مقاله پژوهشی اصیل

مجلـــه‌ی توســعه‌ی آمـــــوزش در علـوم پزشـــکی

دوره‌ی ۸، شماره ۲۰، زمستان ۹٤ ، صفحات ۷۰ تا ۸۵

بررسی اجرای فرایند آموزش برنامه کشوری مانا در برنامه کارآموزان، کارورزان و دستیاران گروه اطفال در مواجهه با کودک بیمار

دکتر مهناز فولادی نژاد[۱]، دکتر لیلا جویباری[۲]، دکتر صفا آریان نژاد[۳]، دکتر سکینه محمدیان[۳]، دکتر فاطمه چراغعلی[٤]، دکتر احسان علایی[۱]، دکتر محمد سبحانی شهمیرزادی[٥] ، دکتر بارانک صفائیان[٦]، دکتر سپیده عموئیان[٦]، دکتر اکرم ثناگو[۷]، زهرا سبزی[۸] ،سهیلا کلانتری[۹]

نویسنده‌ی مسوول : گرگان، مجموعه آموزش عالی فلسفی ،دانشگاه علوم پزشکی گلستان، مرکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش علوم پزشکی jouybari@goums.ac.ir

دریافت: ۹۳/٥/۱۷ پذیرش: ۹٤/٥/٦

چکیده

زمینه و هدف: *هدف از این مطالعه اجرای فرایند آموزش مانا در برنامه‌ی بالینی دانشجویان پزشکی در مواجهه با کودک بیمار و نظر سنجی از آن‌ها بوده است.*

روش بررسی: *این مطالعه‌ی مداخله ای آموزشی از نوع کیفی برای دو دوره، در سال تحصیلی ۱۳۹۰-۱۳۸۹ بر روی ٥٦نفر از کارآموزان، کارورزان و دستیاران گروه اطفال در دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان اجرا شد. نحوه اجرا و ارزشیابی مستند شد و برای بررسی تجربه مجریان و شرکت کنندگان در برنامه‌ی آموزشی مانا (فراگیران و دریافت کنندگان خدمات) با ۱۵ نفراز آن‌ها مصاحبه های نیمه ساختار و تحلیل محتوی برای آنالیز استفاده گردید.*

یافته‌ها: *مانا رویکردی قابل اجرا در برنامه های آموزشی دانشجویان پزشکی در بخش اطفال بوده است. تحلیل داده های برگرفته از گروه های مختلف مجری و مشارکت کننده منجر به مضامین "مفید بودن شیوه تدریس مانا"، "مشکلات اجرایی مانا"، "تقویت مهارت الگوریتمی در مواجه با مشکل"، "کاربردی بودن"، و تحلیل داده‌های مربوط به دریافت کنندگان خدمات به ظهور مضمون "رضایت‌مندی از خدمات دریافتی" و "فرسایشی بودن" منجر گردید.*

نتیجه‌گیری: *نتایج نشا ن داد که فرایند آموزش مانا باعث تقویت یادگیری دانشجویان و رضایتمندی مددجویان می شود . اما برای اجرای بهینه رویکرد آموزشی مانا در برنامه‌های بالینی واحد اطفال مستلزم تعدیل و تغییر همزمان سیستم جاری بهداشتی درمانی و نیازمند هماهنگی‌های منسجم و مستمر نیز می‌باشد.*

واژگان کلیدی: ***مانا، مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی های اطفال، کودک بیمار، دانشجویان پزشکی ، مداخله آموزشی، مطالعه کیفی***

۱- فوق تخصص نوزادان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۲- متخصص اطفال، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۳- متخصص اطفال، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

٤- فوق تخصص عفونی کودکان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

٥- فوق تخصص گوارش کودکان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

٦- فوق تخصص نفرولوژی کودکان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۷- دکترای تخصصی آموزش پرستاری، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۸- کارشناس ارشد پرستاری کودک و خانواده، مربی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۹- کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری ، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.1.9]

مقدمه

هر ساله حدود ۱/۵ میلیون کودک قبل از ۵ سالگی در کشورهای در حال توسعه جهان می میرند (۱). در اواخر قرن بیستم در کشورهای در حال توسعه، میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال کاهش چشمگیری داشته است. علیرغم آن هنوز هم ۹۸ درصد این مرگ و میر مربوط به این کشورها می باشد. طبق برنامه های سازمان جهانی بهداشت کلیه کشورهای جهان در قالب شعار بهداشت برای همه، متعهد به بهبود سلامت کودکان هستند و نیمی از کشورهای جهان تا سال ۲۰۱۵ می بایست میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال خود را به دو سوم میزان فعلی کاهش دهند. ایران نیز از سال ۱۳٦٤ به بعد با ایجاد شبکه‌های بهداشتی و درمانی و دسترسی ۹۰درصد جمعیت روستایی و ۱۰۰درصد جمعیت شهری به خدمات بهداشتی اولیه و اجرای برنامه های سلامت عمومی نظیر واکسیناسیون، کنترل بیماری‌های اسهالی و عفونت‌های تنفسی و ترویج تغذیه با شیر مادر و غذای کمکی توانست میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال خود را کاهش دهد (۲). مانا با عنوان مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های اطفال، استراتژی است که توسط سازمان جهانی بهداشت برای همکاری با صندوق کودکان سازمان ملل با هدف بهبود شاخص های سلامت کودکان طراحی شد، که استراتژی جهانی آن در سال ۱۹۹۳ اجرا گردید. مانا شامل آموزش کارکنان بهداشت در مدیریت بیماری های شایع در دوران کودکی، با تاکید بر اسهال، عفونت های تنفسی، مالاریا، سرخک و سوء تغذیه، حمایت خدمات بهداشتی و درمانی برای پیشگیری از بیماری‌های خاص و ارتقای سلامت می‌باشد (۳). همچنین شامل تهیه‌ی آنتی بیوتیک برای ذات الریه و اسهال خونی، ضدمالاریا برای تب، درمان خوراکی کم آبی برای پیشگیری و درمان آب از دست رفته بدن به علت اسهال و استفاده از ویتامین A برای درمان سرخک می‌باشد. مشاوره تغذیه از جمله ارتقای تغذیه با شیر مادر منحصرا از اجزای جدایی ناپذیر این استراتژی است. که از یک هفته بعد از تولد تا ۵ سال به کار می‌روند و تمام این اهداف برای کاهش میزان مرگ و میر در بین کودکان زیر ۵ سال است (۵ و ٤). دوره‌ی آموزشی اصلی مانا ۱۱روز ، اما در تعدادی از کشورها و مناطق به هفت یا هشت روز کاهش پیداکرده است. در حال حاضر در بیش از صد کشور معرفی شده است (۳). مطالعات در بسیاری از کشورها مشکلاتی متعددی از قبیل پیدا کردن مربیان مناسب برای مدت زمان طولانی، تعداد مناسب از کودکان بیمار دارای تظاهرات بالینی ، فقدان کارکنان بهداشت برای دوره طولانی در محل کار خود ، مشکل منابع مالی مورد نیاز برای آموزش را بیان کردند (٤). بررسی برنامه‌های موجود کشور برای مقابله با بیماری های تنفسی و اسهالی نشان داد که این برنامه ها اشکالات اساسی دارد. بنابراین پس از تشکیل کمیته های علمی تخصصی طرح [مانا] جایگزین گردید که توجه خود را به بیش از ۹۰ درصد بیماری هایی که در کودکان زیر ۵ سال منجر به مراجعه به پزشک می شوند، معطوف کرده است. در این طرح ارزیابی و طبقه بندی، درمان، پیگیری و مشاوره کودکان بیمار در دو گروه سنی ۷ روزه تا ۲ ماهه و ۲ ماهه تا ۵ ساله بر اساس اطلاعات مندرج در دو بوکلت چارت ویژه پزشک و غیر پزشک انجام می گیرد.

