

تدوین استانداردهای درمانگاه‌های آموزشی اطفال در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

اطلس چعباوی‌زاده، علی‌رضا یوسفی*، طاهره چنگیز، بهزاد شمس

چکیده

مقدمه: در دهه‌های اخیر آموزش درمانگاهی به عنوان یکی از ارکان اصلی و اساسی آموزش پزشکی در آمده است. به منظور تضمین و ارتقای کیفیت آموزش درمانگاهی اطفال، نیاز به معیارهای مشخص و تأیید شده بیش از پیش احساس می‌گردد. و از آنجا که هنوز استانداردهای مدون و مکتوبی در این خصوص وضع نگردیده است، پژوهش حاضر با هدف تدوین استانداردهای درمانگاه‌های آموزشی اطفال در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، انجام گرفته است.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی است و در سه مرحله طی سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۰ انجام گرفت. در مرحله‌ی اول مرور متون و مستندات و تحقیقات مرتبط با موضوع انجام شد که حاصل آن تدوین فهرست اولیه استانداردهای درمانگاه‌های آموزشی اطفال بود. در مرحله دوم، فهرست تهیه شده مرحله اول، در یک گروه متمرکز (focus group)، متشکل از تعدادی از متخصصین اطفال و آموزش پزشکی، پالایش گردید. در مرحله سوم، پیش‌نویس فوق، به صورت پرسشنامه مورد نظر سنجی از اعضای هیأت‌علمی و رزیدنت‌ها و فارغ‌التحصیلان سال‌های آخر رشته کودکان (آنها که در دسترس بودند) قرار گرفت و نتایج آن توسط روش آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: اکثریت استانداردها در وضعیت لازم‌الاجرا (must) قرار گرفتند. در این مطالعه ۲۴ استاندارد در ۴ حیطه «اهداف»، «امکانات»، «فرایند یاددهی و یادگیری» و «مدیریت» به عنوان سند استاندارد نهایی پیشنهاد گردید.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد لازم‌الاجرا نشدن برخی استانداردها، به دلیل نبود امکانات لازم، و نیاز به زمان، جهت تدارک و برنامه‌ریزی‌های مناسب برای تحقق آنها باشد.

واژه‌های کلیدی: استاندارد، درمانگاه آموزشی، اطفال

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / آبان ۱۳۹۱؛ ۱۲(۸): ۵۶۴ تا ۵۷۶

مقدمه

در دهه‌های اخیر، ساختار مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دستخوش تغییرات اساسی شده است، به طوری که امروزه

درمان بیماران از بخش‌های بیمارستانی بسمت درمان‌های سرپایی و درمانگاهی سوق پیدا کرده است (۱ تا ۴). از آنجا که استانداردهای ارزیابی آموزش پزشکی، ملاک مناسبی جهت بررسی قابلیت آنها تلقی می‌گردد، در امریکا و کانادا از سال‌ها پیش کمیته‌هایی مسؤولیت بررسی و ارزیابی وضعیت آموزش پزشکی و نیز اعتباربخشی به آنها را در مراکز آموزشی، تحت عنوان: Liaison Committee on Medical Education (LCME)، به عهده گرفته‌اند (۵)، و دارای تشکیلات معتبر و قابل استنادی در زمینه اعتباربخشی در حیطه آموزش پزشکی هستند (۶). این کمیته استانداردهایی را به عنوان

* نویسنده مسؤول: دکتر علی‌رضا یوسفی (دانشیار)، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. aryousefy@edc.mui.ac.ir
دکتر اطلس چعباوی‌زاده، متخصص اطفال، دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت آموزش پزشکی، اصفهان، ایران. (atchz2000@yahoo.com)؛ دکتر طاهره چنگیز (دانشیار)، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. changiz@edc.mui.ac.ir؛ دکتر بهزاد شمس (دانشیار)، گروه اطفال دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. shams@med.mui.ac.ir
تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۵/۱۶، تاریخ اصلاحیه: ۹۱/۵/۱۸، تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۷

می‌تواند راهنمایی مطمئن و نقطه شروعی برای طراحی برنامه‌های کامل‌تر و بهتر، توسط سازمان‌های اعتباربخشی، در ارزیابی دقیق مراکز آموزشی باشد. برخورد کوتاه مدت دانشجویان با بیماران و برخورد با تعداد اندکی از آنها (۱۴) نظارت ناکافی استاد بر نحوه ارتباط فراگیران با بیماران (۱۲)، وقت‌گیر بودن آموزش در درمانگاه و به دنبال آن کاهش رسیدگی به امر درمان (۱۵)، رعایت نامناسب سلسله مراتب استاندارد توسط برخی از رزیدنت‌ها (۱۶)، وجود مشکلات تشخیصی، درمانی و پیگیری بیماران در پاره‌ای پزشکان فارغ‌التحصیل (۱۷)، ناکافی بودن مدت زمان حضور فراگیران در درمانگاه‌ها و بخش‌های عمومی و نامناسب بودن فضای فیزیکی و تجهیزات (۱۸)، حضور دیر هنگام مدرسین در درمانگاه‌ها در اغلب موارد و استفاده ناکافی از پرونده بیمار به عنوان یک منبع آموزشی، توسط مدرسین (۱۹) از جمله مشکلاتی است که سازمان‌های اعتباربخشی باید جهت ارزیابی مراکز آموزش پزشکی خود در نظر داشته باشند.

بر اساس مصوبه هیأت اعتباربخشی آموزش پزشکی پس از فراغت از تحصیل (Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)، مقرر شد که حداقل یک سوم تجارب پزشکی در درمانگاه‌های سرپایی آموزش داده شود. همچنین لازم است از ۳۶ ماه زمان آموزش درمانگاهی، حداقل نصف روزهای هفته، به یادگیری و درمان در زمینه طب عمومی داخلی اختصاص یابد (۲۰).

توسعه و ارتقای سطح آموزش در درمانگاه‌ها و مراکز درمان سرپایی، یکی از اهداف و سیاست‌های وزارت بهداشت و درمان کشور است، و یکی از مهم‌ترین گام‌های رسیدن به این هدف، مشخص نمودن استانداردهای لازم در درمانگاه‌ها است. با توجه به خلاء اطلاعاتی و عملیاتی در این زمینه، و به منظور حفظ و ارتقای سطح سلامت در جامعه، سرمایه‌گذاری و پژوهش در این راستا می‌تواند

"الزامی" (must) و استانداردهایی را به عنوان "ترجیحی" (should) در ارزیابی مراکز پزشکی در نظر می‌گیرد. به این صورت که داشتن شرایط must در مرکز مورد نظر الزامی بوده و غیر قابل چشم‌پوشی است، ولی در مورد should، اگر آن مرکز، فاقد شرط مورد نظر، باشد می‌توان در طی مهلت مشخصی آن شرایط را در مرکز ایجاد کرد. شرایط امکانات و منابع مالی و شرایط عمومی جهت پذیرش دانشجوی و نیز درمان بیماران و همچنین محیط درمان، با تمامی جزئیات آنها مورد توجه این کمیته است (۵). بر این اساس اهداف کلینیکی باید در بر دارنده معیارهای قابل اندازه‌گیری برای انواع بیماران، و نیز حدود و وظایف فراگیران طب، و همچنین تعیین نیازهای لازم برای رسیدن به اهداف مورد نظر باشد (۷).

