طراحی ابزار ارزشیابی برنامه درسی دوره بالینی از نظر راه‌کار جامعه‌نگری (راهنمایی برای اجرای عملی)

محمد دادگسترنیا، طاهره چنگیز*، وجیهه وفامهر

چکیده

مقدمه: مدل SPICES رویکردی است که در طراحی، بررسی و بازبینی برنامه‌های درسی استفاده می‌شود. مطالعات اندکی معیارهای SPICES در ارزشیابی برنامه درسی را توصیف نموده‌اند. هدف مطالعه تهیه ابزار ارزشیابی برنامه درسی پزشکی بر اساس استراتژی جامعه‌نگری از الگوی SPICES می‌باشد.

روش‌ها: این مطالعه توسعه‌ای ۲ فاز داشت. فاز اول مدل‌سازی مفهومی و تهیه ابزار بود که توسط مرور متون و تشکیل گروه‌های متمرکز انجام گرفت. روایی صوری و محتوایی توسط متخصصان آموزشی و پایایی با α کرونباخ بررسی گردید. فاز دوم استفاده از پرسشنامه برای ارزشیابی دوره کارآموزی داخلی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بود. فراوانی انتخاب گزینه‌ها توسط دانشجویان، موقعیت هر مؤلفه بر روی پیوستار را مشخص نمود.

نتایج: دوره کارآموزی داخلی در مؤلفه‌های منابع، روش‌های یاددهی یادگیری، نوع بیماری‌ها، رویکردهای تشخیصی درمانی، مدیریت و سازمان‌دهی دوره، ارزیابی دانش، ارزیابی مهارت و سطح مراقبت در آزمون‌ها در انتهای سنتی پیوستار جامعه‌نگری است. تدریس رویکردهای پیشگیری و بازتوانی خارج از انتهای چپ پیوستارها بود. تنها تدریس مهارت‌های عملی به صورت جامعه‌نگر می‌باشد.

نتیجه‌گیری: چنین ارزشیابی نه تنها موقعیت کنونی این دانشکده‌ها را بر روی پیوستارها روشن می‌نماید، بلکه چشم‌انداز آینده دانشکده‌ها را نیز می‌نمایانند.

واژه‌های کلیدی: SPICES، جامعه‌نگری، ارزشیابی برنامه

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی (ویژه‌نامه توسعه آموزش) / زمستان ۱۳۸۹؛ ۱۰(۵): ۷۵۵ تا ۷۶۶

مقدمه

یکی از انتقاداتی که به آموزش پزشکی وارد است این است که با رویکرد بیمارستان محوری که دارد در حقیقت دانشجویان را وارد برج عاجی می‌کند که کمترین تماس را با محیط کار آینده خود، یعنی جامعه دارند. توجه روزافزون به تخصص‌گرایی در بسیاری از کشورها باعث گردیده که مراقبت‌های سطح اول در سیستم مراقبت بهداشتی کم رنگ‌تر شوند. در آموزش پزشکی سنتی, آموزش عمدتا در بیمارستان‌های تخصصی و با تمرکز بر یادگیری نحوه

* **نویسنده مسؤول:** دکتر طاهره چنگیز (دانشیار)، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (tahereh.changiz@gmail.com)
دکتر محمد دادگسترنیا، کارشناس ارشد آموزش پزشکی و مسؤول دوره مقدمات پزشکی بالینی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، اصفهان، ایران. (dadgostar@med.mui.ac.ir)؛ دکتر وجیهه وفامهر، کارشناس ارشد آموزش پزشکی و کارشناس دوره مقدمات پزشکی بالینی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، اصفهان، ایران. (vgrenani@yahoo.com)؛
این مقاله در تاریخ ۸۹/۱۰/۱۱ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۹/۱۱/۲۲ اصلاح شده و در تاریخ ۸۹/۱۱/۲۵ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

درمان بیماران انجام می‌گیرد. در حالی که این مراکز عمدتاً پذیرای بیماران ارجاعی از سایر مراکز درمانی می‌باشند(۱). در یک مطالعه که در سال ۱۹۸۷ انجام گرفته است، نشان داده شده که از هر ۱۰۰۰ نفر از جامعه مورد بررسی، ۷۵۰ نفر در ماه گذشته احساس ناخوشی داشته‌اند که از این میان تنها ۲۵۰ نفر به مراکز درمانی مراجعه نموده‌اند و فقط ۹ نفر در بیمارستان عمومی و ۱ نفر در بیمارستان آموزشی بستری شده‌اند. چنین آماری نشان دهنده کم بودن تماس دانشجویان با بیماران غیر تخصصی در آموزش سنتی پزشکی می‌باشد. همین امر باعث گردیده که در اکثر کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، بازنگری برنامه‌های درسی آغاز گردد(۲).