از آنجا که قسمت اعظم اجرای این طرح مربوط به پزشکان می شود، نهادینه کردن این طرح بهتر است در دوره آموزش دانشجویان پزشکی بکار گرفته شود تا بتوانند پزشکان آینده هم با آن آشنا باشند و هم برای اجرای آن مشکلی نباشد .این مطالعه بنا داشت قابلیت اجرایی داشتن برنامه مانا در قالب آموزش برای کارورزان پزشکی دربخش اطفال را مورد بررسی قرار دهد . امید است نتایج برای استفاده بهتر مانا توسط پزشکان مورد استفاده قرار گیرد. و از طرفی این طرح

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.1.9]

مبنایی برای نهادینه کردن برنامه آموزش مانا در برنامه‌ی درسی دانشجویان پزشکی در بخش کودکان باشد . بنابراین هدف از انجام این مطالعه اجرای فرایند آموزش مانا در برنامه بالینی دانشجویان پزشکی در مواجهه با کودک بیمار و نظر سنجی از آنها و مددجویان بود.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مداخله ای آموزشی می باشد، که اجرای آن بصورت توصیفی و نظرسنجی آن از طریق مصاحبه از نوع مطالعه کیفی صورت گرفت . مکان انجام مطالعه ، مرکز آموزشی درمانی بیمارستان طالقانی کودکان در شهر گرگان و مرکز بهداشتی روستایی جلین وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان بوده است. نمونه‌های مورد مطالعه با روش سرشماری وارد مطالعه شده‌اند که شامل کلیه‌ی دانشجویان کارآموزان ،کارورزان و دستیاران پزشکی در بخش اطفال در طی سال ۱۳۸۹-۱۳۹۰ می باشد. تعداد آن‌ها ٥٦ نفر در طی دو دوره بوده است .

برای بخش مداخله‌ی آموزشی از چک لیست مواجهه با کودک بیمار که بیماری‌های شایع آن توسط دستورالعمل کشوری مانا پیشنهاد و چک لیست مذکور شامل کلیه‌ی مراحل گام به گام مواجهه با کودک بیمار مطابق دستورالعمل مانا می باشد. کلیه‌ی کارآموزان، کارورزان و دستیاران بخش کودکان با این ابزار مورد ارزشیابی قرار گرفتند. نحوه‌ی جمع آوری داده‌ها به اینصورت بود که بعد از انجام مقدمات اولیه، جلسات هماهنگی بین اساتید به منظور مرور مباحث مانا و تنظیم آموزش تئوری، آموزش مهارت‌ها و آموزش بالینی برگزار گردید. در ابتدای سال تحصیلی ۹۰-۸۹ جلسه هماهنگی بین اساتید گروه اطفال به منظور مرور مباحث مانا و تنظیم شیوه اموزش [در سه حیطه‌ی تئوری، عملی و بالینی] و ارزشیابی فراگیران تشکیل شد. اموزش در سه حیطه‌ی کلی تئوری، عملی و بالینی به فراگیران کاراموز ،کارورز و دستیار داده شد. (جدول ۱).

آموزش تئوری مانا برای تمام فراگیران در یک زمان و روزی یک ساعت به مدت ۲۰ روز آموزش تئوری در مرکز صورت گرفت. تمام محتوای بوکلت مانا و اهداف مانا و داروهای شایع، رویه ها وغیره ... آموزش داده شد. بوکلت مانا از طرف وزارتخانه تهیه شده بود و در اختیار فراگیران قرار داده شد. نحوه‌ی آموزش تئوری با استفاده از فیلم و سناریو و معرفی مورد و اسلاید و نمایش اجرای رویه‌ها بود. بخشی از آموزش مهارت‌های عملی مورد نظر در مرکز مهارت‌های [Skill Lab] دانشگاه واقع در مرکز آموزشی درمانی پنج آذر گرگان صورت گرفت. آموزش دهنده، کارشناس ارشد پرستاری و از مربیان گروه پرستاری کودک و خانواده دانشکده‌ی پرستاری با سابقه‌ی بالینی و آموزشی بوده است.

محتوای آموزش شامل: تزریقات وریدی، عضلانی، زیرجلدی، رکتال و رگ گیری و خونگیری و گذاشتن سند معده بوده است که در ابتدای هر دوره به مدت یک روز کامل برای هر گروه از فراگیران تدریس گردید. بخش دیگری از مهارت‌های عملی در بخش اورژانس مرکز آموزشی درمانی طالقانی و با نظارت سرپرستار اورژانس صورت گرفت. آموزش احیای نوزاد و تغذیه با شیرمادر نیز به طور جداگانه در کارگاه های مربوطه آموزش داده شد.

همچنین در آموزش بالینی، طبقه بندی بیماری ها، مشاوره با کودک بیمار [مادر یا پدر و یا خود کودک در صورت سن مناسب برای مشاوره]، معاینه‌ی کودک به طور کامل، پرکردن فرم های مانا، استفاده از چارت های رشد، کنترل قد و وزن، تزریقات و واکسن، محاسبه ORS و... آموزش داده شد.