بیمارستان آموزشی کودکان دانشگاه واشنگتن نیز دارای استانداردهای گسترده‌ای در آموزش و درمان است، که از اهداف مورد توجه در استانداردهای آن، افزایش رضایت بیماران، مدیریت کارا و مسؤول و به‌کارگیری پزشکان در بالاترین سطح علمی و عملی را می‌توان نام برد (۸). کمیته‌های مسؤول، هر سال اطلاعات ساختاری و عملیاتی مربوط به مراکز آموزش پزشکی را جمع‌آوری نموده و از آنها در ارزیابی مداوم مراکز استفاده می‌نماید (۹).

مطالعات متعددی نشان می‌دهد که علی‌رغم راهکارهای موجود، کیفیت آموزش پزشکی هنوز در سطح قابل قبولی نیست (۱۰) و آموزش درمانگاهی و سرپایی با مشکلات فراوانی روبرو است (۱۱ و ۱۲). عدم انجام اقدامات درمانی مناسب برای بیماران پر خطر و ارجاع به موقع آنها، از جمله مشکلاتی است که در زمینه اقدامات تشخیصی و درمانی در درمانگاه‌های سرپایی دیده می‌شود. علت این مشکل را باید، در عدم کسب مهارت‌های لازم در درمانگاه‌های آموزشی در زمان تحصیل، خصوصاً در درمانگاه‌های بخش‌های ماژور از جمله درمانگاه‌های اطفال، داخلی، جراحی و زنان، جستجو نمود (۱۳). مشخص شدن خلاءهای مذکور در آموزش درمانگاهی،

بسیار مفید واقع شود. پژوهش حاضر با هدف تدوین استانداردهای درمانگاه‌های آموزشی اطفال در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، انجام گرفته است.

روش‌ها

این مطالعه توصیفی و در سه مرحله طراحی و اجرا گردید. مرحله اول: به منظور تهیه پیش‌نویس استانداردهای درمانگاه‌های آموزشی اطفال، مرور گسترده متون در سایتهای الکترونیکی و استانداردهای معتبر جهانی و در مستندات و پایان‌نامه‌ها و تحقیقات مرتبط با موضوع انجام گرفت. پس از بررسی‌های نهایی این منابع، لیست اولیه‌ای از استانداردها گردآوری شد. در بررسی متون، از "استانداردهای اعتبار بخشی برنامه‌های آموزش پزشکی جهت اخذ مدرک پزشکی عمومی"، که در ماه ژوئن ۲۰۱۰ به منظور استفاده از آن در سال‌های ۲۰۱۱ و ۲۰۱۲ تهیه شده بود، به عنوان مینا استفاده (۲۱) گردید، استانداردهای سایر منابع با استانداردهای این منبع مقایسه گردید. بسیاری از استانداردهای به دست آمده از منابع دیگر، می‌توانست در این منبع جای خود را پیدا نماید. این توانمندی "مینا" را می‌توان به دلیل "همه جانبه بودن" و "انعطاف پذیر بودن" آن نسبت داد. در مواردی که استانداردهای "مینا" بسیار کلی و عام بودند، با استفاده از تحقیقات موجود در خصوص درمانگاه‌های آموزشی و نیز بر اساس شواهد به دست آمده از حضور مستقیم در فیلدهای مرتبط با تحقیق و نیز بحث و تبادل نظرهای غیر رسمی با برخی مدرسین، رزیدنت‌ها، اینترن‌ها و دانشجویان مستقر در درمانگاه‌های آموزشی اطفال، استانداردهای بومی مرتبط با استاندارد کلی، استخراج و تدوین گردید. بدین ترتیب ۱۱۹ استاندارد در این مرحله تدوین شد. لیست مذکور پس از تبادل نظر با مشاورین تحقیق، در چندین نوبت، مجدداً ویرایش و بازنویسی گردید و در این مرحله به ۸۷ استاندارد کاهش یافت.

مرحله دوم: لیست تهیه شده در مرحله اول، جهت تدوین

پیش‌نویس نهایی سند استانداردها، تحت کارشناسی و ویرایش تنی چند از صاحب نظران آموزش پزشکی و متخصصین اطفال، که در زمینه‌ی ارزشیابی صاحب نظر بودند و در حیطه‌ی آموزش درمانگاهی نیز فعالیت و یا تحقیقاتی داشته‌اند، قرار گرفت. این گروه شش نفره، نظرات کارشناسانه خود را در طی یک جلسه، در «گروه متمرکز»، عنوان کردند و به تبادل نظر و بحث پیرامون حیطه‌ها و استانداردهای آن پرداختند.

نتایج حاصل از این مرحله، منجر به تغییر در عنوان برخی از حیطه‌ها، ادغام یا حذف پارهای از استانداردهای مرتبط و یا مشابه و اضافه نمودن چک لیست برای استانداردهای کلی‌تر شد. از آنجا که هر یک از استانداردها، برگرفته از یک نیاز، یک اولویت و یا ناشی از مشاهده نقص در آموزش درمانگاهی طی حضور در فیلد بود؛ و دلیل عمده اعضا در «جلسه متمرکز» از خلاصه نمودن پیش نویس استانداردها، جلوگیری از بروز خستگی در پاسخ‌دهندگان مرحله نهایی بود به منظور حفظ رسالت و امانت‌داری، مواردی که از لیست استانداردها حذف می‌شد، عمدتاً در قسمت "چک لیست‌ها" وارد گردید.

محصول این مرحله، که پیش نویس نهایی استانداردها بود، شامل ۲۴ استاندارد در ۴ حیطه و نیز اضافه شدن چک لیست به برخی از استانداردها بود.

مرحله سوم: مرحله تدوین استانداردهای درمانگاه‌های آموزشی اطفال بود. پیش‌نویس مرحله دوم به عنوان پرسشنامه نظرسنجی در مرحله سوم استفاده شد. پس از طی سه مرحله پژوهش، مجموعاً ۲۴ استاندارد در ۴ حیطه "اهداف"، "امکانات" (شامل زیرحیطه‌های "امکانات آموزشی"، "امکانات پزشکی" و "امکانات عمومی")، "فرایند یاددهی و یادگیری" (شامل زیر حیطه‌های "چارچوب‌های کلی محتوای آموزشی" و "استانداردهای مربوط به آموزش و یادگیری") و حیطه "مدیریت" (شامل زیر حیطه‌های "برنامه‌ریزی"، "سازمان‌دهی و ارائه

خدمات"، "نظارت"، "ارزشیابی" و "رضایت‌مندی شاغلین و خدمت‌گیرندگان" به دست آمد.

پرسشنامه هر استاندارد را از سه مقوله بررسی می‌کرد، شفاف بودن و قابل فهم بودن استاندارد (با مقیاس بلی و خیر)، ضرورت و اهمیت شاخص (با مقیاس بلی و خیر) و امکان تحقق (در حال حاضر، تا دو سال آینده، تا پنج سال آینده).

گروه هدف مرحله سوم شامل اساتید و اعضای هیأت‌علمی گروه اطفال دارای تجربه آموزش درمانگاهی، رزیدنت‌های اطفال که واحد درمانگاه را گذرانده بودند، و متخصصین اطفال که طی ۵ سال اخیر فارغ‌التحصیل شده‌اند بود (از هر گروه، افرادی که در دسترس بودند، انتخاب شدند). امکان پرسش پرسشنامه‌ها به طریق الکترونیکی و دستی وجود داشت.

