی و به سه دسته باید یاد بگیرد ها، بهتر است یاد بگیرد ها و میتواند یاد بگیرد ها تقسیم نموده و نقش اساسی اعضای هیأت علمی در بهبود کیفیت آموزش را یادآوری کرده است. همچنین تاکید نموده است که علاوه بر آموزش مشکلات بیمار بعنوان یک فرد، ابعاد اجتماعی و همچنین سیاست های کشوری مربوط به سلامت زنان را باید به دانشجویان آموزش داد. برای حصول این هدف، استفاده از فضاهای آموزشی دیگر علاوه بر بیمارستان را مفید دانسته است. در سایر مطالعات برای بهبود آموزش

عملی دانشجویان بخش زنان و مامایی حتی برای دستیاران تجارب موفقی از جمله استفاده از بیمارستانهای درون جامعه (شهرستانها) ارائه داده اند (۹). نتایج مهم دیگری که از این ارزشیابی بدست آمد موضوع تفاوت بارز بین یادگیریهای کارورزان زن و مرد بوده است، در حدی که دانشجویان مرد بعضی از مباحث مربوط به فوریتها یا موارد شایع سرپایی را اصلاً ندیده اند و همانگونه که در مقدمه بیان گردید در اکثر مناطق محروم پزشکان مرد ارائه خدمات مربوط به سلامت را بعهده دارند. این موضوع در سایر کشورها نیز مورد توجه قرار گرفته است و در جلسات متعدد، راهکارهای مختلفی برای بهبود آموزش زنان و مامایی پیشنهاد شد، از جمله: استفاده بیشتر از مراکز سرپایی (۱۷)، افزودن بیمارستانهای غیر آموزشی به فضای فیزیکی (۱۸)، فعال نمودن اتاق پراتیک (مولاژ و...)، بکارگیری وسائل سمعی بصری (فیلمهای ویدئویی و...)، مشارکت فعالتر تعدادی از اعضاء هیأت علمی با تجربه بویژه مردان. اما متأسفانه در اجرا بتدریج تأثیر این اقدامات در حدی کاهش یافت که عملاً موجب تغییر مؤثری نشد. یکی از عوامل مهمی که در این عدم موفقیت نقش اساسی داشت بکار نگرقتن نتایج ارزشیابی در قالب علمی مدیریت تغییر و استفاده نمودن از الگوهای علمی بهبود کیفیت بود. یکی از این الگوها که مناسب وضعیت برنامه های

منابع علمی فوق ذکر گردید، بهبود یادگیریهای دانشجویان رشته های زنان و مامائی در قالب الگوی تضمین کیفیت طراحی و به اجرا درآید که ضرورتاً برای حصول این امر تعیین حداقل واجب های یادگیری، تشکیل تیم از رده های مختلف مرتبط با مسئله و پیگیری سایر گامهای اصلی در تضمین کیفیت امری اجتناب ناپذیر است.

تا به بررسی مسائل و موانع بر سر راه بهبود کیفیت پرداخته و برای برطرف کردن آن بصورت گروهی برنامه ریزی و اقدام نمایند. یقیناً با برداشتن گامهای مختلف (علاوه بر استخراج ضرورتهای یادگیری بعنوان استانداردها) تضمین کیفیت (Q.A.) انتظار تغییر مطلوب را میتوان داشت. پیشنهاد مشخص نویسنده این است که با توجه به وجود آئین نامه های آموزشی کشوری (۲۰) و تجربه های بین المللی فراوان در این زمینه که بخشی از آنها در

آموزشی فعلی میباشد (به علت عدم تعیین حداقل ضرورتهای یادگیری بعنوان استانداردها) الگوی تضمین کیفیت (Quality Assurance) است (۱۹) که در این الگو یک گام اصلی تعیین استانداردها مثلاً حداقل ضرورتهای یادگیری است و گام مهم دیگر تشکیل تیمهای برنامه ریزی، اجرایی و ارزشیابی است که با مشارکت آنان و افراد ذریبط، علاقمند و صاحب نظر اعم از کارورز، هیأت علمی، مدیران اجرایی تشکیل می گردد

منابع:

