استفاده از بحث مورد برای آموزش دستیاران

پیمان ادیبی, بیتا نیک خلق, عباس اسماعیلی, حمیدرضا سیما, محمدرضا زالی

چکیده

مقدمه. علی‌رغم مطالعات بسیار پیرامون روش‌های نوین آموزش در مورد دانشجویان پزشکی، آموزش دستیاران چندان مورد کنکاش و بررسی قرار نگرفته است. معرفی مورد معمولاً وسیله‌ای مناسب برای آموزش علمی- بالینی است و طراحی با استفاده از روش‌های طب مستند (Evidence-Based) یک شیوه مناسب برای معرفی موارد بر پایه یافتن علت بالینی خواهد بود. بدین منظور, مطالعه‌ای با هدف تعیین نظرات دستیاران در مورد مقایسه روش‌های آموزشی سنتی و بحث عمیق در نحوه فراگیری آنان انجام شد.

روش‌ها. در یک مطالعه پیش تجربی (pre experimental) یک گروهی، یک مرحله‌ای (پس آزمون) جلسات آموزشی بحث موردی (case discussion) خاص به صورت ماهیانه، ویژه دستیاران داخلی، طراحی و با استفاده از یک پرسشنامه, این شیوه با شیوه آموزش سنتی مقایسه شد. هر مورد با یک مسأله آغاز شده, سپس علائم بالینی، نشانه‌های معاینه و آزمایشگاهی به ترتیب ارائه می‌گردید. در انتها یک سؤال مشخص بالینی طرح می‌گردید. در مواردی که یافته جدید، رادیولوژیک یا هیستولوژیک بود، سعی شد تا نمای ظاهری واقعی یافته ارائه شود. پس از برگزاری ششمین جلسه آموزشی, تعداد 50 پرسشنامه بطور غیرتصادفی بین دستیاران داخلی شرکت‌کننده توزیع شد که تعداد 31 پرسشنامه تکمیل گردید. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-11 به صورت توزیع فراوانی نظرات و آزمون کروسکال والیس (Kruskal Wallis) تجزیه و تحلیل گردید.

نتایج. شرکت‌کنندگان در همه موارد تأثیر جلسات آموزشی بحث عمیق (Hard Talk) را مثبت ارزیابی کرده‌اند بطوری که در مورد امکان پرسش از سخنران و ایجاد چالش علمی 54/8 درصد، در مورد یادگیری مطالب در طی جلسه 80/6 درصد، در مورد تطابق محتوا با نیازهای واقعی محیط کار 77/4 درصد، در مورد امکان استفاده از تجربیات اساتید 77/2 درصد و در مورد میزان حجم و انتقال دانش در زمان محدود 67/7 درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه جلسات بحث عمیق را نسبت به سخنرانی سنتی بهتر ارزیابی کرده‌اند.

بحث. در مجموع, این مطالعه نتایج یک تجربه نسبتاً موفق را در شرایط محدود برای آموزش دستیاران نشان داد و با توجه به کمبود آموزش‌های مدون برای دستیاران و بخصوص کمبود استفاده از شیوه‌های نو در این زمینه, می‌تواند راهگشای سایر پژوهش‌های مشابه باشد.

واژه‌های کلیدی. دستیار, آموزش بالینی, بحث مورد, طب مستند.

مقدمه

آموزش تئوری و عملی دستیاران رشته‌های مختلف پزشکی مانند دانشجویان سطوح پایین‌تر, نیازمند بکارگیری شیوه‌های جدید آموزشی است. علی‌رغم مطالعات بسیار پیرامون روش‌های نوین آموزش در مورد دانشجویان پزشکی، آموزش دستیاران چندان مورد کنکاش و بررسی قرار نگرفته است و معمولاً نتایجی که در مورد دانشجویان رده‌های پایین‌تر حاصل شده به گروه‌های

دکتر بیتا نیک‌خلق، بیمارستان آیت الله طالقانی, خیابان پروانه, خیابان تابناک, جنب پمپ بنزین ولنجک, بزرگراه شهید چمران, تهران.

این طرح با حمایت مالی مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به انجام رسیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-06]

دیگر, از جمله دستیاران نیز تعمیم داده می‌شود، اگرچه آموزش دستیاران اکثراً به صورت خودآموزی است.