آموزش مهارت های بالینی: شامل درمانگاه مرکز آموزشی درمانی کودکان و مرکز بهداشت روستایی به مدت ١٦ ساعت برای هر گروه توسط اساتید کودکان و پزشک عمومی مرکز بهداشت بوده است. در نهایت کارورزان و دستیاران از رویکرد مانا برای برخورد با مراجعین کودک استفاده می

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.1.9]

کردند.

جدول۱: برنامه آموزش مانا برای فراگیران درسه حیطه نظری، عملی و بالینی

نوع برنامه	مدت برنامه	مکان آموزش	نحوه آموزش	نحوه ارزیابی
آموزش تئوری:	از ۷/۳۰ تا ۸/۳۰ هر روز صبح به مدت ۲۰ روز	اتاق کنفرانس مرکز آموزشی درمانی کودکان (طالقانی)	سخنرانی، پرسش و پاسخ، نمایش فیلم، معرفی مورد	آزمون کتبی
آموزش درمانگاهی	از ۹/۳۰ الی ۱۲/۳۰	در درمانگاه مرکز آموزشی درمانی کودکان (طالقانی) برای دور اول برنامه	تمرین و کار با بیمار در حضور استاد	OSCE, Mini-CEX, DOPS
آموزش بالینی	از ساعت ۸ تا ۱۲	در مرکز بهداشت روستایی جلین برای دور دوم برنامه	تمرین و کار با مددجو در حضور پزشک عمومی و استاد	OSCE, Mini-CEX, DOPS

ارزشیابی مداخله آموزشی: مرحله‌ی ارزیابی فراگیران که شامل ارزیابی نظری، عملی و بالینی بوده است. به این منظور از آزمون‌های کتبی، اسکی و Min-CEX و تهیه‌ی فیلم استفاده شد. تعداد فرم‌های تکمیل شده توسط هر یک از کاراموز، کارورز و دستیاران نیز در ارزیابی لحاظ شد. (جدول ۲)

جدول ۲: برنامه ارزشیابی فراگیران پس از مداخله آموزشی در سه حیطه نظری، عملی و بالینی

نام آزمون	زمان برگزاری
آزمون کتبی	حین و پایان دوره برگزار شد.
آزمون آسکی	پایان دوره برگزار شد
Min-CEX	در طول دوره بالینی برگزار شد.
اقدام تکمیلی: فیلمبرداری در تمام مراحل آموزش و ارزیابی صورت گرفت.	
انجام یک مطالعه‌ی کیفی برای ارزیابی دیدگاه و تجربیات ذی نفعان	

همچنین برای بخش نظر سنجی مطالعه از روش کیفی با ۱۵ دانشجو، استاد و مددجو بر اساس نمونه گیری هدفمند مصاحبه نیمه ساختار در محیط پژوهش استفاده شد. پژوهشگر در ابتدای مصاحبه خود را معرفی کرد و هدف از پژوهش را برای شرکت کننده توضیح داد. همچنین به شرکت کننده اطمینان داد که اطلاعاتش محرمانه و محفوظ می‌ماند و پس از جلب رضایت شرکت کننده مصاحبه آغاز گردید برای مصاحبه با اساتید ،یک سوال مشترک پرسیده شد."تجربه خود را از اجرای آموزش مانا بفرمایید". برای مصاحبه با دانشجویان نیز سوال "تجربه خود را از آموزش و یادگیری مباحث بیماری‌های کودکان به روش مانا بازگو نمایید"، پرسیده شد. برای مصاحبه با مددجویان(والدین کودک بیمار) نیز سوال "تجربه خود را از بررسی و درمان کودک خود با استفاده از این روش بازگو کنید." پرسیده شد. تمام مصاحبه‌ها به صورت آشکار و با اجازه شرکت کنندگان ضبط گردید مصاحبه‌ها تا رسیدن به غنای لازم و در اصطلاح، اشباع

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.1.9]

اطلاعاتی به نحوی که دیگر تم یا درونمایه جدیدی به داده‌ها اضافه نشود، ادامه یافت. در زمان اندکی بعد از انجام مصاحبه، تمام مکالمه‌ها روی نوار صوتی ضبط و سپس کلمه به کلمه دست نویس شد. پژوهشگر دوم جهت اطمینان از وارد شدن تمام اطاعات، کلیه‌ی مصاحبات را بازنگری و چک کرد. سپس کلیه دست نوشته‌های مصاحبه تایپ و چندین بار خط به خط خوانده، زیر خط دار، کد گذاری و مطابق روش "تحلیل محتوا" آنالیز شد. روایی و پایایی داده ها با معیارها و واژه‌های پژوهش کیفی که مقبولیت و تعیین خوانده می شوند، شرح داده شده است. مقبولیت به معنی قابل پذیرش بودن داده ها و در گرو جمع آوری داده‌های حقیقی است.

در جریان فرآیند پژوهش، از گردآوری داده ها تا پایان تجزیه و تحلیل و گزارش یافته ها مواردی چون: رضایت آگاهانه، حفظ گمنامی، محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره گیری در زمان دلخواه، مفاد تعهدات اخلاقی رعایت گردید.

یافته‌ها

این برنامه آموزشی برای دو دوره اجرا گردید. از دی ماه ۱۳۸۹ شروع و در پایان تیرماه ۱۳۹۰ خاتمه یافت. تعداد دانشجویان در دو دوره شامل ۲۹ نفر استاژر، ۲۰ اینترن، ۷ رزیدنت و درکل ٥٦ نفر در دو دوره بوده است. در مرحله تحلیل مصاحبه ها پژوهشگر توانست مضمون اصلی، طبقات و زیر طبقات را که مربوط به تجربه حاصل از استفاده از روش مانا چه در تدریس اساتید ، چه در آموزش و یادگیری دانشجویان و چه در درمان را استخراج نماید. تم های مربوطه به شرح زیر می باشد.

۱. "مفید بودن شیوه تدریس مانا"

- آموزش تئوری مانا، آموزش عملی مانا، آموزش بالین، ارزشیابی دوره

۲. "مشکل اجرایی که فی النفسه مانا دارد"

- مطابقت نداشتن با منابع موجود، اجرا نشدن در درمان و بهداشت، محیط آموزشی بالین موجود

۳. "مهارت الگوریتمی به ذهن دانشجو دادن و کاربردی بودن"

٤. "رضایتمندی دریافت خدمت"

٥. "فرسایشی بودن و وقت تلف شدن"

هر یک از مضامین با ذکر مثال از شرکت کنندگان در پژوهش در درون گیومه آورده می شود.