پس از توجیه اهداف تحقیق به صورت رو در رو و یا تلفنی، پرسشنامه‌ها به طریق دستی، پست شهری و یا الکترونیکی توزیع شد پرسشنامه‌ها همراه با یک برگه ضمیمه راهنمای پرسش پرسشنامه، ارسال می‌شد. پرسشنامه‌های تکمیل شده به صورت دستی و یا از طریق ارسال به ادرس الکترونیکی و یا پستی محقق دریافت می‌شد. به منظور ارسال پستی، پاکت نامه‌ای همراه با تمبر و ادرس پستی محقق، همراه با پرسشنامه در اختیار شرکت‌کننده قرار می‌گرفت).

استانداردهایی که از حیث «اهمیت» و یا «امکان تحقق»، در ۷۵٪ و یا بیش از ۷۵٪ موارد، به آن پاسخ مثبت داده شده است، جزو استانداردهای «الزامی» (لازم‌الاجرا) یا (must) در نظر گرفته شدند. استانداردهای که ۵۰٪ تا ۷۴٪ افراد به آن پاسخ مثبت یا موافق داده‌اند جزو استانداردهای «ترجیحی» یا (should)، به معنی مهلت دادن دو ساله به مرکز مورد بررسی، جهت مهیا شدن، در نظر گرفته شدند. شاخص‌هایی که کمتر از ۵۰٪ افراد به آن پاسخ مثبت یا موافق داده بودند در مرتبه «حذف» قرار گرفتند. از نتایج این قسمت به صورت زیر در تحلیل نهایی

استفاده گردید:

اگر استاندارد مورد نظر از هر دو حیث «اهمیت» و «امکان تحقق» در حالت الزام قرار می‌گرفت، در سند نهایی نیز این شاخص الزامی بود.

اگر استاندارد مورد نظر از هر دو حیث «اهمیت» و «امکان تحقق» در حالت ترجیحی قرار می‌گرفت، در سند نهایی نیز این استاندارد ترجیحی بود.

اگر استاندارد مورد نظر از هر دو حیث «اهمیت» و «امکان تحقق» در حالت حذف قرار می‌گرفت، این استاندارد از سند نهایی نیز حذف می‌شد.

اگر استاندارد مورد نظر از حیث «اهمیت»، در حالت الزام، و از حیث «امکان تحقق» در حالت ترجیحی قرار می‌گرفت، در سند نهایی آن استاندارد ترجیحی بود.

اگر استاندارد مورد نظر از حیث «اهمیت»، در حالت الزام، و از حیث «امکان تحقق» در حالت حذف قرار می‌گرفت، در سند نهایی، آن استاندارد تا ۵ سال در حالت مسکوت (hold) قرار می‌گرفت و حداکثر تا ۵ سال آینده باید امکان اجرای آن فراهم می‌شد.

اگر استاندارد مورد نظر از حیث «اهمیت»، در حالت ترجیحی، و از حیث «امکان تحقق» در حالت الزام قرار می‌گرفت، در سند نهایی آن استاندارد الزامی بود.

اگر استاندارد مورد نظر از حیث «اهمیت»، در حالت ترجیحی، و از حیث «امکان تحقق» در حالت حذف قرار می‌گرفت، در سند نهایی، آن استاندارد تا ۱۰ سال در حالت مسکوت (hold) قرار می‌گرفت و حداکثر تا ۱۰ سال آینده باید امکان اجرای آن فراهم می‌شد.

اگر استاندارد مورد نظر از حیث «اهمیت»، در حالت حذف، و از حیث «امکان تحقق» در حالت الزام و یا ترجیحی قرار می‌گرفت، در سند نهایی، مقرون به صرفه بودن آن استاندارد در اجرای آن دخیل بود.

چک لیست مشتمل بر ۴۴ آیتم و سه حیطة با مقیاس بلی و خیر بود. زیرحیطه امکانات پزشکی لازم درمانگاه‌های آموزشی اطفال (۶ گزینه)، زیرحیطه امکانات لازم در

پزشکی اصلاح و نهایی گردید. پایایی پرسشنامه بروش محاسبه ضریب الفای کرونباخ ($\alpha=0/88$)، و پایایی چک لیست‌ها ($\alpha=0/7$) تعیین گردید.

نتایج

در مجموع ۴۵ پرسشنامه توزیع شد و ۲۸ پرسشنامه برگشت داده شد. میزان برگشت $62/2\%$ بود. $57/14\%$ (۱۶ نفر) پاسخ‌نامه‌ها مربوط به اعضای هیأت‌علمی و رزیدنت‌ها بود و $42/85\%$ (۱۲ نفر) مربوط به متخصصین فارغ‌التحصیل در ۵ سال اخیر بود.

ساختمان درمانگاه‌های آموزشی اطفال (۱۶گزینه)، زیرحیطه روند آموزش و یادگیری با (۱۰گزینه)، زیرحیطه برنامه ریزی (۶گزینه)، زیرحیطه سازمان دهی و ارائه خدمات (۶گزینه). از آمار توصیفی در تحلیل این یافته‌ها استفاده شد بدین صورت که هر یک از گزینه‌های موجود در چک لیست که بیش از 70% افراد به آن پاسخ موافق داده بودند، ابقا، و گزینه‌های با درصد کمتر، حذف می‌شدند.

برای تعیین روایی پرسشنامه و چک لیست از روش تحلیل روایی محتوا (Content Validity) استفاده شد که با نظر مشاورین و متخصصان و صاحب‌نظران آموزش

جدول ۱: استانداردهای درمانگاه‌های آموزشی اطفال تا مقطع پزشکی عمومی

نتیجه نهایی	امکان تحقق		ضرورت (استاندارد/اهمیت آن)		استاندارد
	نتیجه	بلی	نتیجه	بلی	
حیطه ۱- اهداف درمانگاه‌های آموزشی اطفال					
ترجیحی	ترجیحی	$71/4\%$	الزامی	100%	۱-۱- تربیت پزشکان کارا و مستقل در طول دوره کاری خود در حیطه بهداشت و درمان سرپایی کودکان
مسال توقف	حذف	$42/8\%$	الزامی	100%	۱-۲- حفظ کیفیت درمان و نیز آموزش در بهترین شکل ممکن
حیطه ۲- امکانات درمانگاه‌های آموزشی اطفال					
۲-۱- امکانات آموزشی درمانگاه‌های آموزشی اطفال					
الزامی	الزامی	92%	الزامی	100%	۱-۱-۲- کلیه امکانات آموزشی لازم، برای آموزش فراگیران باید در درمانگاه مهیا باشد (امکاناتی که در قسمت "چک لیست امکانات پزشکی آمده است، جهت فراگیران جنبه آموزشی نیز دارد)
الزامی	الزامی	$85/7\%$	الزامی	$92/9\%$	۱-۲-۲- منابع اطلاعاتی و به روز باید در درمانگاه‌ها و یا در مکانی نزدیک به درمانگاه مهیا باشد به طوری که فراگیران بتوانند در کوتاهترین زمان ممکن، درمورد Case مورد نظر خود اطلاعات لازم را کسب نمایند. این منابع شامل کتابخانه، منابع علمی الکترونیکی و سایت‌های معتبر علمی است
الزامی	الزامی	$85/7\%$	الزامی	$95/4\%$	۱-۲-۳- امکان استفاده از امکانات موجود در درمانگاه و منابع اطلاعاتی علمی باید به طور مساوی برای کلیه فراگیران فراهم باشد
۲-۲- امکانات پزشکی درمانگاه‌های آموزشی اطفال					
الزامی	الزامی	$96/4\%$	الزامی	$96/4\%$	۱-۲-۲-۱- کلیه امکانات لازمی که جهت معاینه و تشخیص بیماری‌ها در درمانگاه لازم است طبق چک لیست یک باید در اتاق معاینه موجود باشد. چک لیست باید هر سال بر اساس تجهیزات جدیدی که وارد عرصه درمان می‌گردد به روز شود
الزامی	الزامی	$82/2\%$	الزامی	$92/6\%$	۲-۲-۳- درمانگاه باید امکان تجهیز با امکانات پزشکی جدیدی که با پیشرفت‌های تکنولوژی به عرصه آموزش و درمان وارد می‌گردد را داشته باشد
۲-۳- امکانات عمومی درمانگاه‌های آموزشی اطفال					
ترجیحی	ترجیحی	$71/4\%$	الزامی	$96/4\%$	۱-۲-۳-۱- فضا و امکانات ساختمانی و درمانی درمانگاه باید مناسب باشد (که در چک لیست ۲ آمده)