در حالی که در کنفرانس بین‌المللی مراقبت‌های سطح اول در آلماتا بر ضرورت واهمیت مراقبت‌های سطح اول تاکید گردیده است(۳)، انجمن دانشکده‌های پزشکی آمریکا (AAMC) نیز معتقد است که یادگیری در یک سیستم سلامت آکادمیک مبتنی بر جامعه، تجارب غنی و معناداری برای دانشجویان پزشکی فراهم می‌کند. چنین سیستم‌هایی، سیستم‌های مراقبت ادغام یافته و فراگیری هستند که به راحتی در دسترس بوده و مراقبت‌های سراپایی در منزل و سطح جامعه را به طور همزمان با مراقبت‌های بیمارستانی ارائه می‌نمایند(٤). چنین بحث‌هایی در زمینه مفاهیم آموزش جامعه‌نگر از سال ۱۹۸۸ با اعلامیه ادینبورو بطور جدی در آموزش پزشکی آغاز شد. پس از آن توافق قوی و منطقی برای کاهش تأکید بر آموزش بیمارستانی و افزایش آموزش در جامعه به عنوان محیط آموزشی دانشجویان پزشکی به وجود آمد(۵). در راستای این توافق عام, آقای هاردن استراتژی آموزش در جایگاه جامعه را در مدل SPISES مطرح نمود. در این استراتژی پیوستاری وجود دارد که در یک سر آن آموزش بیمارستان محور و در سر دیگر آن آموزش مبتنی بر جامعه مطرح شده است. در این پیوستار آموزش جامعه‌نگر Community oriented medical education(COME) یک مرحله قبل از آموزش مبتنی بر جامعه Community based Education(CBE) است. چرا که در COME نیازهای جامعه مد نظر قرار گرفته و آموزش متناسب با این نیازهاست(۱). این در حالی است که در CBE آموزش از طریق کار در جامعه رخ می‌دهد. دانشجو از طریق ارائه خدمت در مراکز سطح جامعه آنچه را که برای ارائه خدمت در چنین مراکزی در سه سطح مراقبت‌ها ضروری است، فرا می‌گیرد(۱و٦). به دیگر سخن تعامل بین بخش خدمات و بخش آموزش در آموزش مبتنی بر جامعه پر رنگ تر از بقیه است(۷). چنگیز در پیوستار پیشنهادی خود برای جامعه‌نگری حتی مرحله‌ای قبل از بیمارستان محوری را نیز تعریف نموده است که در آن آموزش بدون ارتباط و منتزع از مسائل جامعه حتی در سطح دوم و سوم مراقبت‌ها می‌باشد. یعنی دانشجو مجبور به فراگیری کلیه بیماری‌های شایع و غیر شایع می‌باشد(۸). در طراحی‌های آموزشی با انطباق استراتژی پاسخ به جامعه بر جزئیات برنامه آموزشی، می‌توان امکان نزدیک شدن این استراتژی را به عملیات فراهم نمود. این استراتژی در برنامه درسی، در دانشجویان، در اساتید، در جایگاه‌های آموزشی و بالاخره در مدیریت برنامه قابل بررسی است(۵و۹). در این راستا اگر ابزاری برای ارزشیابی برنامه درسی یا دروس بر اساس استراتژی جامعه‌نگری تهیه گردد، این ابزار علاوه بر کاربرد در بهبود مستمر کیفیت آموزش می‌تواند در اعتبار بخشی برنامه‌های آموزشی نیز مورد استفاده قرار گیرد. استفاده از چنین ابزارهایی منجر به ترسیم نیمرخ، از وضع موجود برنامه براساس هریک از ابعاد کیفیت برنامه درسی می‌گردد که می‌تواند درمراحل بعدی راهنمای تصمیم‌گیری برای برنامه‌ریزی، آموزش اساتید و ارتقای کیفیت آموزش قرار گیرد. شاید مهم‌ترین ارزش تهیه چنین ابزاری، ارائه

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

تصویر روشن و تعریف عملیاتی قابل سنجش از چگونگی تحقق استراتژی آموزشی جامعه‌نگری در برنامه درسی باشد. همچنین پس از تکمیل این ابزار می‌توان آن را به عنوان یک پایش مداخلاتی مداوم در اختیار گروه‌ها، اساتید و مسؤولین برنامه درسی قرار داد. هدف اصلی این مطالعه، تهیه ابزاری برای ارزشیابی برنامه درسی پزشکی از نظر جامعه‌نگری بوده است. اما با مروری در برنامه‌های آموزش بالینی دانشکده‌های پزشکی مختلف درمی یابیم که جامعه‌نگری در این برنامه‌ها به ۲ صورت محقق شده است:۱) وجود دوره‌های جدا از بخش‌های بالینی، برای تماس دانشجویان با جامعه ۲) ارائه آموزش در هر کدام از بخش‌های بالینی به صورت جامعه‌نگر (آموزش در درمانگاه‌های بیمارستان یا مراکز بهداشتی درمانی سطح جامعه). با توجه به اینکه در برنامه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به غیر از دوره یک ماهه پزشکی اجتماعی، دوره جامعه‌نگر دیگری وجود ندارد، در این مطالعه ابزار ارزشیابی برنامه درسی دوره کارآموزی از نظر جامعه‌نگری برای سنجش نوع دوم آموزش جامعه‌نگر یعنی آموزش جامعه‌نگر در هر یک از بخش‌های دوره کارآموزی تهیه می‌گردد.

روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه توسعه‌ای برای ساخت ابزار ارزشیابی برنامه درسی دوره بالینی از نظر استراتژی‌های جامعه‌نگری است که از طریق یک مطالعه توصیفی پیمایشی داده‌های آن گردآوری شده است. مراحل انجام پژوهش شامل ۳ مرحله است: مرحله اول شامل تصمیم‌گیری درباره مؤلفه‌های مورد بررسی در استراتژی و تکوین و تکمیل مراحل مختلف پیوستارهای جامعه‌نگری از استراتژی‌های آموزشی متناسب و سازگار با برنامه درسی دوره کارآموزی (از طریق تشکیل گروه‌های متمرکز) بوده است. در این مرحله مبنای کار دو چیز بوده است:

۱) پیوستاری که پیش از این چنگیز برای جامعه‌نگری پیشنهاد نموده است(۸).

مرحله ٤	مرحله ۳	مرحله ۲	مرحله ۱
COME+CBE محیط یادگیری+بروندادها	COME یادگیری بر اساس نیاز (اهداف- محتوا- منابع)	بیمارستان محوری: توجه به مسائل و مراقبت‌های سطح ۳	آموزش بدون ارتباط و منتزع از مسائل جامعه خود (حتی در سطح سوم مراقبت‌ها)

۲) مؤلفه‌های اصلی وضعیت درس که قبلاً از منابع طراحی آموزشی استخراج شده است. چنگیز هر یک از مؤلفه‌های اصلی وضعیت درس را به صورت زیر تعریف نموده است(۸):

الف) منابع درس: شامل متون آموزشی (مکتوب: کتاب، جزوه، یا غیر مکتوب: فیلم، سی دی و...)