۱. مفید بودن شیوه‌ی تدریس مانا

مشارکت کنندگان در این مطالعه شیوه‌ی تدریس را مفید تجربه کردند اساتید اینگونه بیان داشتند .

"*مداخله آموزشی "مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال" به علت ماهیت نحوه اجرای ان می طلبید که روش تدریس آن نیز مطابق مهارتهای مورد نیاز دانشجو در این رویکرد درمانی طراحی شود. استفاده از روش های نوین تدریس در اموزش تئوری از قبیل ارایه‌ی گزارش مورد، آمادگی دانشجویان با مطالعه قبلی برای کلاس، ارایه‌ی فیلم، سناریو و نمایش اجرای رویه‌ها بود*". اساتید در اجرای این روش از روش‌های نوین تدریس استفاده کردند که ان را برای کسب مهارت‌های مورد نیاز دانشجو مفید می‌دانستند . یکی دیگر از اساتید بیان داشت ."*یکی از مواردی که دانشجویان در آموزش به آن اشاره می کنند روش تدریس می باشد. یادگیری مطالب آموزش داده شده از سوی استاد همواره مساله چالش برانگیزی برای استاد و دانشجو می باشد. هدف استاد انتقال دانش و هدف دانشجو یادگیری آن مطالب می باشد. بکارگیری روشهای سنتی اموزش، سخنرانی استاد و ارایه‌ی مطالب خشک تئوری گاها برای دانشجو و استاد کسل کننده و همچنین از ان جایی که سبک های یادگیری دانشجویان متفاوت می باشد، نیاز است برای یادگیری دانشجو از روش های متفاوت استفاده شود .*" یکی از دانشجویان بیان

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.1.9]

داشت ."برای اجرای این فرایند آموزشی از روش های مختلفی استفاده کردند که باعث شد فی نفسه خود این روش تدریس مهارت های دانشجو را افزایش داد ه و از نظر صلاحیت حرفه ای ارتقا یابند".

۱-۱.آموزش تئوری مانا

در آموزش پزشکی آموزش تئوری بخش اعظم برنامه را به خود اختصاص می‌دهد. هر چند آموزش بالینی قلب آموزش پزشکی است ولی تئوری همیشه مقدم بر عملی می باشد. در اجرا این برنامه دانشجویان از نحوه‌ی اجرا به‌خصوص حضور اساتید خود رضایت داشتند. چنانچه یکی از دانشجویان اظهار داشت:

"به نظر من طرح اجرا خوب بود همه اساتید حضور داشتند اینکه در حضور اساتید هر روز یک مبحث کار بشه خیلی فرق می کنه ما قبلا هم داشتیم به شکل مباحث شایع بود منتهی بیشتر توسط رزیدنت ها برگزار می شه."

دانشجویان در آموزش تئوری مطالب را کاربردی برای پزشک عمومی و برای کارکنان درمانی و بهداشتی لازم می دانستند. آن ها از اینکه قادر به نحوه‌ی درمان با مقابله با کودک با کاهش سطح هوشیاری شده بودند، رضایت داشتند.

" خیلی موثر است به نظر من همین که مباحث ساده و اولیه است، خوبه نورولوژی بدونیم به درد دانشجوها نمی خوره ولی اینکه یک مریض با کاهش سطح هوشیاری بیاد اولش چه کار کنیم مهمه. اینها یک چیزیه که به درد یک پزشک عمومی و متخصص می خوره و هرکسی که تو سیستم بهداشت کار می کنه به نظر من خیلی مهم و کاربردیه مخصوصا که با حضور اساتید برگزار می شه."

هر چند در برنامه آموزش تئوری سعی شده بود با به کارگیری روش های نوین تدریس به عملی و بالین نزدیک شود، اما دانشجویان به دلیل ماهیت تئوری فاصله این نوع تدریس با بالین را احساس کرده و بیشتر تمایل به عملی کردن این دوره داشتند.

"مشکلش تا حدودی تئوری بود، با اینکه سعی می شد عملی باشه ولی خیلی به صورت کارگاه نبود، بیشتر بحث تئوری بود حتی مثال هاش هم گزارش مورد بود که تئوری بود. نمی دونم چطوری می شه عملی ترش کرد، باید روی مولاژ کار کرد."

هر چند در برنامه اجرای آموزش مانا آموزش عملی و بالین را برای دانشجویان در نظر گرفته بودند اما دانشجویان در تئوری هم خواستار واقعی تر کردن آموزش بودند ولی در مقایسه با تئوری‌های دیگر این کلاس ها را مفید می دانستند.

"رزیدنت ها می گن برای اینترن واستاژرها خوبه ...گفتن قسمت عملیش خیلی بیشتر و بهتر از تئوریش بود."

"هر روز که کلاس برگزار میشه فرداش کیسی هم مطرح می شه ولی باز هم تئوریه و ما مشکلمون اینه که مباحثمون تئوری میشه ولی بهتر از خیلی کلاس‌های دیگه ای که گذاشته می شه"

از آنجائی که چیدمان برنامه اجرایی به صورت" نخست آموزش تئوری و سپس آموزش عملی و بعد آموزش بالینی" بود دانشجویان در مرحله آموزش تئوری به علت حجم زیاد و طولانی شدن دوره احساس خستگی کرده و برخی آموزش های عملی از قبیل کارگاه شیرمادر و احیای نوزاد را ترجیح می دادند زودتر بگذارنند.

"کارگاه های احیای نوزاد و تغذیه شیرمادر را باید اول می‌گذاشتند ... حجم مطالب خیلی زیاده ما باید سه بار امتحان بدیم .... رزیدنت ها بیشتر راضی بودن"

هر چند دانشجویان به طور کلی از آموزش تئوری این فرایند آموزشی به علت روش های نوین تدریس راضی بودند، ولی به نظر می‌اید ماهیت مانا طوری بود که دانشجویان را ترغیب به ترجیح عملی و بالین این فرایند اموزشی می کرد.

"مثلا در CPR و یا احیا می‌گن ABC ولی عملا با دانستن ABC نمی توان یک مریض را احیا کرد؟ مانا واقعا اینطوری

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.1.9]

اپروچ دارد. خوب چون CPR یک چیزی که دانشجو باید عملا دیده باشه و کارکرده باشه یک سری چیزهایی هست که باید دیده باشه و عمل کرده باشه در کنارش عملی هم کمک می کنه که منظم تر و طبقه بندی کنند مثل اینکه شنا کردن و رانندگی رو فقط به صورت تئوری بخونید نمی شه یاد گرفت."