سخنرانی، روش کلاسیک آموزشی است که همراه با آموزش بر بالین بیمار, تصویر سنتی آموزش پزشکی است و اکثر اساتید ایران مایل به استفاده از این روش آموزشی می‌باشند. با توجه به اینکه در سخنرانی سنتی, اکثر مطالب بدون تفکر از ذهن مخاطب می‌گذرد و این شیوه بیشتر بر بخاطرسپاری تأکید دارد تا درک مطلب، شاید در آموزش دستیاران چندان مناسب نباشد استفاده از شیوه‌های جدید آموزشی مانند یادگیری بر اساس اصول طب مستند(Evidence Based Medicine) و آموزش مبتنی بر حل مشکل (Problem Based Learning) در آموزش این گروه مفیدتر خواهد بود، زیرا در این نوع آموزش, اطلاعات جدید به دانسته‌های قبلی فرد آموزش گیرنده اضافه می‌شود و فرد خواهد توانست شبکه پیچیده‌ای از اطلاعات را برای خود فراهم آورد. استفاده از این شیوه جدید آموزشی، ظرایف خاص خود را دارد بطوری که اگر به درستی طراحی و اجرا نگردد، فراگیران قادر نخواهند بود از مزایای فراوان آن بهره‌مند شوند و این نکته در سطوح بالای آموزشی کاملاً مشهود خواهد بود.

بسیاری از این افراد در مواجهه با شیوه‌های نادرست آموزش مبتنی بر حل مشکل PBL، شیوه سنتی یعنی سخنرانی را ترجیح می‌دهند. یکی از راه‌های مناسب این نوع آموزش, بویژه برای تعداد زیاد فراگیران, استفاده از معرفی مورد (Case Presentation) است. مطالعات نشان داده‌اند که معرفی مورد معمولاً وسیله‌ای مناسب برای آموزش علمی-بالینی است و طراحی موارد با استفاده از اصول طب مستند, یک شیوه مناسب برای معرفی موارد بر پایه یافتن علت بالینی (Clinical Reasoning Case Study) و بسیار کاربردی خواهد بود زیرا در این روش, فراگیران کاملاً در بحث دخالت خواهند داشت و فرایند ذهنی آنها کاملاً فعال خواهد بود.

به منظور مطالعه اثربخشی این روش و مقایسه آن با آموزش سنتی, مطالعه‌ای با هدف تعیین نظرات دستیاران در مورد مقایسه روش‌های سنتی و بحث موردی در نحوه فراگیری آنان انجام شد.

روش‌ها

این پژوهش در قالب ارزیابی برنامه بحث عمیق در مورد بیماری‌های گوارشی و کبد (Hard talk on Gastroenterology and Liver Diseases) و با طراحی پیش تجربی (pre-experimental) یک گروهی یک مرحله‌ای به انجام رسیده است. نام برنامه قراردادی بوده, مبین سعی در جهت تعمیق مطالب ارائه شده است. این برنامه به صورت جلسات ماهیانه بحث مورد (case discussion) و با همکاری بخش گوارش گروه داخلی و مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در ساعات 8:30 تا 12 پنجشنبه اول هر ماه, در قالب دو جلسه همراه با بحث میزگرد (panel discussion) در طی سال تحصیلی اجرا شد. این مطالعه با هدف تعیین نظرات دستیاران در مورد مقایسه روش‌های آموزش سنتی و بحث عمیق در نحوه فراگیری آنان به اجرا در آمد. شش جلسه از این سری برنامه‌ها, پیرامون: هپاتیت B, بیماری‌های التهابی روده، سلیاک و اسهال مزمن، سنگ‌های صفراوی، بیماری‌های خودایمنی و سرطان روده بزرگ اجرا گردید.

در طی طراحی, ابتدا موضوعات با توجه شیوع بیماری در جامعه و اهمیت آموزشی آن توسط شورای آموزشی مرکز تحقیقات تعیین می‌گردید و به اطلاع گروه بیماری‌های داخلی می‌رسید. یکی از دستیاران فوق تخصصی در هر برنامه به عنوان مسؤول تعیین می‌شد که طراحی برنامه، تعیین افراد شرکت‌کننده در بحث از میان اعضای هیأت علمی و طراحی مورد (Case) برای جلسات را به عهده داشت. فرد مسؤول به صورت معمول موارد بیماری طراحی شده و پاسخ‌های آنها را به صورت غیررسمی با سایر اعضای شورا و هیأت علمی مطرح می‌نمود و آخرین اصلاحات در هفته آخر قبل از برنامه صورت می‌پذیرفت. موضوع برنامه از طریق دستیار ارشد گروه داخلی و نیز نصب اطلاعیه در بیمارستان‌های تابعه, به اطلاع همه دستیاران داخلی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌رسید.

مورد بحث و پاسخ‌های مربوط با توجه به مسائل شایع در عملکرد بالینی پزشک متخصص داخلی در آینده و شرایط تشخیصی و درمانی کشور طراحی می‌گردید. قبل از شروع برنامه‌ها, یک راهنمای تدوین موارد آموزشی, در اختیار طراحان قرار می‌گرفت و یک گروه کارشناسی در مرکز تحقیقات، رعایت قالب تهیه مورد را در انتها بازبینی می‌کردند. هر مورد با یک عنوان آغاز می‌گردید (برای مثال: مرد جوانی با دل درد حاد) سپس علائم بالینی، نشانه‌های معاینه و آزمایشگاهی به ترتیب ارائه می‌گردید. در انتهای ارائه داده‌های بیماری، یک سؤال مشخص بالینی طرح می‌گردید (برای مثال: قدم تشخیصی بعدی چیست؟) در مواردی که بحث تازه در حال آغاز شدن بود و یا مورد بیماری در قسمت‌های قبلی جلسه مطرح نشده بود، اغلب گزینه‌هایی برای ترغیب تفکر در شرکت‌کنندگان ارائه می‌گردید (برای مثال: تجویز داروی A یا تجویز داروی B یا مجموعه A و B و یا صرفاً پیگیری بیمار). در مواردی که مورد بیماری پیچیده

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-06]

بود و یا یک اقدام تشخیصی یا درمانی در وی منجر به ارائه یافته‌های جدیدی می‌گردید، مجدداً آن یافته‌ها ارائه می‌شدند و سؤال جدید طرح می‌گردید. در مواردی که یافته جدید، رادیولوژیک یا هیستولوژیک بود, سعی می‌شد نمای ظاهری واقعی یافته ارائه شود.

توضیحات هر بخش از مورد بیماری یا در واقع پاسخ به سؤالات مطروحه بر مبنای شواهد (Evidence) تهیه می‌شد. برای اطمینان از این مطلب, به طراحان توصیه شده بود از مطلب آخرین ویرایش مجموعه آپ تو دیت (Up to date) منتشره توسط کالج بیماری‌های داخلی آمریکا که در سال سه بار مورد بازبینی قرار می‌گیرد و مطالب مندرج در آن عمدتاً بر پایه شواهد پژوهشی تهیه گردیده، استفاده شود. طراح برنامه, سایر مطالب را با مرجع امتحانات ارتقا و دانشنامه بیماری‌های داخلی که چاپ آخر کتاب اصول طب داخلی هاریسون است، با این پایه اطلاعاتی مطابقت می‌داد. متن موارد طراحی شده به صورت نسخه کامپیوتری در نرم‌افزار پاورپوینت (Power Point) تهیه می‌گردید. سعی شده بود هر اسلاید بیش از 6 سطر و هر سطر بیش از شش کلمه نداشته باشد. متن اسلایدها به زبان انگلیسی بود. کلیه اسلایدهای طراحی شده حداقل 48 ساعت قبل از اجرای برنامه در اختیار اعضای پانل اساتید قرار می‌گرفت. اعضای پانل از اعضای هیأت علمی فوق تخصص گوارش و کبد بود. در صورت لزوم, برای استفاده از نظرات تخصصی, از بین جراحان، متخصصین رادیولوژی، رادیوتراپی و فوق تخصص گوارش اطفال نیز افرادی انتخاب می‌گردیدند.