ب) روش تدریس: شامل نحوه آموزش استاد به دانشجو است که به خصوص در برگیرنده الگوی فعالیت استاد و چگونگی تعامل وی با دانشجو است.

ج) آزمون درس: چگونگی طراحی، اجرا و انعکاس نتایج ارزشیابی در طول دوره و انتهای آن را نشان می‌دهد.

د) مدیریت و سازمان‌دهی: فرایندهایی که برای طراحی، هماهنگی اجرا، نظارت و ارزشیابی درس توسط مسؤول درس یا کمیته برنامه‌ریزی درس انجام می‌شود.

ه) محیط فیزیکی: امکانات فیزیکی (کلاس درس یا آزمایشگاه با در نظر گرفتن نور، دما، سر و صدا، مساحت،

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

تراکم دانشجو و...) که برای موقعیت‌های یادگیری طراحی شده فراهم شده است.

هر چند مبنای کار ۵ مؤلفه ذکر شده بوده است، اما با توجه به ابعاد راهبرد جامعه‌نگری، در مورد مؤلفه‌ها تصمیم گیری گردید. مثلا با توجه به اهمیتی که محتوا در بحث جامعه‌نگری دارد، در پرسشنامه جامعه‌نگری قسمت محتوای یادگیری به مؤلفه‌های قبلی اضافه گردید و ۵ سؤال درباره ابعاد مختلف محتوای آموزشی به پرسشنامه اضافه گردید. مؤلفه آزمون‌ها نیز بطور دقیق‌تری طی سه سؤال بررسی گردید. از طرف دیگر چون در بحث جامعه‌نگری طیف روش یاددهی یادگیری و طیف محیط یادگیری شباهت زیادی به یکدیگر دارند، مؤلفه محیط یادگیری حذف گردید. همچنین در این پرسشنامه سؤال مربوط به مؤلفه مدیریت و سازمان‌دهی طوری طراحی شده که در آن از دانشجویان خواسته شده به مدیریت و سازمان‌دهی هر یک از ٤ نوع آموزشی که در بخش داخلی ارائه می‌گردد (کلاس‌های تئوری، راندهای آموزشی، درمانگاه، مراکز بهداشتی درمانی سرپایی سطح جامعه)، نمره‌ای از ۱ تا ۲۰ بدهند. از آنجا که این ٤ نوع آموزش، به ترتیب اهمیتشان در آموزش جامعه‌نگر لیست شده‌اند، لذا مراحل پیوستار مدیریت و سازمان‌دهی در جامعه‌نگری مطابق با اهمیتی است که به هر یک از این ٤ نوع آموزش داده می‌شود. مثلا اگر در مدیریت و سازمان‌دهی بخش، برگزاری کلاس‌های تئوری نمره بالاتری کسب نماید، یعنی مسؤولان و برنامه‌ریزان بخش اهمیت بیشتری برای آن قائل بوده‌اند و بنابراین مدیریت و سازمان‌دهی بخش در مرحله اول جامعه‌نگری قرار دارد. علت انتخاب مدل فوق برای این سؤال آن بود که در گروه متمرکز به این نتیجه رسیدیم که از طریق این سیستم دانشجویان می‌توانند قضاوت دقیق‌تری برای پاسخ گویی به این سؤال داشته باشند. بنابراین در سؤال مربوط به مؤلفه مدیریت و سازمان‌دهی، گزینه‌ای که بالاترین میانگین نمره را به خود اختصاص داده است، به عنوان مرحله انتخابی در نظر گرفته می‌شود. با در نظر گرفتن شرایط آموزشی بخش‌های دوره کارآموزی، برخی سؤالات پرسشنامه نیاز به اضافه کردن یک گزینه خارج از پیوستار نیز داشت (سؤالات ج، د، ه در پرسشنامه جامعه‌نگری). چرا که در برخی مؤلفه‌ها حتی مرحله اول پیوستار نیز در این دوره محقق نمی‌شود. در تجزیه و تحلیل نتایج، این گزینه‌ها به عنوان مرحله صفر در نظر گرفته شده‌اند.

همچنین معادل سازی مراحل با استفاده از عبارات متناسب و هم ارز برای سازگاری مراحل پیوستار با شرایط خاص دوره کارآموزی در نظر گرفته شد. این مرحله با مرور متون و بحث در گروه‌های متمرکز انجام گرفت. به این منظور پس از انجام مرور متون و تهیه پیش نویس پیوستار جامعه‌نگری برای هر مؤلفه توسط محقق، ٦ گروه متمرکز شامل یک یا دو نفر از اساتید گروه آموزش پزشکی، یک پزشک عمومی کارشناس آموزشی به همراه پژوهشگر تشکیل گردید و مراحل پیوستارها تهیه و تکمیل شد.

مرحله دوم کار مرحله تهیه ابزار ارزشیابی بود. پرسشنامه تهیه شده در این مرحله دارای ۵ بخش می‌باشد. این ۵ بخش شامل ۱۱ سؤال درباره میزان جامعه‌نگری، ۵ مؤلفه اصلی یک بخش در دوره کارآموزی (۱ سؤال درباره منابع، ۱ سؤال درباره روش یاددهی یادگیری، ۵ سؤال درباره محتوای یادگیری، ۱ سؤال درباره مدیریت و سازمان‌دهی، ۳ سؤال درباره آزمون‌ها) می‌باشد. سؤالات به صورت ۳ یا ٤ گزینه‌ای هستند که گزینه‌های آنها شامل عباراتی است که مراحل مختلف پیوستار جامعه‌نگری را برای هر مؤلفه یک بخش دوره کار آموزی تعریف و توصیف می‌نماید. به طوری که انتخاب بهترین عبارتی که وضعیت آن مؤلفه را نسبت به مراحل مختلف پیوستار مربوط به آن مشخص می‌کند بر عهده دانشجویان تکمیل‌کننده پرسشنامه گذاشته شده است. بنابراین در تحلیل نتایج، مرحله‌ای از پیوستار