دانشجویان از اینکه از مقاطع مختلف استاژر، اینترن، رزیدنت و اساتید در ارایه‌ی مبحث درگیر بودند به علت یادگیری تجربیات هم رضایت داشتند، ولی از اینکه با یک محتوی مورد ارزشیابی قرار می‌گیرند، نگرانی داشتند. دانشجویان آموزش تئوری را خوب ارزیابی کردند اما به دلیل اینکه نگران مباحث شایع کودکان بودند دوره یک ماه و نیم را فرسایشی می‌دانستند.

"از نظر تئوری بد نبود ولی خب یک مقدار طولانی مدت بود"

"آخرهایش مباحث سوختگی، مسمومیت ها که بودند کسی اصلا حوصله نداشت بیاید سرجلسه های مانا ولی از نظر آموزشی خوب بود."

از نظر دانشجویان باید مباحث تئوری مانا کاهش داده شود و به کار بالینی افزوده گردد.

" ما را بیشتر درمانگاه بفرستند... تکرار بشود و این در ذهن ما باشد ... اگر توی درمانگاه سه تا مریض این طوری ببینم چون اینجا اسهال زیاد می آمد، طبق مانا می دیدیم و الان چارت مانا را حفظ شدم یعنی اگر از من بخواهی می توانم جواب بدهم. چون اگر سه بار این بوکلت را ورق بزنی برای بار چهارم اصلاً لازم نیست بازش کنید جز اینکه خودت شبهه ای توی ذهنت ایجاد شود و گرنه توی ذهنت می ماند برای بچه های استاجر تئوری اش خیلی خوب است ولی برای ما فکر کنم تئوری اش را کمتر کنند"

دانشجویان از روش آموزش تئوری هم سود برده بودند و هم رضایت داشتند. استاژر، اینترن، رزیدنت و اتند به صورت گروهی مباحث را بحث می کردند.

روز اول ارایه مطالب و روز دوم ارایه کیس، فضایی را برای ارائه دانشجو می گذاشت و خود باعث کسب تجربه می شد. این امر سبب شد تا آموزش تئوری را مفید ارزیابی نمایند.

"ساعت ۷/۳۰ اون جاییم ۲ نفر انترن و استاژر و یک نفر رزیدنت همیشه هستند، اول انترن و یا استاژر پاورپونیت رو ارائه می ده، وسطش تفسیر می کنند و کل گروه درگیرهستند و اگر سوالی داشته باشیم رزیدنت کمک می کنه و اساتید نکات از قلم افتاده را کامل می کنند."

"کلا برنامه مفیدی بود هر مبحثی که روز اول مطرح می‌شد روز دوم کیس هاش مطرح می‌شد و مطالب رو به چالش می-کشیدن تا بچه ها بتونن بهتر یاد بگیرن "

"ما هر روز که کار می کردیم روز بعد کیس‌هایی رو طراحی می کرد مثلا کودکی با این علایم آمده حال اولین اقدام چیه؟که اونجا ذهنمون در گیر می‌شد"

۲-۱ . آموزش عملی مانا

یکی از دانشجویان اظهار داشت:

" اگرلازم بود در ارایه‌ی درس تئوری مولاژ می آوردند یا آنتی بیوتیک ها رو آماده می کردیم، سرم آماده می کردیم یا مولاژ نوزاد را می آوردن اما برخی مهارت ها را درکارگاه ها آموختیم بحث احیا رو به صورت عملی هم انجام می دادیم. خوب بود و یا کارگاه شیرمادر برای ما که در حد استاژر هستیم همین که یک بار عملی هم انجام بدیم برای اینترنی خیلی کمک می کند."

۳-۱ . آموزش بالین

در آموزش علوم پزشکی آموزش بالین یکی از حیاتی ترین بخش‌های اموزش می باشد، جایی که دانشجو و استاد می توانند شاهد کاربرد تئوری در بالین باشند. هر چند دانشجویان در بالین قادر به تمرین رویکرد مانا شده بودند ولی به علت

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.1.9]

مشکلاتی که فی النفسه در این رویکرد وجود دارد اظهار داشتند از آموزش بالین با رویکرد مانا در درمانگاه تخصصی که مراجعه کننده‌ی زیادی در یک مدت زمان محدود دارد با مشکل مواجهه می‌شود و بر این عقیده بودن دوصفحه پرکردن فرم مانا برای هر بیمار وقت گیر است.

"در یک درمانگاه دو ساعته در حد ویزیت و دارو نوشتن است نمی‌توان یک برگ دو صفحه‌ای را پر کرد، واقعا وقت گیر است. البته خانم دکتر ... خودشان درمانگاه نداشتند و به طور آزاد مریض گرفته بودند اما اتندها که موافقت نمی کنند که برنامه شان را اینجوری بیایند ...۵ مریض را طبق برنامه با خانم دکتر دیدیم در یک زمان یکساعت و خرده ای فقط ۵ تا مریض را می توانیم طبق برنامه مانا پیش برویم. اینکه چه توصیه هایی به مریض بعدا باید بشود، چه پیگیری بشود، شما وزنش را بخواهید روی نمودار بگذارید، مثلا مریض آمده با سرفه می خواهید ببینید اسهال دارد یا ندارد این فقط با ۵ تا مریض در یک ساعت و نیم می شود بررسی اش کرد ... با ۲۰تا۲۰ تا مریض نمی شود چنین برگه ای را پر کرد ..."

از آنجایی که این فرایند به صورت مداخله آموزشی اجرا شد و سیستم درمانی تغییری را به وجود نیاورده بود بنابراین رویکرد مانا نسبت به رویکرد معمول نیاز به صرف وقت زیادی داشت. همچنین ضروری بود تا استاد وقت زیادی را برای آموزش دانشجو در بالین بگذارد و از طرفی علاقمندی استاد به این نحوه بیمار دیدن هم کمک کننده بوده است. صبر و حوصله و درایت استاد توانسته بود درمانگاه شلوغ کودکان را برای مواجهه با کودک بیمار با رویکرد مانا مناسب سازد.به علت ماهیت این رویکرد که به محض پیچیدگی درمان می بایست از سیستم ارجاع استفاده نمایند و درمانگاه طالقانی به علت ماهیت تخصصی آن و حضور اساتید و انتظار و ترکیب بیماران که نمونه های خوبی برای تمرین این رویکرد نبودند در دوره دوم اجرای این برنامه از مرکز بهداشت روستایی جلین استفاده شد که شدیدا با رضایتمندی و استقبال فراگیران همراه بود.