۲-۳-۲- در مرکز شهر که جمعیت بیشتری متمرکز است، حداقل باید دو درمانگاه وجود داشته باشد	٪۹۲/۶	الزامی	٪۷۳/۱	ترجیحی	ترجیحی
۲-۳-۳- در شمال و جنوب شهر نیز حداقل باید یک درمانگاه وجود داشته باشد	٪۸۱/۵	الزامی	٪۸۷	الزامی	الزامی
۲-۳-۴- حتی‌الامکان محل استقرار درمانگاه به خیابان اصلی نزدیک و ماشین‌رو نیز باشد	٪۹۲/۹	الزامی	٪۸۰/۸	الزامی	الزامی
۲-۳-۵- امکانات عمومی لازم جهت انجام هرچه بهتر امر درمان و آموزش فراگیران طبق چک لیست دو باید در درمانگاه فراهم باشد.	٪۹۲/۹	الزامی	٪۸۹/۳	الزامی	الزامی
حیطه ۳- فرآیند یاددهی یادگیری درمانگاه‌های آموزشی اطفال					
۳-۱- چارچوبهای کلی محتوای آموزشی درمانگاه‌های آموزشی اطفال					
۳-۱-۱- امکان فراگیری بیماری‌های شایع و لازم سرپایی اطفال و کسب تجارب لازم برای درمان مستقل این بیماری‌ها برای کلیه فراگیران فراهم باشد.	٪۱۰۰	الزامی	٪۹۲/۸	الزامی	الزامی
۳-۱-۲- فراگیران و مدرسین درمانگاه‌ها از اهداف و عناوین بیماری‌های شایع و بیماری‌های ضروری که لازم است فراگیران در درمانگاه تجربه نمایند از قبل مطلع گردند.	٪۱۰۰	الزامی	٪۹۶/۴	الزامی	الزامی
۳-۲- استانداردهای مربوط به آموزش و یادگیری درمانگاه‌های آموزشی اطفال					
۳-۲-۱- فعالیت‌های یادگیری علم و تخصص را مرتبط با جامعه به فراگیران آموزش دهد نه به صورتی مجزا و بی ارتباط با آن	٪۸۸/۹	الزامی	٪۸۷/۴	الزامی	الزامی
۳-۲-۲- روند آموزش و یادگیری طبق چک لیست سه در درمانگاه‌های آموزشی اطفال جاری باشد	٪۹۶/۳	الزامی	٪۸۵/۲	الزامی	الزامی
حیطه ۴- مدیریت درمانگاه‌های آموزشی اطفال					
۴-۱- برنامه‌ریزی درمانگاه‌های آموزشی اطفال					
۴-۱-۱- برنامه‌ریزی درمانگاه‌های آموزشی اطفال مطابق چک لیست چهار باشد.	٪۱۰۰	الزامی	٪۸۸/۹	الزامی	الزامی
۴-۲- سازمان‌دهی و ارائه خدمات درمانگاه‌های آموزشی اطفال					
۴-۲-۱- سازمان‌دهی و ارائه خدمات طبق چک لیست پنج انجام پذیرد	٪۱۰۰	الزامی	٪۸۵/۲	الزامی	الزامی
۴-۳- نظارت درمانگاه‌های آموزشی اطفال					
۴-۳-۱- به منظور ارتقای کیفیت، درمانگاه باید سیستم مناسبی جهت افزایش انگیزه و اشتیاق بکار را در شاغلین درمانگاه، (اعم از مدرسین و سایر پرسنل) داشته باشد	٪۱۰۰	الزامی	٪۸۲/۱	الزامی	الزامی
۴-۳-۲- درمانگاه باید سیستم مناسبی جهت حضور و غیاب پرسنل شاغل در درمانگاه اطفال داشته باشد	٪۸۹/۳	الزامی	٪۱۰۰	الزامی	الزامی
۴-۳-۳- درمانگاه باید راهکارهای مناسبی را در راستای تحقق اهداف مورد نظر درمانگاه آموزشی اطفال داشته و بر حسن انجام کار در درمانگاه نظارت مستمر داشته باشد	٪۱۰۰	الزامی	٪۹۲/۹	الزامی	الزامی
۴-۴- ارزشیابی درمانگاه‌های آموزشی اطفال					
۴-۴-۱- ساز و کار مناسب و مشخصی باید جهت ارزشیابی درمانگاه‌های آموزشی اطفال و اعضای هیأت‌علمی، فراگیران و پرسنل آن وجود داشته باشد. و این سیستم باید به طور مداوم در جهت بهبود کیفیت، و رسیدن به اهداف تعیین شده مورد بازنگری قرار گیرد.	٪۱۰۰	الزامی	٪۸۹/۳	الزامی	الزامی
۴-۴-۲- ارزشیابی دانشجویان در درمانگاه‌های آموزشی اطفال، هم به صورت تکوینی و هم پایانی، و در حیطه‌های مختلف دانش، مهارت و نگرش دانشجویان و توان حل مسأله، استدلال بالینی و مهارت‌های ارتباطی باشد و بر کسب تجارب یادگیری در درمانگاه هم نظارت وجود داشته باشد	٪۱۰۰	الزامی	٪۸۸/۹	الزامی	الزامی
۴-۴-۳- رضایت‌مندی شاغلین و خدمت‌گیرندگان درمانگاه‌های آموزشی اطفال	٪۹۶/۴	الزامی	٪۸۵/۲	الزامی	الزامی
۴-۴-۴- درمانگاه باید سیستم مناسبی جهت بررسی رضایت‌مندی مدرسین، فراگیران، پرسنل شاغل در درمانگاه و بیماران و سایر مراجعین به درمانگاه داشته باشد، و از بازخوردها در جهت بهبود کیفیت درمانگاه استفاده نماید					