در برخی موارد، ابتدا فرد سخنران در مورد اپیدمیولوژی و نمای کلی بیماری در ایران، با استفاده از تحقیقات انجام شده در ایران (در صورت وجود) و حداکثر به مدت 20 دقیقه سخنرانی می‌نمود. در طی سخنرانی و بحث‌ها از نمایش اسلاید در قالب اسلایدهای کامپیوتری با استفاده از ویدیوپروژکتور استفاده می‌شد. در طی برگزاری, نور سالن قطع نمی‌گردید و امکان مشاهده همزمان اسلایدها و شرکت‌کنندگان وجود داشت. صورت موارد و شرح حال و آزمایشات مربوط به صورت کتبی در ابتدای جلسه در اختیار دستیاران قرار می‌گرفت. موارد طراحی شده به ترتیب عنوان می‌گردید و در مورد پاسخ سؤالات هر مورد, ابتدا از شرکت‌کنندگان نظرخواهی می‌شد. در این مرحله, گرداننده پانل سعی می‌کرد جمع را برای پاسخ‌دهی فعال نموده، پاسخ‌های آنها را شفاف کرده، آنها را وادار به بحث له و علیه نظرات یکدیگر نماید. آن گاه سؤال مربوطه بطور مشخص از یکی از اعضای پانل پرسیده می‌شد و سپس اعضای دیگر پانل با توجه به دانش و تجربیات خود, نکاتی را مطرح می‌نمودند و در انتها, گرداننده پانل، که وظیفه هدایت بحث را به عهده داشت، پاسخ سؤال را نمایش می‌داد و آن را با نکات ذکر شده در کتاب مرجع طب داخلی هاریسون مقایسه می‌نمود. اعضای پانل بر روی سکوی سالن در ارتفاع 50 سانتی‌متری از کف سالن و رو به شرکت‌کنندگان به صورت نشسته حضور داشتند و گرداننده پانل در پایین سکو به صورت ایستاده جلسه را اداره می‌کرد. پرسیدن سؤال و ارائه دیدگاه در هر مرحله از بحث برای حاضرین مجاز بود.

ارزشیابی این برنامه آموزشی به وسیله یک پرسشنامه دو قسمتی انجام شد. قسمت اول این پرسشنامه شامل 5 سؤال با مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای بود. پاسخ‌ها شامل «کاملاً بهتر»، «تاحدودی بهتر»، «مشابه»، «تاحدودی بدتر»، «کاملاً بدتر»، بودند. این بخش برای مقایسه کیفیت این برنامه‌های آموزشی با برنامه‌های آموزشی کلاسیک که به صورت سخنرانی ارائه می‌شود طراحی شده بود. قسمت دوم پرسشنامه نیز با 4 سؤال سه گزینه‌ای, نظر شرکت‌کنندگان را در مورد نحوه ارائه سخنرانی سنجیده بود که پرسش‌هایی را در مورد وجود سخنرانی اولیه، بود یا نبود بحث بین اساتید، بیان تجربیات شخصی و ارائه توصیه (Comment) انتهایی را شامل می‌شد که گزینه‌ها شامل «موافقم»، «مخالفم» و «نظری ندارم» بودند.

پس از برگزاری ششمین جلسه آموزشی, تعداد 50 پرسشنامه بطور غیرتصادفی بین دستیاران داخلی شرکت کننده توزیع شد که تعداد 31 پرسشنامه تکمیل شده بود.

نتایج حاصل از تکمیل این 31 پرسشنامه با استفاده از نرم‌افزار SPSS-11 آنالیز شد. در کد دادن به متغیرها, به«موافقم» 2 ، «مخالفم» 2- ، «نظری ندارم» صفر داده شد. در بخش مقایسه «کاملاً بهتر» با 2+ ، «تاحدودی بهتر» 1+ ، «مشابه» صفر ، «تاحدودی بدتر» 1- و «کاملاً بدتر»2- ارزش داده شد.

مشخصات دموگرافیک دستیاران نیز مورد پرسش قرار گرفته بود. مقایسه‌ها با روش کروسکال والیس (Wallis Kruskal) و حد قبول فرضیه ($p<0/05$) درنظر گرفته شد.

نتایج

دستیارانی که در این مطالعه شرکت کردند, در طیف سنی 28 تا 38 سال قرار داشتند و 32 درصد زن و 68 درصد مرد بودند. دستیاران سال دوم بیش از سایر گروه‌های دستیاری در این نظر سنجی شرکت نمودند. در بین پاسخ‌گویان 8 نفر دستیار سال اول، 13 نفر دستیار سال دوم، 9 نفر دستیار سال سوم و یک نفر دستیار سال چهارم وجود داشت. در پاسخ به پرسش‌های مربوط به مقایسه جلسات بحث عمیق (Hard Talk) با سخنرانی سنتی, شرکت‌کنندگان در همه موارد تأثیر این جلسات آموزشی را مثبت ارزیابی کرده‌اند بطوری که در مورد امکان پرسش از سخنران و ایجاد چالش علمی بیش از نیمی از دستیاران در مورد یادگیری مطالب در طی جلسه,