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

جامعه‌نگری هر مؤلفه که بیشترین فراوانی انتخاب را در میان مراحل دارا باشد به عنوان جایگاه این دوره بر روی پیوستار مؤلفه مورد نظر در نظر گرفته شد. در مواردی که بیشترین فراوانی مربوط به مرحله صفر بوده است، مؤلفه مورد نظر خارج از پیوستار جامعه‌نگری در نظر گرفته شده است. همچنین در مورد مؤلفه مدیریت و سازمان‌دهی که نمره هر مرحله به صورت میانگین از ۲۰ است، مرحله‌ای از پیوستار که بیشترین میانگین نمره را به خود اختصاص داده است، انتخاب شده است. از آنجا که تعداد مراحل پیوستار مؤلفه‌ها با هم تفاوت می‌کند، مراحل مشابه پیوستارها ارزش یکسانی ندارند. بنابر این جایگاه هر مؤلفه از دوره داخلی با یک دوره کاملاً جامعه‌نگر در آن مؤلفه مقایسه شده است.

در نهایت برای اطمینان از روایی محتوایی، پرسشنامه به تایید اعضای گروه‌های متمرکز رسید. از آنجا که این پرسشنامه دقیقاً بر اساس مراحل تعریف شده در پیوستارها طراحی گردیده بود و مراحل پیوستارها نیز در گروه صاحب‌نظران به بحث گذاشته شده و نهایتاً به تایید نهایی رسیده بود، بنابراین از روایی محتوایی پرسشنامه اطمینان حاصل شد.

مرحله سوم کار اجرای پایلوت پرسشنامه بود. به منظور اجرای پایلوت پرسشنامه فوق، این پرسشنامه برای ارزشیابی کارآموزی بخش داخلی در دانشکده پزشکی اصفهان مورد استفاده قرار گرفت و از این طریق پایایی پرسشنامه نیز بررسی گردید. علت انتخاب بخش داخلی طولانی بودن دوره این بخش و استفاده از محیط‌های آموزشی مختلف در این بخش بود. به این دلایل بررسی جامعه‌نگری در برنامه این بخش مصداق بیشتری نسبت به سایر بخش‌ها داشت. از طرف دیگر اهمیت جامعه‌نگری در بخش داخلی بیش از سایر بخش‌هاست.

پرسشنامه جامعه‌نگری توسط کلیه دانشجویان کارآموزی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که مهر تا بهمن ۸۷ بخش داخلی خود را گذرانده بودند (حدود ۶۰ نفر)، به صورت حضوری (در بیمارستان الزهرا) تکمیل گردید.

در نهایت وضعیت بخش داخلی کارآموزی بر اساس استراتژی جامعه‌نگری با توجه به فراوانی انتخاب مراحل پیوستارها، مشخص گردید. در بیان یافته‌های پژوهش از میانگین، میانه، فراوانی انتخاب مراحل، درصد انتخاب مراحل و درصد تجمعی انتخاب استفاده گردید. برای بررسی پایایی پرسشنامه نیز از آلفای کرونباخ استفاده شد.

نتایج

در اجرای پایلوت پرسشنامه جامعه‌نگری برای دوره کارآموزی داخلی که در نیمسال اول سال تحصیلی ۸۸-۸۷ در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ارائه شده است، ۶۳ پرسشنامه جمع‌آوری شد که دو پرسشنامه مخدوش بود و ۶۱ پرسشنامه در تحلیل نتایج استفاده شد. میانگین سن ۱/۱۲±۲۳/۸ سال بود. ۵۴/۱ درصد تکمیل‌کنندگان زن و ۴۵/۹ درصد تکمیل‌کنندگان مرد بودند. میانگین نمره کسب شده از این درس ۱/۱±۱۶/۱و حداکثر نمره کسب شده ۱۸ و حداقل نمره کسب شده ۱۴ بود. خلاصه نتایج مربوط به آنالیز پرسشنامه جامعه‌نگری در جداول ۱و۲ آمده است. در این جداول شماره‌ای که در کنار هر گزینه قرار گرفته است، شماره مربوط به مرحله مورد نظر از پیوستار جامعه‌نگری مؤلفه مربوطه می‌باشد. مثلا گزینه (A-۱) از منابع درسی توصیف‌کننده مرحله اول از پیوستار جامعه‌نگری منابع درسی می‌باشد. در نمودار ۱ جایگاه مؤلفه‌های دوره کارآموزی داخلی در پیوستار های جامعه‌نگری مربوط به هر مؤلفه مشخص شده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

جدول ۱: خلاصه نتایج مربوط به آنالیز سؤالات مربوط به منابع درسی، روش یاددهی یادگیری، محتوای یادگیری و آزمون‌ها از پرسشنامه جامعه‌نگری