چک لیست ۱: امکانات پزشکی لازم در درمانگاه‌های آموزشی اطفال

شماره	شاخص	موافقم	مخالقم
۱	یک عدد سینی استیل مخصوص قرار دادن وسایل معاینه	٪۱۰۰	٪۰
۲	یک عدد ظرف استیل درب دار مخصوص قرار دادن ایسلانگ همراه میزان کافی ایسلانگ	٪۱۰۰	٪۰
۳	انواعی از تب‌گیرهای جیوه‌ای (معددی و دهانی) و دیجیتالی، جهت آموزش فراگیران از نحوه استفاده و نیز جهت کارهای درمانی	٪۹۶/۴	٪۳/۶
۴	حداقل یک عدد اتوسکپ یک عدد گوشی معاینه یک عدد چکش رفلکس یک عدد متر جهت اندازه‌گیری دور سر و قد شیرخواران، یک عدد ظرف استیل درب‌دار محتوی پنبه آغشته به الکل و یک عدد چراغ قوه با نور زرد (تا رنگ واقعی عضو مورد معاینه را منعکس نماید) یک دستگاه فشارسنج با کاف آن در سه سایز (بزرگ متوسط کوچک)	٪۱۰۰	٪۰
۵	ژل لوبریکانت، چند عدد باتری مناسب چراغ قوه و اتوسکپ (و در صورت شارژی بودن آنها شارژر آنها در اتاق موجود باشد)، دستکش‌های یک بار مصرف و ماسک در جعبه‌های مخصوص به اندازه کافی	٪۱۰۰	٪۰
۶	یک عدد پاروان، یک عدد نگاتوسکپ سالم، یک عدد ترازوی نوزاد جهت توزین شیرخواران و تالی مخصوص آن و یک عدد ترازوی بزرگسال و دقیق، یک عدد تخت معاینه کوچک و یک تخت معاینه بزرگ (در صورت وجود امکان تعبیه صرفاً یک تخت، باید تخت با سایز بزرگسال گذاشته شود)؛ لبه‌های تخت معاینه بهتر است لبه‌دار باشد تا از سقوط کودکان جلوگیری شود.	٪۱۰۰	٪۰

چک لیست ۲: امکانات عمومی لازم در درمانگاه‌های آموزشی اطفال

الف- امکانات لازم در اتاق معاینه درمانگاه‌های آموزشی اطفال

شماره	شاخص	موافقم	مخالقم
۷	اتاق معاینه حتی‌المقدور در طبقه همکف باشد تا حمل بیمار به اتاق به راحتی و با حداقل احتمال سقوط و صدمه به اطفال و یا همراهان آنها همراه باشد، و به اندازه‌ای وسیع باشد که باعث ایجاد ازدحام و بروز اختلال در امر آموزش فراگیران و درمان مناسب بیماران نگردد.	٪۹۲/۹	٪۷/۱
۸	اتاق معاینه و سایر مکانهای تجمع بیماران در درمانگاه باید مجهز به تهویه مناسب و مؤثر هوا و سیستم سرمایش و گرمایش بی‌خطر و مناسب باشد. و حتی‌المقدور پنجره‌های رو به بیرون داشته باشد.	٪۱۰۰	٪۰
۹	حداقل یک عدد کپسول اطفاءحریق در اتاق معاینه و یا در محوطه نزدیک به آن و یا در سالن انتظار موجود باشد.	٪۹۶/۴	٪۳/۶
۱۰	تعداد ۸ صندلی و یا دو نیمکت جهت نشستن تمامی فراگیران، در اتاق معاینه با چیدمانی که امکان روئیت و شنیدن صحبت‌های مدرس درمانگاه راحتی و سهولت برای کلیه فراگیران میسر باشد و لایه سطحی (روی) نیمکت و یا صندلیها، دارای سطح نرم و راحتی باشد که باعث خستگی زودرس فراگیران نگردد)	٪۱۰۰	٪۰
۱۱	وجود ملحفه‌های یکبار مصرف به تعداد کافی در اتاق معاینه، و تعویض آنها بعد از هر معاینه	٪۱۰۰	٪۰
۱۲	یک عدد دستشویی، جهت شستشوی دست‌ها، همراه صابون مایع در اتاق معاینه	٪۱۰۰	٪۰
۱۳	دستمال کاغذی به تعداد کافی، چند عدد خودکار آبی و یا مشکی و چند عدد کاغذ کاربن، سرنسخه‌های آرم‌دار، و سربرگ‌های مخصوص گواهی استراحت پزشکی روی میز	٪۸۹/۳	٪۷/۱
۱۴	در روی میز، جعبه‌ای با سطوح طبقه‌بندی شده جهت تعبیه سرنسخه‌های بیماران ویزیت شده، قبض ویزیت بیماران و سرنسخه‌ها (تا از بهم‌ریختگی وسایل روی میز جلوگیری و دستیابی به آنها راحت‌تر باشد. و خستگی ناشی از به هم‌ریختگی وسایل در مدرسین و فراگیران به حداقل برسد)	٪۱۰۰	٪۰

چک لیست ۲: امکانات عمومی لازم در درمانگاه‌های آموزشی اطفال

ب- امکانات لازم در ساختمان درمانگاه‌های آموزشی اطفال

شماره	شاخص	موافقم	مخالقم
۱۵	فاصله درب ورودی درمانگاه تا اتاق معاینه نزدیک باشد، زمین کف آن هموار، و کفپوش آن نیز لیز نباشد تا احتمال زمین‌خوردگی کودکان و سایر مراجعین، و تبعات ناشی از آن به حداقل برسد.	۱۰۰٪	۰٪
۱۶	حتی‌المقدور سالن انتظار بیماران به اندازه‌ای وسیع باشد تا امکان برخورد مراجعین به یکدیگر و نیز سرایت بیماری‌های آنان به یکدیگر به حداقل برسد.	۱۰۰٪	۰٪
۱۷	پردازش نور سالن انتظار و اتاق معاینه مناسب باشد (به طوری که دید کافی، میسر باشد، و شدت آن نه آنقدر زیاد باشد که چشم را آزار دهد نه آنقدر کم، که مانع دید کافی باشد و از طرفی رنگ واقعی را نیز منعکس نماید.	۱۰۰٪	۰٪
۱۸	دیوارها و کف اتاق معاینه و سالن انتظار قابل سشتشو و ضدعفونی باشد و امکان ضدعفونی و استریل کردن فضای اتاق معاینه و سالن انتظار همیشه مهیا باشد.	۹۶/۴٪	۳/۶٪
۱۹	تعداد صندلی‌های موجود در سالن انتظار به اندازه‌ای باشد که امکان نشستن کلیه مراجعین فراهم، و چیدمان آنها طوری باشد که مانع عبور و مرور راحت بیماران نگردد.	۱۰۰٪	۰٪
۲۰	سرویس‌های مناسب بهداشتی با کیفیت کاملاً بهداشتی و مطلوب و به تعداد کافی موجود باشد.	۹۶/۴٪	۳/۶٪
۲۱	آب‌سردکن همراه با لیوانهای یک بار مصرف به تعداد کافی	۱۰۰٪	۰٪
۲۲	سالن انتظار و اتاق معاینه دارای سطل‌های زباله درب‌دار به تعداد کافی و در معرض دید تعبیه باشد، نظافت و بهداشت درمانگاه در حد مناسب و مطلوب، دائماً فراهم باشد.	۱۰۰٪	۰٪