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-06]

تطابق محتوا با نیازهای واقعی محیط کار, امکان استفاده از تـجربیات اساتید و بیش از دو سوم دستیاران در مورد میزان حجـم و انتقال دانش در زمان محدود 67/7 درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه, جلسات بحث عمیق را نسبت به سخنرانی سنتی بهتر ارزیابی کرده‌اند (جدول 1). بطور کلی, از مجموع 10 امتیازی که برای نظرسنجی در

جدول 1. نتایج حاصل از مقایسه جلسات آموزشی بحث عمیق با سخنرانی

نظرات فراگیران*	کاملاً بهتر	تا حدودی بهتر	مشابه
امکان پرسش از سخنران و ایجاد چالش علمی در برنامه بحث عمیق به نسبت سخنرانی سنتی	17(٪54/8)	13(٪41/9)	1(٪3/2)
یادگیری مطالب درطی جلسات در برنامه بحث عمیق به نسبت سخنرانی سنتی	25(٪80/6)	6(٪19/4)	0(٪0)
تطابق محتوا با نیازهای واقعی محیط کار در بحث عمیق به نسبت سخنرانی سنتی	24(٪77/4)	6(٪19/4)	1(٪3/2)
امکان استفاده ازتجربیات اساتید در بحث عمیق به نسبت سخنرانی سنتی	23(٪74/2)	8(٪25/8)	0(٪0)
میزان حجم و انتقال دانش در زمان محدود در بحث عمیق به نسبت سخنرانی سنتی	21(٪67/7)	10(٪32/3)	0(٪0)

* موارد تا حدودی بدتر و کاملاً بدتر به علت نبودن موارد حذف شده است.

جدول 2. نتایج نظرسنجی در مورد نحوه اجرای جلسات آموزشی

	موافق	ممتنع	مخالف
بهتر است درهرمرحله از پانل بین اساتید بحث نشود و یک نفر پاسخ قطعی را بدهد.	8(٪25/8)	2(٪6/5)	21(٪67/7)
بهتر است قبل از شروع معرفی موارد بیماری، یک سخنرانی کلی راجع به موضوع ارائه شود.	15(٪48/4)	5(٪16/1)	11(٪35/5)
بهتر است اعضای پانل صرفاً نظرات علمی را بیان کنند و نه تجربیات شخصی را	15(٪48/4)	3(٪9/7)	13(٪41/9)
بهتر است در پایان هر مرحله از پانل یک نفر بحث را جمع‌بندی کند.	31(٪100)	-	-

نظر گرفته شده بود (نمره 2 برای کاملاً بهتر در هر سؤال =5 سؤال*2) میانگین امتیازی که شرکت‌کنندگان به بحث عمیق داده بودند 8/4 امتیاز بود.

در مورد نحوه اجرای این دوره آموزشی دو سوم شرکت‌کنندگان با عدم ارائه بحث بین اساتید و ارائه پاسخ قطعی توسط یکی از اعضای پانل مخالف بودند, حدود نیمی از شرکت‌کنندگان با ارائه یک سخنرانی کلی قبل از شروع معرفی موارد بیماری موافق بودند، حال آن که حدود یک سوم افراد آن را غیر ضروری می دانستند. بیش از نیمی از دستیاران معتقد بودند که بهتر است اعضای پانل صرفاً نظرات علمی را بیان کنند و نه تجربیات شخصی را و در نهایت همه شرکت‌کنندگان در مطالعه, با ارائه یک جمع‌بندی در پایان بحث اساتید پانل کاملاً موافق بودند (جدول 2).

بین نگرش به هر یک از موارد نحوه اجرا با جنس و رتبه دستیاری ارتباطی به دست نیامد. بین پاسخ به هر یک از موارد نظرسنجی در مورد بحث عمیق با نظر شرکت‌کنندگان در مورد نحوه اجرا رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. با استفاده از آزمون کروسکال والیس نمره کل نظرسنجی راجع به بحث عمیق بین افرادی که مایل به تغییر نحوه اجرا بودند و سایرین تفاوت معنی‌داری دیده نشد.