- ۱- آئین نامه دوره کارورزی پزشکی هفدهمین جلسه شورای عالی برنامه ریزی مورخ ۶۴/۶/۳۰ برنامه آموزش دوره دکتری پزشکی صفحه ۸ تا ۱۰.
- ۲- اکبری، محمد اسماعیل: بررسی نحوه تغییر نظام آموزش پزشکی بر اساس نیازمندیهای جامعه، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، سال ۱۳۷۰ (طرح تحقیقاتی).
- ۳- شمس، احمدی: ارزشیابی برنامه آموزش سربائی، ضمیمه مجله *Iranian J. of Med. Science Proceedings*. nov. 1998. 50-81.
- ۴- شمس، تیموری: معرفی یک ابزار ارزشیابی برای سنجش حداقل توانمندیهای لازم کارورزی پزشکی. مجله پژوهش در علوم پزشکی، بهار ۱۳۷۷. ۷۷-۷۸
- 5- L. F. P Smith: Obstetric and neonatal competence of medical students *J. MED. EDU*. 1995. 29. 77-84.
- 6- Gilmore J B: Learning and student self-evaluatin *J. of College Science Teaching*. 1973 3, 54-57.
- 7- Gordon M J: A review of the validity and accuracy of self assessments in health professions training. *Academic Medicine*. 1991. 66, 762-9.
- 8- Roy M. Pitkin: Transactions of the fourteenth annual meeting of the American Gynecological and Obst. Society. *A. M. J. of Obst. Gyn.* 1996. 174. 1083-1088.
- 9- Rosenthal T C: One-two rural residency tracks in family practice. *Fam. Med.* 1998 30, (2) 90-93.
- 10- Paul M Krueger: Do women medical students outperform men *Obst. Gyn. Academic Med.* 1998. 73. (1). 101-102.
- 11- *Am.J. of Obst. Gyn.*, 1996 174 (5). 1672.
- 12- Howard F M: Reaction of residents to a teaching collaborative practice *J. Nurse Midwifery.*, 1998. 43(1): 38-40.
- 13- Lynn P Mandel: A model clinic faculty workshop program for a multi site clearship, *Obst. Gyn.* 1997. 90. 1011-1014.
- 14- Patricia A. Robertson: The woman's health curriculum by a PBL method for med. students at the Univ. of California. *Am J. Obst. Gyn.* 1997, 176, 1368-73
- ۱۵- سینائی، یوسفی: ارزشیابی برنامه های آموزشی گروههای آموزشی دانشکده دندانپزشکی اصفهان، ۱۳۷۶، طرح تحقیقاتی مصوب E.D.C دانشگاه و پایان نامه فوق لیسانس مدیریت آموزشی.
- ۱۶- دکتر محمدرزاده و همکاران: ارزشیابی برنامه درسی دانشجویان دوره کارشناسی ناپیوسته بهداشت عمومی (دروس اختصاصی) ارائه در سومین سمینار کشوری آموزش پزشکی کشور. ۱۳۷۷.
- 17- P. M. Duggan & C. D Mantall: Community-based learning in obstetrics For underaduae medical students. *Medical Education*. 1994, 261-116-119.
- 18- P.C.C Gunasekera: Obst. & Gyn in developing world. *Br. J. of Obst. Gyn.*, 1996, 103, 1171-1172.
- 19- Ggeoffrey D. Doherty: Developing quality system in education., 1994, Routledge. Co. P 11.
- ۲۰- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاون آموزشی: ضرورت آشنائی اطباء فارغ التحصیل مرد با نحوه معالجه موارد اضطراری و اورژانس زنان و زایمان جهت ارائه خدمات در روستاها و مناطق محروم، نامه شماره ۱۰/۳۳۳۲۲ مورخ ۱۳۷۰/۱۲/۲۸.

Abstract

Problems in learning experiences of interns in department of obstetrics and gynecology.

Authors: Behzad shams¹, Mohamad Zayandeh², Nahid Jafari².

There have been a lot of problems in learning experiences of interns in department of obstetrics and gynecology (Ob &Gyn), Isfahan University of Medical Sciences for the past several months. The objective of this study is to clarify the pitfalls in learning process during rotation in this department and also to suggest some recommendations for better management of the problems. The population of the study were sixty-five out of 572 interns who had finished their internship in the department of Ob & Gyn. They were selected by a multi-stage random sampling. The data were gathered by a self-administered questionnaire. The items were related to learning process and outcome of the most common emergency and outpatient health issues in Ob & Gyn. So called "MUST KNOW TOPICS". The interns' knowledge and skills regarding these topics were evaluated to show the gap between actual and desired status. Eighty-nine percent of females and 65% of males were able to diagnose a pregnancy in different months of gestation. Only 11% of females and 10% of males had cases of infectious diseases of pregnancy. Furthermore 37% of females and only 7% of males were faced to a case abortion. Similarly, 79% of females and only 29% of males managed a patient in delivery room. As mentioned above these figures are far below the desired status (the criteria). Although the deans and head of Dpt. Tried to increase interns' exposure to the most common emergency and outpatient Ob & Gyn problems in different new hospitals and even showing them some video tape about these "MUST KNOW TOPICS", observations of learning environment and interview with students did not show satisfactory change in quality. Because these action for improving quality of education were not following any special scientific model such as quality assurance (QA) or TOM. According to the present situation it may be suggested that administrators apply QA model. In this model one should collect data about indicators of input, process and outcome of curriculum and then set the priorities and standards for improvement. One set of these standards could be the same "MUST KNOW TOPICS". These should be determined by participation of all active members involved in learning process such as the dean, head of Dpt., faculty members and students representatives. All of these team members should also be involved in other activities of quality improvement process to get the best possible result.

Key Word: learning experiences of ob& Gyn, medical Internship, Must know topics.

1) Assistant professor of medical college & learning development center Isfahan University of Medical Sciences.

2) Graduated of Medicine, in 1375, Isfahan University of Medical Sciences.