چک لیست ۳: روند آموزش و یادگیری درمانگاه‌های آموزشی اطفال

شماره	شاخص	موافقم	مخالقم
۲۳	حداکثر فراگیران در اتاق معاینه بیش از ۷ تا ۸ نفر نباشد بدین‌منظور، حداکثر در هر سمت مدرس، ۳ فراگیر حضور داشته باشند و در هر یک از دو انتهای تخت بیمار نیز یک فراگیر (و در صورت حضور رزیدنت بیش از ۶ نفر نباشد). سمت راست بیمار در هنگام معاینه در حالت خوابیده به طرف معاینه‌کننده باشد.	۹۲/۹٪	۷/۱٪
۲۴	باید امکان دید مستقیم و واضح برای همه فراگیران در زمان معاینه بیمار توسط مدرس وجود داشته باشد	۹۶/۴٪	۳/۶٪
۲۵	در مورد بیماری‌های شایع، هر بیمار حداکثر توسط ۲ فراگیر، به طور مستقل معاینه گردد و در بیماری‌های نادر، صرفاً علامت نادر توسط حداکثر ۸ فراگیر معاینه گردد (به شرطی که معاینه باعث وخیم‌تر شدن بیماری نگردد و بیمار هم راضی باشد)	۹۶/۴٪	۳/۶٪
۲۶	فراگیران به نوبت داروهای نسخی را که مدرس تأیید نموده را، خود بنویسند. و مدرس پس از چک و تأیید نسخه آن را مهر و امضا نماید.	۹۶/۴٪	۳/۶٪
۲۷	مدرسین در مورد بیماری‌هایی که به درمانگاه مراجعه می‌کنند و نیز بیماری‌های شایع اطفال با فراگیران به بحث و گفتگو بنشینند.	۱۰۰٪	۰٪
۲۸	در زمان فوق‌همچنین، نکات اخلاقی و ضروری نحوه برخورد با بیمار و همراهان بیمار و سایر پرسنل به فراگیران آموزش داده شود.	۱۰۰٪	۰٪
۲۹	مدرسین با تکنیک‌های مختلف تدریس و روش‌های نوین آن از طریق دوره‌های آموزشی‌ای که به این منظور جهت آنها برپا می‌گردد شرکت نموده و در آموزش فراگیران از این تکنیک‌ها استفاده نمایند	۱۰۰٪	۰٪
۳۰	فراگیران بتواند اشکالات و سؤالات بدون پاسخ خود را با مدرسین درمانگاه براحتی مطرح نمایند و به پاسخ و راه‌حل مناسب دست یابند.	۱۰۰٪	۰٪
۳۱	فراگیران عملاً فراگیری تکنیک‌های عملی مورد نیاز، که در درمان سرپایی کودکان بیمار موردنیاز است را تجربه کنند.	۱۰۰٪	۰٪
۳۲	انگیزه حضور و مشارکت فعالانه فراگیران در درمانگاه تقویت گردد. این امر به طور مثال با متوجه ساختن فراگیران به این مسأله که خط مشی‌های درمانی در بیماران سرپایی از اصول کلی‌ای که آنها در همین درمانگاه‌ها فرا می‌گیرند طبیعت نموده؛ و نیز، مشارکت فعالانه فراگیران در گرفتن تاریخچه و معاینه بیمار، و مشارکت در درمان همان بیمار، می‌تواند انگیزه را در فراگیران تقویت نماید.	۱۰۰٪	۰٪

چک لیست ۴: برنامه‌ریزی درمانگاه‌های آموزشی اطفال

شماره	شاخص	موافقم	مخالقم
۳۳	درمانگاه آموزشی اطفال جهت تأمین منابع مورد نیاز خود، بودجه اختصاصی داشته باشد.	۹۶/۲٪	۳/۸٪
۳۴	جهت تهیه و تأمین هر چه بهتر منابع، اعم از منابع انسانی و منابع غیرانسانی، درمانگاه باید به صورت دوره‌ای اقدام به نیازسنجی نماید و از نظرات کلیه افراد دخیل و ذینفع، اعم از مدرسین، فراگیران، پرسنل و مراجعین استفاده نماید، به طوری که امر آموزش فراگیران و درمان بیماران به بهترین نحوی در درمانگاه جریان داشته باشد.	۹۶/۴٪	۳/۶٪
۳۵	مدرسین به تعداد کافی، در درمانگاه‌های آموزشی بکار گرفته شوند تا امر درمان و آموزش به بهترین نحوی انجام پذیرد	۹۶/۳٪	۳/۷٪
۳۶	وظایف اعضای هیأت علمی، دانشجویان و کارکنان درمانگاه‌های آموزشی کودکان، مشخص، و به نحو شایسته‌ای به آنها اطلاع رسانی گردد.	۱۰۰٪	۰٪
۳۷	کلیه افرادی که در امر آموزش دانشجویان و فراگیران پزشکی در درمانگاه دخیل هستند باید از اهداف آموزشی فراگیران در درمانگاه، و روش‌های نوین آموزش درمانگاهی و ارزشیابی آن مطلع و مسلط باشند	۹۶/۳٪	۳/۷٪
۳۸	کلیه شاغلین در درمانگاه اعم از کارکنان، پرسنل و فراگیران در درمانگاه قبل از پرداختن به وظیفه محوله خود در درمانگاه، باید از اصول صحیح و علمی بهداشتی و مراقبت‌های پیشگیری و اصول اولیه ایمنی، مطلع باشند.	۹۶/۳٪	۳.۷٪

چک لیست ۵: سازمان‌دهی و ارائه خدمات در درمانگاه‌های آموزشی اطفال

شماره	شاخص	موافقم	مخالقم
۳۹	کلیه پزشکان، دانشجویان و پرسنل شاغل در درمانگاه اطفال باید با اونیفورم‌های مخصوص در درمانگاه حاضر شوند و اتیکت مخصوص نام و نام خانوادگی و سمت آنها، نیز نصب و مشخص باشد.	۹۲/۳٪	۷/۷٪
۴۰	مدرسین درمانگاه و فراگیران قبل از تجمع بیماران به طور رسمی در درمانگاه حضور داشته باشند تا بتوانند در مورد بیماری‌های شایع در درمانگاه با هم به بحث و تبادل نظر بیشتر بپردازند.	۸۱/۵٪	۱۸/۵٪
۴۱	نصف زمان فراگیری دانشجویان در بخش اطفال باید در درمانگاه‌های اطفال سپری گردد و دو سوم زمان این حضور در درمانگاه‌های شلوغتر باشد.	۸۴/۶٪	۱۵/۴٪
۴۲	جهت تمامی بیماران درمانگاه باید پرونده پزشکی تشکیل گردد (پرونده دستی و یا کامپیوتری)؛ در صورتیکه از پرونده کامپیوتری استفاده می‌گردد، باید دارای دستورالعمل نرم‌افزاری ساده و سهلی جهت ورود اطلاعات لازم و نخیره آنها وجود داشته باشد (و این دستورالعمل به صورت تایپ شده و مکتوب، هم روی میز کامپیوتر و هم در خود نرم‌افزار قرار داشته باشد).	۸۸/۹٪	۱۱/۱٪
۴۳	درمانگاه اطفال حداقل باید یک منشی داشته باشد و مشخصات کلیه بیماران مراجعه کننده در هر روز را در دفتر مخصوصی ثبت نموده و ترتیب و نظم ورود و خروج بیماران به اتاق معاینه را کنترل نماید، و از اطلاعات بایگانی شده حراست نماید.	۱۰۰٪	۰٪
۴۴	افراد نظافتچی جهت نظافت درمانگاه به تعداد کافی و با حضور دائم در درمانگاه	۱۰۰٪	۰٪

بحث

(Hold) قرار گرفته است و حیطة "امکانات"، وضعیت "الزام" وجود دارد. ضرورت و اهمیت "ترتیب پزشکان کارا و مستقل" بقدری است که ۱۰۰٪ پاسخ‌دهندگان این پژوهش، به این ضرورت اذعان داشته‌اند. این امر در واقع هدف غایی و نهایی آموزش پزشکی در بسیاری از کشورهای پیشرفته

با نگاهی گذرا به نتایج نهایی سند استاندارد، مشخص می‌گردد که اکثر استانداردهای مورد مطالعه، بجز در حیطة "اهداف" (که استاندارد اول آن در حالت "ترجیحی" و استاندارد دوم آن در حالت "۵ سال انتظار" (۵ Year