بحث

این مطالعه با هدف دستیابی به الگویی عملیاتی برای پیاده کردن استراتژی یادگیری مبتنی بر مسأله و شیوه‌های آموزش مبتنی بر شواهد و مبتنی بر مورد در دوره دستیاری به انجام رسیده است. واضح است که با تغییرات بنیادی در نمای بیماری‌ها، ظهور تکنولوژی اطلاعات و نقش انتقادی بیماران از پزشکان، شیوه‌های گذشته دیگر به تنهایی جوابگو نیستند و لازم است تغییراتی اساسی در کار و آموزش پزشکی صورت پذیرد(1).

نکته مهمی که قبل از ورود به بحث باید به آن توجه داشت, تفاوت‌های موجود در آموزش دوره دستیاری نسبت به دوره‌های

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-06]

پزشکی عمومی است. این تفاوت از یک سو به علت ذات آموزش دوره دستیاری است که بیشتر به فلسفه آموزش بالغین نزدیک است وحتی می‌توان گفت که کاملاً منطبق بر الگوی آموزش بزرگسالان (andragogical model) است(2). در واقع به علت سابقه کاری قبلی، دانستن پیش زمینه دانشی و برخورد با مشکلات بالینی، دستیاران به آموزشهایی گرایش دارند که نیاز به آنها را درک کنند، و با درک قبلی آنها از حیطه دانشی مربوطه همخوانی داشته باشد و عملاً بتوانند اثر سریع این آموزش را در حل مسائل کاری خود ببینند(2).

از سوی دیگر, باید توجه کرد که منابع موجود درباره شواهد پژوهشی آموزش دستیاران در همه زمینه‌ها اندک است و این کمبود در شیوه‌های جدیدتر واضحتر می‌گردد و لزوم گردآوری شواهد پژوهشی در مورد شیوه‌های آموزشی مؤثر در دوره دستیاری به این وسیله واضحتر می‌گردد.

همچنان که در بخش روش‌ها مشاهده شد، روش ارائه شده در مطالعه حاضر, گرچه مبتنی بر استراتژی حل مسأله است، اما شیوه آموزش مبتنی بر حل مشکل نیست، زیرا در گروه کوچک صورت نپذیرفته است و شامل مراحل معمول آموزش مبتنی بر حل مشکل نیز نیست(3). با این حال, فراگیرندگان درحدود 97 درصد موارد شیوه ارائه شده را مناسبتر از شیوه سخنرانی سنتی در ایجاد چالش علمی در محیط آموزشی ارزیابی نموده‌اند. فراهم کردن امکان چالش علمی و پرسش و پاسخ مسأله‌های است که می‌تواند باعث انگیزش بیشتر در جهت شرکت فراگیرنده در بحث آموزشی و یادگیری باشد. جالب توجه است که این مسأله از مشکلاتی است که هر روز در محیط آموزشی بالینی در جریان گزارشات صبحگاهی، سخنرانی‌های معمول و حتی راندهای آموزشی شاهد آن هستیم و با وجود این که اساس آموزش بالینی، مسائل موجود در بیمار است, آموزش دهندگان اغلب پرسش‌های ایجادکننده چالش حل مسأله و تصمیم‌گیری برای استفاده از این موقعیت‌ها را ارائه نمی‌کنند و علاوه بر آن, سهم زمانی فراگیرنده در مجموعه بسته گفتاری ارائه شده در آموزش بالینی کمتر از یک پنجم زمان آموزش است (4). نکته جالب در یافته‌ها این است که دو سوم پاسخ‌دهندگان در مورد گزینه‌های مربوط به محدود کردن بحث به یک نفر در پانل مخالف بودند. این یافته مؤید اهمیت وجود چالش علمی در آموزش دستیاری است، زیرا همچنان که پیشتر گفته شد, دستیار به عنوان یک آموزش‌گیرنده بالغ, مایل است تجربیات قبلی خود و سایرین را در روند آموزش مؤثر ببیند و این حالتی است که تجربه حاضر توانسته است در یک گروه بزرگ فراگیرنده به آن دست یابد. در همین بخش, متوجه می‌شویم که 25 درصد شرکت‌کنندگان تمایل داشتند که بحث توسط یک نفر از اعضای پانل انجام شود، گرچه می‌توان این نظر را به دیدگاه سنتی موجود در برخی پاسخ‌دهندگان نسبت داد, اما اگر به پاسخ صد درصدی به سؤال مربوط به لزوم جمع‌بندی بحث توجه شود, درخواهیم یافت که در واقع, فراگیرندگان مایل هستند که نتیجه عملی بحث را دریابند و علی‌رغم وجود اختلاف نظرات علمی و عدم قطعیت در داده‌های مختلف، یک راهبرد عملی برای مسائل آینده خود بیابند. در واقع, فراگیرندگان مایل هستند و باید بتوانند در طی روند این جلسات, چگونگی دسته‌بندی و سازمان‌دادن به داده‌های مختلف را فراگیرند تا بتوانند خلاصه این داده‌های دسته‌بندی شده و سازمان یافته را در کار بالینی خود بکار ببرند(5). این وظیفه را در طی برنامه آموزشی بحث عمیق, در بین بحث و انتهای بحث، گرداننده پانل به عهده داشت. در واقع او اجازه می‌داد که بحث انجام شود و سپس ضمن ارائه شواهد پژوهشی, آنها را دسته‌بندی می‌کرد و در قالب یک توصیه قابل اجرا ارائه می‌نمود.