نام مرحله در پیوستار جامعه‌نگری	فراوانی انتخاب (درصد)	درصد تجمعی	میانگین و انحراف معیار
A : منابع درسی دوره کارآموزی داخلی			
A-۱) این منابع صرفاً اطلاعات علمی و بیماری‌ها اعم از بیماری‌های شایع یا ناشایع در ایران را ارائه می‌داد.	٤٧(٨٧)	٨٧	
A-۲) این منابع اطلاعات علمی در مورد بیماری‌های شایع و مهم در جامعه ایران را ارائه می‌داد.	٠(٠)	٨٧	۱/۳۳± ۰/۸۹
A-۳) این منابع علاوه بر اطلاعات علمی، اطلاعات اپیدمیولوژیک بیماری‌ها در ایران را نیز ارائه می‌داد.	٣(٥/٦)	٩٢/٦	از ٤
A-٤) این منابع علاوه بر اطلاعات علمی و اپیدمیولوژیک در برگیرنده رویکردهای مراقبت سلامت در جامعه ایرانی (پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های مصوب وزارت بهداشت) بود.	٤(٧/٤)	١٠٠	
B : روش یاددهی یادگیری در دوره کارآموزی داخلی			
B-۱) فهرستی از بیماری‌ها را که گروه از قبل مشخص کرده بود (صرف‌نظر از نوع بیماران بستری در طول دوره) از طریق شرکت در راند، کلاس‌های تئوری و مطالعه شخصی فرا می‌گرفتم.	٤٩(٨٠/٣)	٨٠/٣	
B-۲) فقط بیمارانی که در طول دوره در بخش‌ها بستری بودند را از طریق شرکت در راند، مطالعه شخصی و ... فرا می‌گرفتم.	٩(١٤/٨)	٩٥/١	۱/٦۲± ۰/۸۰
B-۳) علاوه بر یادگیری بیماران بستری در بخش (به روش‌های گفته شده) با مراجعه به درمانگاه‌ها و مطب اساتید، بیماران سرپایی آنجا را نیز فرا می‌گرفتم.	٠(٠)	٩٥/١	از ٤
B-٤) با کار در مراکز بهداشتی درمانی سطح جامعه، آنچه را برای ارائه خدمت در سه سطح مراقبت لازم بود با همکاری اساتید و پرسنل بخش سلامت و مطالعه شخصی فرا می‌گرفتم.	٣(٤/٩)	١٠٠	
C –الف: محتوای یادگیری از نظر نوع بیماری‌های دوره کارآموزی داخلی			
C –الف-۱)بیماری‌های شایع و غیر شایع بدون تأکید خاص بر بیماری‌های شایع در ایران	٣٥(٥٨/٣)	٥٨/٣	۱/٥٦± ۰/۷٤
C –الف-۲)بیماری‌های شایع و غیر شایع با تأکید خاص بر بیماری‌های شایع در ایران	١٦(٢٦/٧)	٨٥	از ٣
C-الف-۳)بیماری‌های شایع و مهم در ایران	٩(١٥)	١٠٠	
C –ب: محتوای یادگیری از نظر راه‌کارهای تشخیصی درمانی در دوره کارآموزی داخلی			
C-ب-۱) راه‌کارهای کلی و جهانی بدون تأکید بر راه‌کارهای قابل اجرا در ایران	٣٤(٥٦/٧)	٥٦/٧	
C –ب-۲) راه‌کارهای کلی و جهانی با تأکید بر راه‌کارهای قابل اجرا در ایران	٢٥(٤١/٧)	٩٨/٣	۱/٤٥± ۰/٦٣
C –ب-۳) راه‌کارهای کلی و جهانی با تصریح پروتوکل‌های خاص ایران (پروتکل‌های مصوب معاونت سلامت وزارت بهداشت)	١(١/٧)	١٠٠	از ٣
C –ج: محتوای یادگیری ازنظر راه‌کارهای پیشگیری در دوره کارآموزی داخلی			
C –ج-۰) یادگیری راه‌کارهای پیشگیری از ما خواسته نمی شد.	٣٢(٥٣/٣)	٥٣/٣	
C –ج-۱) راه‌کارهای کلی و جهانی بدون تأکید بر راه‌کارهای قابل اجرا در ایران	١٤(٢٣/٣)	٧٦/٧	۱/٧٣± ۰/۸۹
C –ج-۲) راه‌کارهای کلی و جهانی با تأکید بر راه‌کارهای قابل اجرا در ایران	١٢(٢٠)	٩٦/٧	از ٣
C –ج-۳) راه‌کارهای کلی و جهانی با تصریح پروتوکل‌های خاص ایران	٢(٣/٣)	١٠٠	
C –د: محتوای یادگیری از نظر راه‌کارهای بازتوانی در دوره کارآموزی داخلی			
C –د-۰) یادگیری راه‌کارهای بازتوانی از ما خواسته نمی شد.	٤٩(٨٠/٣)	٨٠/٣	۱/۲۹± ۰/۷۱