نیازهای جدید و اجرای روش‌های نوین آموزشی (۲۳) است، به طوری که آموزش و درمان بتواند همراستا با نیازهای در حال تغییر جامعه تغییر و توسعه یابد (استاندارد ED-7 از استانداردهای LCME) (۲۱ و ۲۰). در زیر حیطه "امکانات عمومی درمانگاه‌های آموزشی اطفال" دو استاندارد که در خصوص فضا و امکانات ساختمانی و درمانی و محل استقرار درمانگاه است در وضعیت "ترجیحی" قرار دارد به نظر می‌رسد فراهم نمودن شاخص‌هایی که در خصوص تهیه و خرید وسایل مورد نیاز درمانگاه است (به طور مثال استاندارد ۱-۲-۲ در وضعیت "الزام")، سهل‌الوصول‌تر از استانداردهایی است که در خصوص احداث ساختمان اصلی درمانگاه است می‌باشد. در اجرای برنامه‌های آموزشی، خصوصاً برنامه‌های کلان، یکی از موانع بزرگ اجرایی، وجود محدودیت بودجه و مسائل اقتصادی است؛ و این مشکل در صورت فقدان استاندارد، باعث افزایش هزینه و اتلاف وقت (۲۶) و مضاعف شدن مشکلات موجود می‌گردد. به نظر می‌رسد در این پژوهش موانع موجود در تأسیس درمانگاه از آنجا ناشی می‌شود که نیاز به تامین هزینه‌های نسبتاً بالایی برای خرید یا احداث ساختمان دارد. در این گونه موارد استفاده از ساختمان‌های استیجاری که شرایط استاندارد را دارا باشد راه حل عملی و جایگزین مناسبی به نظر می‌رسد.

توجه در به روز نگه داشتن مهارت‌های علمی و عملی و نیز ارتقای کیفیت در خود برنامه، و توجه به رضایت‌مندی بیماران و فراگیران از مواردی است که به صورت برجسته‌ای در چک لیست استانداردهای تحقیق مشاهده می‌گردد (استانداردهای ۱-۲-۲، ۱-۲-۳، ۱-۴-۴، ۲-۴-۴، ۱-۵-۴)، و همگی هم در حالت "الزام" قرار دارند، که این امر با استانداردهای کنترل کیفی و اجرایی معتبر آموزش پزشکی که در نشست تحت عنوان "کنفرانس راهنمای استانداردسازی" Conference On Guideline Standardization (COGS) در سال ۲۰۰۲

جهان نیز هست به طوری که در استاندارد ED-5، که از استانداردهای LCME است، این استاندارد به صورتی شفاف و صریح آورده شده است (۲۱). امروزه حتی دانشگاه‌های با کارایی بالا نیز از ارتقای کارایی خود بی‌نیاز نیستند (۲۲). لذا به منظور نیل به این امر، برنامه‌های آموزش مهارت‌های پزشکی باید ارتقا داده شود. واضح است که در سکون، هیچ ارتقایی صورت نمی‌پذیرد؛ خصوصاً که هنوز هم در بسیاری از مراکز آموزش پزشکی برنامه آموزشی مشخصی جهت کسب مهارت‌های حرفه‌ای بشکل مدون و طراحی شده وجود ندارد (۱۷). قرار گرفتن این استاندارد در وضعیت "ترجیحی" (Should) فرصت مناسبی را جهت مهیا شدن مسئولین برای بالفعل نمودن این استاندارد، در عمل فراهم می‌نماید. برای نیل به این هدف، وجود بستر و زمینه مناسب جهت ایجاد نوآوری و پیشرفت در آموزش ضروری است (۲۳).

استاندارد دوم حیطه اهداف، "حفظ کیفیت درمان و آموزش در بهترین شکل ممکن"، در واقع شرط لازم جهت تحقق استاندارد اول (فوق‌الذکر) است. در تحقیق حاضر ضرورت و اهمیت این استاندارد در ۱۰۰٪ موارد مورد تأیید بوده است. پیش‌نیازهای گسترده و وسیعی جهت تحقق این استاندارد مورد نیاز است که در این پژوهش سعی شده تا جزییات این پیش‌نیازها به تفصیل در حیطه‌های تحقیق در نظر گرفته شود.

در مطالعه سال ۸۹ در اصفهان، علل عدم دستیابی به اهداف آموزش پزشکی را، محدودیت در ابعاد مختلفی چون: تعداد زیاد دانشجویان، مواجهه با کمبود فضا و امکانات، عدم توجه به حقوق بیماران، نابسامانی موجود در اعضای هیأت‌علمی از نظر آموزشی (۲۴) و عدم اطلاع از روش‌های نوین تدریس و آموزش همگانی (۱۸ و ۲۵) و عدم برنامه‌ریزی مناسب دانسته‌اند.

از جنبه‌های مهمی که در این راستا خصوصاً در برنامه‌ریزی‌های آموزشی باید مد نظر داشت، پیش‌بینی

نتیجه‌گیری

اکثریت استانداردها در وضعیت لازم‌الاجرا (must) قرار گرفتند و ۲۴ استاندارد در ۴ حیطة «اهداف»، «امکانات»، «فرایند یاددهی و یادگیری» و «مدیریت» به عنوان سند استاندارد نهایی پیشنهاد گردید. از نتایج این مطالعه می‌توان به منظور ارتقای کیفیت آموزش و درمان درمانگاه‌های آموزشی اطفال در استان اصفهان و به تبع آن ارتقای سطح سلامت کودکان در سطح جامعه استفاده کرد.

آگاهی از نقاط قوت و ضعف برنامه‌های جاری و در حال اجرا و استفاده از نتایج آن به عنوان پایلوت جهت تعمیم استانداردها در سطح کشور، از دیگر کاربردهای نتایج این مطالعه است.

وضع گردیده هماهنگ است (۲۷).

دقت در نتایج این پژوهش حاکی از آن است که اکثریت قریب به اتفاق شاخص‌ها (۹۵/۵٪)، در ظرف مدت ۲ سال آینده لازم‌الاجرا هستند. ۸۳٪ آنها نیز در زمان حاضر لازم‌الاجرا هستند؛ لذا انتظار می‌رود این نوید انگیزه مضاعفی در برنامه‌ریزان و دست‌اندرکاران جهت افزایش تلاش خود در به ثمر رسیدن این حرکت باشد، تا شاهد ارتقا و شکوفایی روزافزون آموزش و درمان در درمانگاه‌های آموزشی اطفال باشیم.

درصد پایین میزان پاسخ دهی، به علت عدم برگشت برخی از پاسخ‌نامه‌ها، از محدودیت‌های این مطالعه بود. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به طولانی بودن برخی استانداردها اشاره کرد، که به دلیل اهمیت محتوایی و نیز جهت حفظ امانت، آن استانداردها به این شکل ارائه شد.