جالب توجه است که در مطالعات قبلی از نظر دستیاران, نقش آموزشیاران, بخصوص آموزشیاران محرک بحث, بیش از خود مورد بیماری مطرح شده بود(6). چون از جمله شیوه‌هایی که در پایان بحث اعضای پانل، توسط گرداننده پانل به اجرا در آمده است، ارائه شواهد, پژوهش پالایش شده و در واقع ترویج تصمیم‌سازی مبتنی بر شواهد بود، این شیوه در جمع‌بندی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. با این که در طی جلسات, سعی شد شواهد علمی له و علیه یک تصمیم به خوبی و بطور جامع ارائه شود.

تمامی پرسش شوندگان معتقد بودند که میزان دانشی که در این جلسه به آنها انتقال پیدا کرده بود, بیش از سخنرانی سنتی است و یادگیری مطالب نیز در طی برنامه حاضر بهتر از شیوه سنتی صورت گرفته است. از سوی دیگر, یکی از اجزای پزشکی مبتنی بر شواهد, تجربیات بالینی پزشک است، جالب توجه است که فراهم آوردن امکان استفاده از این جنبه نیز توسط تمامی شرکت‌کنندگان بیشتر از شیوه سنتی اعلام گردیده است. چنین یافته‌ای برخلاف تفکر جاری در مورد وقت‌گیربودن شیوه‌های مبتنی بر مسأله و مبتنی بر شواهد در آموزش پزشکی است(7)،

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-06]

گرچه باید به این نکته توجه کرد که مسلماً صرف وقت برای آموزش‌دهندگان بیش از روش سنتی بوده است و در هر جلسه حداقل چهار برابر روش سنتی از وقت آموزش‌دهنده استفاده شده است و هماهنگ‌کننده پانل حداقل معادل یک هفته تمام وقت، برای تنظیم علمی برنامه وقت صرف می‌کرد. از سوی دیگر, باید به این نکته توجه کرد در مطالعه حاضر گروه آموزش‌گیرنده دستیاران بوده‌اند که دارای دانش قبلی در مورد موضوع بودند و عمده کار جلسات منظم کردن و ساماندهی دانسته‌های قبلی آنها بوده است و این حالت, متفاوت از روش‌های معمول در حد دانشجویان پزشکی است که تجمیع دانش نیز از اهداف عمده آموزش بشمار می‌رود. گرچه در این زمینه داده‌های اندک پژوهشی وجود دارد, یکی از مطالعات موجود که توسط ایتانی (Itani) در سال 1997 به انجام رسیده نشان داده است که در یک برنامه هفتگی آموزش مبتنی بر حل مشکل (PBL) اجرا شده در بخش جراحی، نمرات دستیاران در آزمون‌های دستیاری افزایش یافته(8) و عمده این تغییر به علت تأثیر برنامه در ایجاد خودآموزی به واسطه آموزش مبتنی بر حل مشکل بوده است. چنین اثری در روال تحصیلی دستیاران در گروه‌های آموزشی دیگر نیز مشاهده شده است و با تغییر مجدد شیوه‌های آموزشی به سمت روش‌های سنتی, مجدداً اثر روش‌های مبتنی بر مسأله در تحریک دستیاران به خودآموزی و مطالعه از بین خواهد رفت(9). مورد اخیر, تأکیدی بر استمرار شیوه اتخاذ شده برای ایجاد تفکر انتقادی در حل مسأله مبتنی بر شواهد در دستیاران برای دستیابی به اهداف آموزشی است.