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

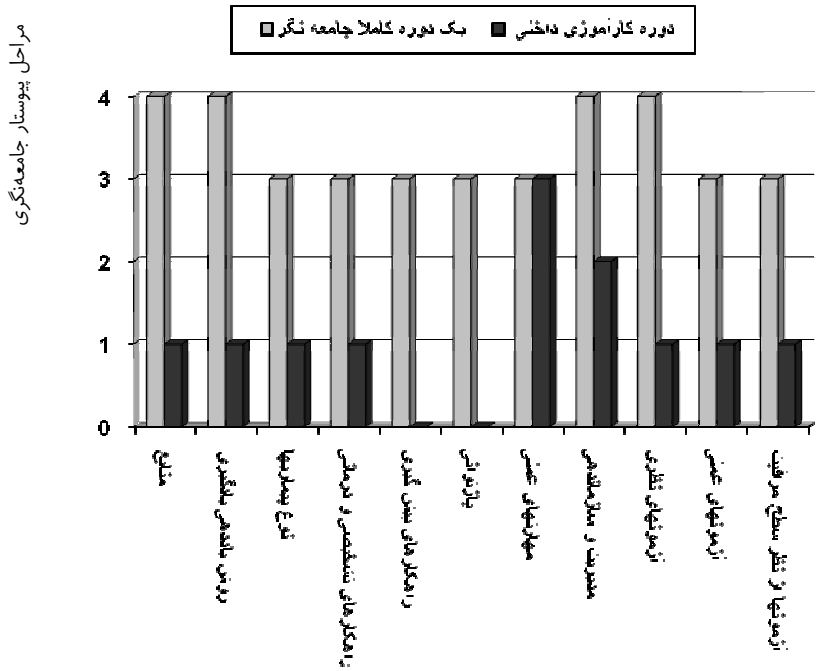
نام مرحله در پیوستار جامعه‌نگری	فراوانی انتخاب (درصد)	درصد تجمعی	میانگین و انحراف معیار
C –د–۱)راه‌کارهای کلی و جهانی بدون تأکید بر راه‌کارهای قابل اجرا در ایران	۹(۱٤/۸)	۹٥/۱	از ۳
C –د–۲)راه‌کارهای کلی و جهانی با تأکید بر راه‌کارهای قابل اجرا در ایران	۰(۰)	۹٥/۱	
C –د–۳) راه‌کارهای کلی و جهانی با تصریح پروتوکل‌های خاص ایران	۳(٤/۹)	۱۰۰	
C – ه: محتوای یادگیری از نظر مهارتهای عملی در دوره کارآموزی داخلی			
C –ه–۰) بر مهارت عملی خاصی تأکید نمی شد.	۱٤(۲۳)	۲۳	
C –ه–۱) بر مهارت‌های عملی تخصصی که بیشتر در بیمارستان انجام می‌گردد تأکید می‌شد (مثل پانکسیون مغز استخوان- بیوپسی- .....)	٦(۹/۸)	۳۲/۸	
C –ه–۲) بر مهارتهای عملی رایج در بیمارستان، بخش‌های سرپایی و اورژانس تأکید می‌شد. (مثل رگ گیری – احیاء- نوار قلب NG- شستشوی معده -....)	۱۳(۲۱/۳)	٥٤/۱	۲/۹۰± ۱/۲۲ از ۳
C –ه–۳) بر مهارت‌های عملی رایج در مراکز بهداشتی درمانی درون جامعه تأکید می‌شد (مثل اندازه‌گیری فشار خون- معاینه قلب و ریه)	۲۸(٤٥/۹)	۱۰۰	
E –الف: آزمون‌های نظری دوره کارآموزی داخلی			
E –الف–۱) بیماری‌های شایع و غیرشایع مطرح شده در منابع .	٥۱(۸۹/٥)	۸۹/٥	
E –الف–۲) بیماری‌های شایع در جامعه ایران	۳(٥/۳)	۹٤/۷	
E –الف–۳) بیماری‌های شایع در ایران و اطلاعات اپیدمیولوژیک بیماری‌ها در ایران	۳(٥/۳)	۱۰۰	۱/۱٥± ۰/٤۹ از ٤
E –الف–٤)بیماری‌های شایع در ایران و اطلاعات اپیدمیولوژیک آنها و رویکردهای مراقبت سلامت مورد کاربرد در ایران	۰(۰)	۱۰۰	
E –ب: آزمون‌های عملی دوره کارآموزی داخلی			
E –ب–۱) کلیه مهارت‌های عملی که در بخش داخلی مورد نیاز است.	٤۰(۷٥/٥)	۷٥/٥	
E –ب–۲) مهارت‌هایی که در مراقبت از بیماران داخلی در مراکز سر پایی و اورژانس مورد نیاز است.	۷(۱۳/۲)	۸۸/۷	۱/۳٥± ۰/۸۸ از ۳
E –ب–۳) مهارت‌هایی که در مراقبت از بیماران داخلی در مراکز بهداشتی درمانی سطح جامعه مورد نیاز است.	٦(۱۱/۳)	۱۰۰	
E –ج: سطح مراقبت در آزمون‌های دوره داخلی			
E –ج–۱) مراقبت‌های سطح دوم (درمان بیماران)	٥۲(۸۸/۱)	۸۸/۱	
E –ج–۲) مراقبت‌های سطح دوم و سوم (درمان و بازتوانی)	٦(۱۰/۲)	۹۸/۳	۱/۱۳± ۰/۳۹ از ۳
E –ج–۳) سه سطح مراقبت (پیشگیری- درمان- بازتوانی)	۱(۱/۷)	۱۰۰	

جدول ۲: خلاصه نتایج مربوط به آنالیز سؤال مدیریت و سازمان‌دهی از پرسشنامه جامعه‌نگری

نام مرحله در پیوستار جامعه‌نگری	میانگین نمره از ۲۰	انحراف معیار
D- مدیریت و سازمان‌دهی		
D –۱) برگزاری کلاس‌های تئوری	۱۰/٥٥	٥/٥۱
D –۲) برگزاری راندهای آموزشی	۱۱/۲٤	٤/٥۱
D –۳) آموزش در درمانگاه‌ها	۱۱/۱۳	٤/۹

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

D-٤) آموزش در مراکز بهداشتی درمانی سرپایی سطح جامعه (مثل درمانگاه هفتون – نواب-....)	۱/۵۲	۳/۹۲



نمودار ۱: مقایسه میزان جامعه‌نگری مؤلفه‌های مختلف دوره کارآموزی داخلی با یک دوره کاملاً جامعه‌نگر