در مرکز بهداشت بیمار کمتری مراجعه می کند و فرصت برای ارجاع نیز وجود دارد.

"چون اصل مانا برای خانه های بهداشت است که اجرا می شود و اگر بتوانند دوره اش را طولانی تر بکنند بهتر است"

دانشجویان خواستار افزایش آموزش بالینی در درمانگاه بهداشت به جای درمانگاه بیمارستانی. همچنین حضور اتند در اموزش درمانگاهی بسیار سودمند ذکر شد.

به طور کلی فراگیران اظهار داشتند کمبود آموزش درمانگاهی در تمامی دروس بارز است.

"مشکلی که در همه کشور هست، آموزش درمانگاهی خیلی کمه"

اورژانس یک مرکز تخصصی به علت اینکه بیمار را بستری شدن آماده می کند و یا بیمار ارجاع شده را می پذیرد و نیز پزشک متخصص حضور دارد لذا برای اجرای رویکرد مانا مناسب نمی باشد.

در مرکز بهداشتی جلین علاوه بر اینکه دانشجویان قادر شدند فرم ثبت بیماران کودکان ۲تا۵ سال و بیماران شیرخوار کمتر از ۲ ماهه را تکمیل نمایند فرصتی مناسبی برای انجام آزمون های مینی سی ایکس و داپس بوده است. همچنین تکمیل فرم ثبت بیماران مراجعه کننده به بخش پره سرویس مانا در مرکز بهداشت جلین صورت گرفت.

۴-۱ ارزشیابی مانا

به منظور پی بردن به نقاط ضعف و قوت برنامه در حین دوره و انتهای دوره از کلیه‌ی فراگیران ارزشیابی به عمل آمد که نتایج نظرسنجی حاصل از ارزشیابی فراگیران به شرح زیر بوده است. "هر بار که ما توی درمانگاه می رفتیم از هر سه بار حداقل یک بارش از ما امتحان می گرفتند. دو تا مریض که هست سومین مریض را می گویند خانم یا آقای دکتر شما معاینه کنید ببینم چه جوری معاینه می کنی؟ چه جوری برخورد می کنی؟"

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.1.9]

"خود این امتحان های آسکی، تئوری، عملی حتی فیلم تهیه کردن طوری بود که فرض می شد دوره آموزشی است و هر کدام یک یادگیری برای من دانشجو داشت."

فرم آزمون مینی سی ایکس و فرم ازمون داپس و فرم ثبت بیماران مراجعه کننده به بخش پره سرویس مانا در مرکز بهداشت جلین برای هر دانشجو پر شد.

۲. مشکل اجرایی فی النفسه مانا

دانشجویان هر چند فرایند آموزشی مانا را مفید و کاربردی برای پزشک خانواده و پزشک عمومی و حتی دانسته های آن را مناسب برای زندگی روزمره و نحوه برخورد با بیماری را به این شیوه را برای بالین در موارد دیگر مناسب دانستند و از شیوه تدریس به دلیل یادگیری که برای آنها اتفاق افتاده بود راضی بودند اما در عمل اجرای آن را با مشکل می دانستند که آن را ناشی از ذات این رویه در این سیستم درمانی و جو فرهنگی می دانستند. برخی از فراگیران اظهار داشتند زمانی که در بررسی کودک، پزشک به جایی می رسد که می تواند مداخله درمانی اش را انجام دهد دستور ارجاع دارد لذا این شیوه درمانی را در سطوح زیرین خدمت رسانی نظیر بهورز و پرستار مناسب می دانستند.

"مانا خوب است ولی مشکل اصلی اش این است که تا یک ذره می رسد به قسمت پیچیده می نویسد سریع ارجاع دهید ما چه چیزی را ارجاع بدهیم ما بهورز نیستیم، پرستار نیستیم باید اول وآخر خودمان کارهایش را انجام دهیم ،فرمت مانا بیشتر جوری است که برای بهورزها وپرستارها طراحی شده."

همچنین اظهار داشتند اوتیت را یک پزشک عمومی می‌تواند درمان کند و مانا برای کار در بهداشت مناسب است.

"برای پزشک عمومی خیلی کم پیش می آید ارجاع بدهد، چنانچه مشخص بشود مثلا مریض فلان مشکل را دارد و باید برود پیش فلان متخصص ولی بیشتر بیماری هایی که در طرح مانا بود خود پزشک عمومی می تواند درمان کند... دقیقا برای کار در مرکز بهداشت طراحی شده بود نه توی بیمارستان"

همچنین معتقد بودند خانواده با سیستم ارجاع مخالفت می کند و ترجیح می دهند دریک نوبت و یک مکان درمان صورت گیرد.

"خیلی از خانواده ها رغبت نمی کنند که بیایند بیمارستان، ما توی مرکز بهداشت هم باشیم بخواهیم ارجاع بدهیم خیلی خانواده ها می گویند نه یک نسخه بدهید که بچه ام همین جا خوب بشود."

دانشجویان بر این باورند که مشکل اجرایی که فی النفسه خود مانا دارد اینترن ها و رزیدنت ها معتقد بودند که مانا مناسب دوره استاژری می باشد.

"بیشتر برنامه هایش به نظر من استاژری بود هر وقت که صبح ها می خواستیم بیاییم برنامه اجرا کنیم آن مطلب را مطالعه می کردم به درمان که می رسیدیم اکثر درمان هایش ارجاع بود شاید ۱۰ درصدش درمان های عادی بود."

۱-۲ . مطابقت نداشتن با منابع موجود طب رایج

دانشجویان پزشکی مرجع اصلی طب کودکان نلسون را می‌شناختند و درمان رایج را مطابق ان برای بیمار انجام می دادند. آنها معتقد بودند. شیوه درمان مطابق مانا در برخی موارد از قبیل دوز دارو ، شکل تجویز، نوع درمان متفاوت از نلسون است که این باعث سر درگمی می شود. اگرچه اساتید طی برنامه‌ی آموزشی نکات اصلاحی گوشزد می نمودند و به دانشجویان اطمینان داده می‌شد که در نسخه‌ی جدید مانا اصلاحات صورت می گیرد.