مسأله دیگری که در طی این تحقیق بر آن تأکید شده است، طراحی موارد بیماری به عنوان ابزار آموزشی است. پاسخ‌گویان در حدود 97 درصد از موارد اذعان داشتند که محتوا با نیازهای واقعی آنها مطابقت بیشتری نسبت به روش سنتی داشته است. همچنان که در بخش روش‌ها مطرح شد، در انتخاب موارد بیماری توسط گروه برگزارکننده، تأکید زیادی بر کاربردی بودن مباحث شده بود و در عین حال, سعی شده بود که موارد مطرح شده تا حد ممکن عین یا شبیه وضعیت واقعی باشند. باید توجه داشت که علاوه بر تأکیدی که بر انتخاب موارد بیماری بر اساس شیوع بیماری، فوریت، مرگ و میر، وجود داده‌های جدید یا کمبود آگاهی در زمینه بیماری خاص شده است(7)، انتخاب موارد هر چه مشابه‌تر با وضعیت واقعی کاری فرد, در افزایش قابلیت در فراگیرنده مهم است(10). واضح است که چنین مورد انتخابی از بیماری, بخصوص برای دستیاران, می‌تواند به ساماندهی و ادغام بخش‌های مختلف دانش درذهن فراگیر کمک کند. نکته دیگری که در طراحی موارد در این برنامه به آن توجه شد, استفاده از مورد بیمار نه تنها برای شروع بحث, بلکه به عنوان مسأله‌های برای حل شدن مشکل بود و به همین دلیل, در هر مرحله, نقاط تصمیم‌گیری وجود داشت که انتخاب‌های مختلف تشخیصی یا درمانی واقعی را به دستیاران ارائه می‌کرد و بحث هم روی آنها و هم در جهت حل فرضی مشکل بیمار فرضی صورت می‌گرفت. بدین ترتیب, شائبه تبدیل برنامه آموزشی به یک بحث خشک علمی یا سخنرانی هدایت شده از بین می‌رفت. از نکات دیگر بکارگیری موارد مشابه وضعیت واقعی, ارائه جنبه‌های مختلف بیماری آنها است که همواره کلاسیک نیست(11).

در مجموع, این مطالعه نتایج یک تجربه نسبتاً موفق را در شرایط محدود برای آموزش دستیاران نشان داد و با توجه به کمبود آموزش‌های مدون برای دستیاران و بخصوص کمبود استفاده از شیوه‌های نو در این زمینه, می‌تواند راهگشای سایر پژوهشهای مشابه باشد. گرچه لازم است اذعان کرد که مطالعه حاضر به علت محدودیت تعداد نمونه در دسترس و زمان و نبود امکان انجام آموزش به شیوه سنتی از طرح کامل تجربی برخوردار نیست و تنها ارائه اطلاعات مفیدی از ارزشیابی از دید مخاطبان برنامه است.

مراجع

1. Dent JA, Harden RM. A practical guide for medical teachers. 1st ed. Edinburgh: Churchill Livingstone. 2001: 1-10.
2. Knowels M. The adult learner. 4th ed. Houston : Gulf. 1990.
3. Schmidt HG. Problem-based learning : rationale and description. Med Educ 1983; 17:11-6.
4. Foley R, Smilansky J, Yonke A. Teacher-student interaction in a medical clerckship. J Med Edu 1979; 54: 622-9.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-06]

5. Soden R. Teaching problem solving in vocational education. New York: Routledge. 1994 : 51-7.
6. Schwartz RW, Bonnelly MB, Sloon DA, Strodel WE. Residents' evaluation of a problem based learning curriculum in a general surgery residency program. Am J Surg 1997 ; 173 : 338-41.
7. صباحی ر, مختاری ل, مدرسی ز. یادگیری مبتنی بر مسأله (PBL). اصفهان: مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی. 1377: 91.
8. Itani KM, Miller CC, Church HM, McCollum CH. Impact of a problem -based learning conference on surgery residents in training exam (ABSITE) scores. J Surg Res 1997; 70: 66-8.
9. Ozush PO, Curtis J, Stein RE. Impact of problem-based learning on residents self directed learning. Arch Pediatr Adoles Med 2001; 155: 669-72.
10. Neavy M. Teaching, assessing and evaluation for clinical competence. 1st ed. Cheltenham: Nelson Thornes 2000: 42.
11. Dammers J, Spencer J, Thomas M. Real patients in problem-based. Med Educ 2001; 35: 27-34.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-06]