بحث

این مطالعه با هدف تهیه ابزاری برای ارزشیابی یک بخش بالینی از نظر میزان جامعه‌نگری انجام شده است. نتایج بکارگیری این پرسشنامه برای بخش داخلی نشان می‌دهد که این بخش در آموزش راه‌کارهای بازتوانی و پیشگیری حتی در سنتی‌ترین جای پیوستارهای مربوطه نیز قرار ندارد. این بدان معناست که در برنامه کنونی بخش داخلی اصلا به آموزش راه‌کارهای پیشگیری و بازتوانی حتی به شکل سنتی آن نیز پرداخته نمی‌شود. بخش داخلی در مؤلفه‌های منابع، روش‌های یاددهی یادگیری، نوع بیماری‌های آموزش داده شده، راه‌کارهای تشخیصی و درمانی، محتوای آزمون‌های نظری و عملی و سطح مراقبت سنجیده شده در آزمون‌های دوره، در سنتی‌ترین جای پیوستارهای جامعه‌نگری قرار دارند. در مؤلفه مدیریت و سازمان‌دهی بخش داخلی یک مرحله فراتر از آموزش سنتی پیش رفته و برای آموزش در راندهای آموزشی نیز برنامه‌ریزی داشته است. خوشبختانه درآموزش مهارت‌های عملی در دوره کارآموزی داخلی برمهارت‌های عملی رایج در مراکز بهداشتی درمانی درون جامعه تأکید می‌شود و بنابراین در جامعه‌نگرترین قسمت پیوستار قرار دارد. در مطالعه‌ای که چنگیز برای بررسی استراتژی‌های SPICES در آموزش درس فارماکولوژی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام داده است، آموزش این درس نیز در اکثر جنبه‌ها در انتهای سنتی پیوستار استراتژی‌های SPICES قرار داشته است(۱۰). در هیچ مطالعه‌ای به جز مطالعه چنگیز به ارزشیابی برنامه درسی بر اساس استراتژی‌های آموزشی به صورت دقیق پرداخته نشده است. تکیان و وان دن برگ درمطالعات خود، ضمن ارزشیابی برنامه درسی با

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

استفاده از استراتژی‌های SPICES، این استراتژی‌ها را به صورت کلی و ذهنی سنجیده‌اند. در این مطالعات راه‌کار عملیاتی برای سنجش دقیق این استراتژی‌ها ارائه نشده است(۱۱و۱۲).در مطالعه هوت ۸ دانشکده پزشکی به آنالیز برنامه‌های آموزش در جامعه خود پرداخته و حوزه‌هایی که نیازمند توجه بیشتر هستند را مشخص نموده است. در این مطالعه موانعی که باعث تاثیر منفی بر آموزش جامعه‌نگر می‌شوند در ٤ گروه موانع مربوط به اساتید، مسئولان دانشکده‌های پزشکی، عدم پذیرش جامعه و عدم پذیرش از طرف دانشجویان، طبقه‌بندی شده است(۱۳).

اگر چه مطالعاتی که به بررسی میزان جامعه‌نگر بودن برنامه‌ها پرداخته باشند، اندک است، اما مداخلات مختلف و متعددی ذیل رویکرد جامعه‌نگری برنامه درسی طراحی و اجرا شده است که اهداف و جنبه های مختلفی از این استراتژی را تحت پوشش قرار می‌دهد. با استفاده از این پژوهش‌ها می‌توان به راه‌کارهایی برای بهبود وضعیت جامعه‌نگری در مؤلفه‌های مختلف آموزش بالینی دست یافت. به عنوان مثال در مطالعه کلون، برنامه COPC (Community oriented primary care) در یک برنامه سنتی از طریق آموزش مربیان در ٦ مرکز بهداشتی اجرا شده است. در این مطالعه میزان دستیابی به اهداف و رضایت دانشجویان کامل بوده است(١٤).هاو در مطالعه خود به ۱۲ نکته در جامعه‌نگر کردن آموزش پزشکی اشاره نموده است. این نکات در زمینه راه‌های انتقال ارزش‌های مورد نظر در آموزش جامعه‌نگر، نقش کارکنان سیستم، وارد کردن دانشجویان در فرهنگ آموزش جامعه‌نگر، روش‌های ارزشیابی، تشکیل تیم‌های بین رشته ای، منابع، پاسخگویی و ... می باشد(۱۵). یزدانی مداخلات انجام گرفته در زمینه آموزش پزشکی جامعه‌نگر را در شش بخش کلی تقسیم می‌نماید:

الف: آشنایی هر چه زودتر دانشجویان با نقش‌های حرفه‌ای پزشک عمومی

ب: مرتبط نمودن محتوای محوری آموزشی با نقش‌های حرفه‌ای پزشکان عمومی

ج:ادغام وسیع محتوای پیشگیری و ارتقای سلامت در برنامه آموزش بالینی

د: نزدیک نمودن محیط آموزشی به محیط واقعی طبابت پزشکان عمومی

ه: تماس با جامعه فراتر از بیمار و بیماری و پرداختن به سلامت جامعه در برنامه آموزشی

و: آموزش نقش رهبری در دانشجویان پزشکی از طریق مدیریت جمعیت طبابت(١٦).

مد نظر قرار دادن این موارد نه تنها در برنامه‌ریزی بلکه در ارزشیابی جامعه‌نگری نیز می‌تواند به عنوان راهنما مورد استفاده قرار گیرد.

همانگونه که ذکر شد، در دوره کارآموزی علاوه بر این که تک تک بخش‌های بالینی می توانند در برنامه آموزشی خود شواهدی از جامعه‌نگری را به وجود آورند (مثلاً استفاده از درمانگاه‌های مرتبط با بخش مورد نظر در مراکز درمانی سرپایی جامعه)، برنامه کلی این دوره نیز می‌تواند بصورت جامعه‌نگر باشد. بسته به میزان جامعه‌نگری، کل دوره یا قسمت‌هایی از آن می‌تواند به صورت آموزش جامعه‌نگرباشد. مثلاً دوره‌های تماس با جامعه ۱ تا ۳ که دربرنامه آموزش پزشکی ۸۳» در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی طراحی شده، به طور طولی از علوم پایه تا دوره کارورزی تعبیه شده است(۱۷). بنابراین درهنگام ارزشیابی برنامه درسی از نظر جامعه‌نگری می‌بایست هر دو گونه جامعه‌نگری را پوشش داد. با توجه به اینکه در برنامه آموزشی پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان دوره‌های جدا درآموزش بخش‌های بالینی برای جامعه‌نگری وجود ندارد، پرسشنامه تهیه شده برای بررسی جامعه‌نگری در برنامه کنونی کفایت می نماید. اما برای تکمیل این پژوهش تهیه پرسشنامه‌ای که

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

بتواند کل برنامه را نیز از نظر جامعه‌نگری مورد سنجش قرار دهد، لازم به نظر می‌رسد. همچنین این پرسشنامه به بررسی جایگاه برنامه در پیوستار جامعه‌نگری از دید دانشجویان پرداخته است. اگر این پرسشنامه به گونه دیگری نیز طراحی شود، که این استراتژی را از دید اساتید نیز بسنجد، حداقل این فایده را خواهد داشت که توسط ارزشیابی، مسیر اصلاحی استراتژی‌های حاکم بر تدریس نیز به اساتید نشان داده می‌شود.