"اولاً ایرادی که داشت این بود که مباحثی که در آن بود با کتابی که نلسون ما داریم فرق داشت یک چیزی ما می‌خواندیم و با کتاب اصلی مان که نلسون است تفاوت داشت و این یک ایراد است و بزرگترین ایراد این است که یک عدد را در مانا می گفتند بعد می دیدیم که اصلش در کتاب نلسون تفاوت دارد و بعضی جاها که به نظر اساتید کامل تر بود ما می نوشتیم که موقع مطالعه حواسمون باشه

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.1.9]

بیشتر به این نکته توجه داشته باشیم "

"اساتید میامدن هر جا که تفاوت خیلی زیاد بود می گفتن که مانا اینجا اینو می گه و نلسون اینو می گه به ما می گفتن جاهایی که باید برخورد مون مثل مانا باشه کدومه"

۲-۲. اجرا نشدن فرایند مانا در مراکز درمانی و بهداشتی

یکی از مشکلاتی که دانشجویان در اجرای این فرایند به آن اشاره کردند وضعیت فعلی سیستم بهداشتی درمانی کشور است که فرایند مانا در آن به کار برده نمی شود لذا برای آینده این فرایند پیش بینی خوبی را متصور نشدند. بی اطلاعی پزشکان در مرکز بهداشتی درمانی و اجرا نشدن آن باعث شده که بیمار روال کار را نداند و با انتظاری غیر از دستورالعمل مانا به درمانگاه مراجعه نماید. بنابراین در چنین جوی مطابق با فرایند مانا کار کردن مشکل است و شاید بتوان با فراهم کردن زمینه در آینده این طرح را پیاده کرد.

"مشکل این هست که من خودم به خانه های بهداشت مختلف رفتم و اصلاً پزشک اطلاع ندارد که همچنین جزوه ای هست و اگر به او هم بدهی اصلاً توجه نمی کند."

"در مراکز بهداشتی زیاد به آن بهاء نمی دهند ....."

"فکر می کنم طول زمان این مسائل را حل می کند ..."

۳-۲. محیط آموزشی بالین موجود

قابل اجرا نبودن مانا در درمانگاه های آموزشی موجود: فراگیران بر این عقیده بودند ماهیت درمانگاه تخصصی جوری است که بیمار برای بستری مراجعه می کند و از جایی ارجاع داده می‌شود، تعداد بیماران زیاد و در وضعیت اورژانسی می‌باشند، لذا این گونه بیماران مناسب فرم های مانا نمی باشند. از طرفی والدین این بیماران از اینکه سوالات متعدد از آن‌ها پرسیده شود، راضی نیستند و انتظار دارند اقدامی از سوی کادر درمان سریعا برای کودکشان صورت پذیرد.

"تئوری خوب بود ولی عملی اش در درمانگاه های ما قابل اجرا نبود یعنی باید یک درمانگاه مخصوص مانا راه بیندازند مثلا مریض می آمد با chief complain مشخص و از یک درمانگاه فوق تخصصی می آمد و انتظار داشت که مثلا فوق تخصصی برخورد بشود ولی ما همه اش سوال می پرسیدیم و کلی وقت تلف می شد."

"از سوالات متفاوت خوشش نمی آمد ولی از طرفی خوشش می آمد که بچه اش را کامل ارزیابی می کنیم اما وقت زیادی تلف می شد"

" از نظر عملی فکر می کنم در کارهای بهداشت قابل اجراتر باشد، مریض ها محدودترند و کارش مشخص تره"

"در یک تایم یک ساعته و خرده‌ای فقط ۵ تا مریض را می‌توانیم طبق برنامه مانا پیش برویم. اینکه چه توصیه هایی به مریض بعدا باید بشود، چه پیگیری بشود، شما وزنش را بخواهید روی نمودار بگذارید، مثلا مریض آمده با سرفه می‌خواهید ببینید اسهال دارد یا ندارد، این فقط با ۵ تا مریض در یک ساعت و نیم می شود، بررسی اش کرد."

در مورد جلین که بچه ها را فرستادند فکر می کنم مناسبتر است چون اصل مانا برای خانه های بهداشت است که اجرا می‌شود و اگر بتوانند دوره اش را طولانی تر بکنند بهتر است" بنابراین محیط مناسب آموزش بالینی مراکز بهداشتی و یا درمانگاه غیر تخصصی کودکان می باشد.

۳. مهارت الگوریتمی به ذهن دانشجو دادن و کاربردی بودن

دانشجویان درمان کودک بیمار را با رویکرد مانا را مفید می‌دانستند و معتقد بودند. تمرین این رویکرد باعث شده در مواجهه با بیماران به طور خودکار یک نقشه ذهنی ترسیم نمایند.

"شاید اوایل خیلی توجه نداشتم ولی این قدر تکرار شد، مثلا نشانه های خطر این قدر تکرار شد که الان بدون این که خوانده باشم نشانه های خطر توی ذهنمه هر چیز رو با تکرار و تمرین بیشتر یاد می گیریم. مثلا طرز برخورد با سوختگی در کودکان را نمی دونستم ... "

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.1.9]

"شب اورژانس توی کشیک که می نشستم خود به خود طبقه بندی ها بهم الهام می شد، مانا یک خوبی که داره اینه که طبقه بندیه الگوریتمیه و آدم باهاش راحت برخورد می کنه ."

"خیلی خوبه، من خودم وقتی یک مریضی برام میاد تو درمانگاه، مثلا اسهال خونیه از مانا یادم می اد و سئوال می پرسم، سوال هایی که اول بدو ورود باید بپرسم از مانا یادم می اد"

دانشجویان در آموزش با رویکرد مانا به اهمیت موضوع و ضرورت آشنایی به عنوان یک پزشک عمومی واقف بودند و معتقد بودند علاوه بر این که خیلی از مسایل روزمره را یاد گرفتند به دلیل خدمت در طرح نیروی انسانی به عنوان یک پزشک عمومی می بایست با این رویکرد مواجهه با کودک بیمار آشنا باشند.

"در ضمن خیلی از ما مجبوریم به عنوان پزشک خانواده در روستا یا خانه های بهداشت فعالیت کنیم و آشنایی با مانا قبل از این مورد خیلی می تونه مفید باشد."

٤. رضایت گیرندگان خدمت [دانشجویان و بیماران]

رضایت بیماران و مفید بودن برای دانشجو

والدین کودکان از اینکه برای بررسی کودک شان وقت گذاشته می شود و توضیح و آموزش به مادر داده می شود رضایت کامل داشتند. بسیاری از مادران اذعان داشتند تا کنون به این شیوه کودک آنها مورد بررسی قرار نگرفته است. یکی از مادران اظهار داشتند:

"اینجا بچه ام را قبلا آورده بودم ، اما اینبار خیلی کامل دیدنش ، از من سوال پرسیدند . آموزش دادند من مطمئن شدم که مشکلی ندارد ."