منابع

1. Fincher RM, Case SM, Ripkey DR, Swanson DB. Comparison of ambulatory knowledge of third-year students who learned in ambulatory settings with that of students who learned in inpatient settings. *Acad Med.* 1997; 72(10 Suppl 1): S130-2.
2. Bowen JL, Salerno SM, Chamberlain JK, Eckstrom E, Chen HL, Brandenburg S. Changing habits of practice. Transforming internal medicine residency education in ambulatory settings. *J Gen Intern Med.* 2005; 20(12): 1181-7.
3. Sarkin R, Wilkerson L. 1a. Arrows in the Quiver: Models for Teaching in the Ambulatory Setting. [Cited 2012 Dec 10]. Available from: <http://www.ambpeds.org/education/nutsandbolts/pdfs/sarkinwilkerson.pdf>
4. Carney PA, Pipas CF, Eliassen MS, Donahue DA, Kollisch DO, Gephart D, et al. An encounter-based analysis of the nature of teaching and learning in a 3rd-year medical school clerkship. *Teach Learn Med.* 2000; 12(1): 21-7.
5. Liaison Committee on Medical Education. Functions and Structure of a Medical School: LCME Accreditation Standards. [Cited 2012 Dec 10]. Available from: <http://www.lcme.org/standard.htm>
6. Guerrero MP, Benn R, Ratner EF, Konigsberg E, Bailey ML. Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine. [Cited 2012 Dec 10]. Available from: <http://www.imconsortium.org/>
7. Fung CC, Relan A, Wilkerson L. Demystifying "learning" in clinical rotations: do immersive patient encounters predict achievement on the clinical performance examination (CPX)? *Acad Med.* 2007; 82(10 Suppl): S97-S100.
8. University of Washington - Seattle Children's Hospital - UW School of Medicine. Department of Pediatrics Newsletter. [Cited 2012 Dec 10]. Available from: http://www.washington.edu/medicine/pediatrics/about/news?link_letter=80
9. Liaison Committee on Medical Education. Annual LCME Medical School Questionnaires. [Cited 2012 Dec 10]. Available from: <http://www.lcme.org/questionnaires.htm>

10. Irby DM. Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. *Acad Med.* 1995; 70(10): 898-931.
11. Roth CS, Fagan MJ, Griffith JM, Nelson D, Zhao Y. Evaluation of a worksheet to structure teaching and learning outpatient internal medicine. *Med Teach.* 2003; 25(3): 296-301.
12. Roth CS, Griffith JM, Fagan MJ. A teaching tool to enhance medical student education in ambulatory internal medicine. *Acad Med.* 1997; 72(5): 440-1.
13. UK's two week urgent referral standard for suspected bowel cancer hampered by system delays. The department of health's "two week standard" for bowel cancer: is it working?. *BMJ Group.* 2004; 53. [Cited 2012 Dec 10]. Available from: <http://group.bmj.com/group/media/press-release-archive-files/Gut/GUT-12Feb-2004.pdf>
14. Bowen JL, Carline J. Learning in the social context of ambulatory care clinics. *Acad Med.* 1997; 72(3): 187-90.
15. Bowen JL, irby DM. Assessing quality and costs of education in the ambulatory setting: a review of literature. *Acad Med.* 2002; 77(7): 621-80.
16. Demakis JG, Beauchamp C, Cull WL, Denwood R, Eisen SA, Lofgren R, et al. Improving residents' compliance with standards of ambulatory care: results from the VA Cooperative Study on Computerized Reminders. *JAMA.* 2000; 284(11): 1411-6.
17. Chabavizadeh A. [Barrasye entezarate pezeskhane omoomi az dorehaye amoozeshe modaveme daneshgahe oloom pezeskhaye Isfahan]. [dissertation]. Isfahan University of Medical Sciences; 2005. [Persian]
18. Jamshidian S, Haghani F. Arzeshyabye amoozeshe darmangahye karvarzane goroohe koodakane daneshgahe oloom pezeskhaye Isfahan bar asase modele CIPP dar sale 1387]. [dissertation]. Isfahan University of Medical Sciences; 2005. [Persian]
19. Mollabashi R, Haghani F. [Barrasye faryande yaddehi-yadgiri dar darmangahhaye amoozeshye daneshgahe oloom pezeskhaye Isfahan be manzooze pishnahade olgooye monasebe tadrise]. [dissertation]. Isfahan University of Medical Sciences; 2005. [Persian]
20. Dugdale D. Ambulatory Internal Medicine Training Challenges and Opportunities. *J Gen Intern Med.* 2003; 18(4): 313-4.
21. Liaison Committee on Medical Education. Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the M.D. Degree. [Cited 2012 Dec 10]. Available from: <http://www.lcme.org/functions.pdf>
22. Sohrabi Z, Yousefi M, Fazaeli S, mohebfar R, Moradi G, Azimi A. [Rating of Iranian Medical Sciences Universities in Education, Based on Efficiency Index]. *Iranian Journal of medical Education.* 2011; 11(4): 408-417. [Persian]
23. Moosavi S, Sharif M, Rajae pour S, Ashoorion V. [Study of relationship between organizational dimensions climate and acceptance of curriculum innovation (Case study of Isfahan University of Medical Sciences)]. *Iranian Journal of medical Education.* 2012; 11(9): 1466-78. [Persian]
24. Avizhgan M, Omid A, Dehghani M, Esmaili A, Asilian A, Akhlaghi M, et al. [Determining Minimum Skill Achievements in Advanced Clinical Clerkship(Externship) in School of Medicine Using Logbooks]. *Iranian Journal of medical Education.* 2011; 10(5): 543-51. [Persian]
25. Gandomkar R, Salsali M, Mirzazadeh A. [Factors Influencing Medical Education in Clinical Environment: Experiences of Clinical Faculty Members]. *Iranian Journal of medical Education.* 2011; 11(3): 279- 90. [Persian]
26. Young KM. *Informatics for healthcare professionals.* First edition. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2000.
27. Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, Slutsky J, Grimshaw J, Deshpande AM. Standardized reporting of clinical practice guidelines: a proposal from the Conference on Guideline Standardization. *Ann Intern Med.* 2003; 139(6): 493-8.

Compilation of Standards of Pediatric Educational Clinic in Esfahan University of Medical Sciences

Atlas chabavizadeh¹, Alireza Yousefy², Tahereh Changiz³, Behzad Shams⁴

Abstract

Introduction: In recent decades, educational clinics (Ambulatory settings), have become as fundamental and essential parts of medical education. In order to guaranty and promote the quality of education in pediatric clinics, the need to specified and established criteria is more noticeable than before. Since no compiled standard has been developed in this regard. Accordingly, this research is performed to develop standards for pediatric educational clinics (Ambulatory settings) in Esfahan University of Medical Sciences.

Methods: This descriptive research was performed during the years 2010 to 2012 in three phases. Literature review was the first of these steps in which articles, documents, and related studies were read. The outcome of this step was assortment of primary list of standards. This list was edited by a focus group comprising pediatricists and medical education specialists in the second step. In third step, the edited list in form of a questionnaire was utilized to ask the opinions of faculty members, residents and recently graduated pediatricians (who were accessible). The results were analyzed by descriptive statistics methods.

Results: Twenty four standards in for domains including scopes, facilities, teaching and learning procedure, and management were proposed as document of final standards.

Conclusion: Majority of standards were placed in 'must' position. It seems that other standards were not tagged as "must"s because of limitation of facilities and the need of more time to prepare appropriate schematization for fulfillment of these plans.

Keywords: Standard, educational clinic, pediatrics.

Addresses:

¹ Pediatrician, MS Student Medical Education Management, Mojtama Pezeshki Sina, Malekshahr, Isfahan, Iran. E-mail: atchz2000@yahoo.com

² (✉) Associate Professor, Medical Education Research Center, Department of Medical Education, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: aryousefy@edc.mui.ac.ir

³ Associate Professor, Medical Education Research Center, Department of Medical Education, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: changiz@edc.mui.ac.ir

⁴ Associate Professor, Department of Pediatrics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: shams@med.mui.ac.ir