واضح است که برای بررسی کل برنامه این دوره لازم است این ابزار با تغییراتی برای هر یک از بخش‌های دوره کارآموزی استفاده شده و سپس با استفاده از مجموع نتایج، جامعه‌نگری کل برنامه بررسی گردد.

نتیجه‌گیری

چنین فاصله زیادی تا شرایط مطلوب برای یک آموزش جامعه‌نگر، نیازمند برنامه‌ریزی و توسعه عرصه‌های کار در جامعه از قبیل فعال سازی عرصه‌های درمانگاهی، آموزش در مطب و .می‌باشد.

منابع

1. Harden RM, Sowden S, Dunn WR. Educational Strategies in Curriculum development: the SPICES model. Med Educ. 1984;18(4):284-297..
2.Wright S. Health visiting: theory on trial. Community Outlook. 1987; 9:24-28.
3.Garcia BM. Medical education in the light of the world health organization health for all strategy and the European Union. Med Educ. 1995; 29(1):3-12.
4.Sussman EJ. Viewpoint: "Preparing New Doctors for Health Care Reform". AAMC Reporter: April 2009 [cited 2011 Feb 22]. Available from: http://www.aamc.org/newsroom/reporter/april09/viewpoint.htm
5. Yazdani SH, Homayoonizand R. [Reform in general medicine degree curriculum: basic science phase]. Tehran: Educational Development Center Shaheed Beheshti University of Medical Science and Health Services. 2007. [Persian]
6.Hamad B. Community oriented medical education: what is it? Med Educ. 1991; 25(1):16-22.
7.Ranzcog PW. Relationships: a new way to analyse community-based medical education? (Part one). Educ Health (Abingdon). 2002;15(2):117-128..
8. Changiz T. [A course evaluation tool based on SPICES model, and its application to evaluation of medical pharmacology course][dissertation]. Isfahan: Isfahan University of medical sciences. 2003. [Persian]
9.Harden RM. The integration ladder: a tool for curriculum planning and evaluation.2000; 34(7): 551-557.
10.Changiz T, Yousefy A. A course evaluation tool based on SPICES model, and its application to evaluation of medical pharmacology course. Journal of medical education. 2006; 8(2):111-120.
11. Tekian A. an application of the SPICES model to the status of medical curricula in the Eastern Mediaterranean Region. Med teach. 1997; 19(3): 217-218.
12. Van den Berg H. Rating of SPICES criteria to evaluate and compare curricula. Med Teach. 2004; 26(4):381-383.
13. Hoat LN, Wright EP. Community-university partnership: key elements for improving field teaching in medical schools in Vietnam. Rural Remote Health. 2008 Oct-Dec;8(4):894. Epub 2008 Oct 22.
14. Klevens J, Valderrama C, Restrepo O, Vargas P, Casasbuenas M, Avella MM. Teaching community oriented primary care in a traditional medical school: a two year progress report. J Community Health. 1992 Aug;17(4):231-45.
15. Howe A. Twelve tips for community-based medical education. Med Teach. 2002 Jan;24(1):9-12.
16. Yazdani SH, Hoseyni F, Homayooni Zand R. [Reform in General medical degree curriculum. Basic science phase]. Tehran: Educational Development Center Shaheed Beheshti University of Medical Science and

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

Health Services. 2007. [Persian]
17. Yazdani SH, Hoseyni F. [General medical education program 2004]. Tehran: Educational Development Center Shaheed Beheshti University of Medical Science and Health Services. 2004. [Persian]

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

Constructing a clinical curriculum evaluation tool based on community orientation strategy (A guide for application)

Mohammad Dadgostarnia [1], Tahereh Changiz [2], Vajiheh Vafamehr[3]

Abstract

Introduction: *SPICES is an approach to assist curriculum planners while planning, reviewing or revising a curriculum. However, in the literature, there are few published papers describing the application of SPICES criteria for curriculum evaluation. The goal of this study is development of curriculum evaluation tool based on community-based strategy in SPICES model.*

Method: *This developmental study had two phases. The first phase was concept mapping and questionnaire development, which was performed as an extensive literature review and consensus in focus groups of experts. The content and face validity of questionnaire were checked by educational experts, and its reliability was checked by Cronbach's Alpha. The second phase was using the questionnaire to evaluate internal medicine clinical course in Isfahan University of Medical Sciences. Frequency of items selected by students was used to determine the location on the continuums.*

Results: *internal medicine clinical course were located in the traditional end of community-based continuum in terms of resources, teaching and learning methods, disease type, diagnostic and treatment approaches, course management and organization, assessment of knowledge, assessment of skills, levels of care in tests. Teaching preventive and rehabilitation approaches were placed out of the left end of continuums. Only teaching practical skills was found to be community based in internal medicine course.*

Discussion: *Such an evaluation can not only reveals the current location of medical schools on continuums but also reflects their future vision.*

Key words: *SPICES, community orientation, curriculum evaluation*

Addresses:

[1] Master of Medical Education, in charge of ICM, school of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E mail: dadgostar@med.mui.ac.ir

[2](✉) Associate professor, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E mail:changiz@edc.mui.ac.ir

[3] Master of Medical Education, evaluation and tests expert, school of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E mail: vgrenani@yahoo.com

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]