"از طرفی خوشش می آمد که بچه اش را کامل ارزیابی می کنیم ولی از یک طرف و قت زیادی تلف می شد. "

دانشجویان هم همانند بیماران رضایت داشتند اما طولانی بودن این دوره و محتوی زیاد و صرف وقت برا ی یک بیمار را وقت تلف کردن می دانستند .

"به طور کلی برنامه خوب و مفیدی بود ...."

"ولی کلا خیلی مفید بود اینکه آدم مطالب ضروری که ممکنه در زندگی روزمره هم باهاش برخورد کنه بدونه

"در ضمن خیلی از ما مجبوریم به عنوان پزشک خانواده در روستا یا خانه های بهداشت فعالیت کنیم و آشنایی با مانا قبل از این مورد خیلی می تونه مفید باشد."

در نظرسنجی بالین از دانشجویان علاوه بر مصاحبه، از فرم نظر سنجی با شش سوال که رضایت انها را از دوره و همچنین امکانات مرکز بهداشت جلین می سنجید، استفاده شد و اگر مایل بودند می توانستند پیشنهادات خود را ارایه بدهند. نتایج نشان داد دانشجویان از مرکز و نظم و انضباط و پزشک مرکز رضایت کامل دارند و از این که به طور مستقیم و از بدو مشکل با بیمار روبرو می شوند رضایت دارند اما به طور کلی مایل بودند که طول دوره افزایش یابد. از طرفی اظهار داشتند تنوع مراجعه کننده وجود ندارد.

همچنین از مادران کودکان مراجعه کننده به مرکز بهداشت روستایی جلین نظرسنجی به عمل آمد. از مادران در باره‌ی نحوه‌ی خدمات، آموزش، علایم خطر و درخواست برای ارایه‌ی پیشنهادات سوال شد. مراجعین از نحوه‌ی برخورد، از اموزش داده شده، توضیح در مورد نحوه مصرف دارو و سایر توصیه ها رضایت کامل داشتند و بسیاری از مادران اظهار داشتند که این اولین بار است که پزشک با آنها صحبت می‌کند و وقت کافی برای کودک آن‌ها می‌گذارد و آموزش ها را در حدی می دهد که آن را کاملا بفهمن و این نشان از رضایت آنان میداد.

فرسایشی بودن

دانشجویان صرف نظر از مفید بودن و ضرورت این گونه

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.1.9]

رویکرد با کودک بیمار آن را فرسایشی و وقت تلف کردن هم می دانستند. دانشجـویان نگـران از آن بـودند که برای بیماری‌های مهم تر اطفال وقت کمی دارند و بایستی سایر بیماری ها در اولویت قرار گیرد. در یک دوره‌ی ۱/۵ ماهه، حجم زیاد مطالب، بیماری های متعدد، زمان و ساعت ارایه، طولانی بودن آموزش تئوری نسبت به آموزش بالینی، امتحانات مکرر همه این ها باعث حس خستگی، تلف شدن و فرسایشی بودن را برای شان القا می نماید. دانشجویان اظهار داشتند میزان کم‌تری از مطالب و آن هم موارد ضروری را یاد بگیرند، کافی خواهد بود زیرا بوکلت مانا موجود است و نیازی به حفظ کردن مطالب نیست و با داشتن فرم‌ها و بوکلت مانا می‌توانند کودک بیمار را ارزیابی نمایند.

"اصلا پروتکل هایش در حدی نبود که بخواهیم حفظ کنیم و یادمان بماند یک چیزی بود که در مرکز بهداشت هست یعنی می شود همان موقع از آن استفاده کرد، در حدی نیست که یک ذهنیت کاملی از آن داشته باشی، فقط بدانید چی دارند می توانید از آن استفاده کنید."

"اگر قرار باشد برنامه ای اجرا بشود اول باید برنامه خود بچه های اطفال در الویت باشد بعد بروند سراغ مانا، چون واقعاً مانا آنقدر برایشان کاربردی نیست"

"مباحث شایع چیزی است که مفیدترین چیز اطفال بود نسبت به سایر بخش ها که بچه ها از همان اول تمام نسخه های درمانگاهی را یاد می گرفتند. "

"به نظر من در مانا آن قسمت اورژانس را جدا کنند و یک چیزی باشد که ما حفظ کنیم مریض که رسید همان موقع حفظ باشیم و کار روتین اش را انجام بدهیم بقیه قسمت هایش که یک چارت دارد آنجا هست و هر کسی می رود ورق می زند و نگاه می کند فقط قسمت اورژانسش هست که همه باید حفظ باشند ."

"مریض که رسید علایم خطرش را بدانیم چون فرصت نیست که بخواهیم برویم و بگردیم. حالا بقیه اش حتی اگر ندانیم که مانا چیه آنجا انواع بوکلت های مختلف هست و خیلی پروتکل ها مختلف هست که می توانیم برویم نگاه کنیم و همانجا در بیاوریم."

" چون مطالب را از بیسیک شروع می کند برای رزیدنت فایده ای ندارد چون در حقیقت این برای بهورز است .... برای یک بار شنیدنش ارزش دارد."

"ما سه رده بودیم که داشتیم امتحان می دادیم.... برای انترن ها خیلی خوب بود واقعا امتحان انترنی بود چـون یک سـری درمان می خواست که استاژرها نمی دونستند."

"برنامه مـانـا برنامـه مفیـد و خوبـی بـود ولـی همیـن که می‌خواستیم صبح بیایم سخت بود که آدم از خوابش بزنه و یک علت اعتراض بچه‌ها همین بود، "

" خیلی نیاز به حفظ کردن مطالب بوکلت نیست چون شیوه طراحی به شکلی است که آدم خیلی راحت بهش دسترسی داشته باشد و مجبور نشه اونارو حفظ کنه ."

"بهتر است تعداد را کمتر کنند لازم نیست همه بیماری ها، سوختگی ها، مسمومیت و هر مشکلی که برای بچه پیش می آید را برایش بیاورند. یک سری چیزهای اورژانسی تر را بیاورند و درمان کاملش را بگوید حداقل یک بچه ی سالم تحویل بدهد و درمانش را کامل کند نه اینکه نصفه کاره درمان کند یا ارجاع بدهد."

بحث

یافته‌های این مطالعه‌ی مداخله آموزشی نشان داد که پیاده کردن مانا در آموزش پزشکی قابلیت اجرا دارد . اما در بافت خدمات درمانی و بهداشتی کنونی که طرح مانا اجرا نمی‌شود. می‌تواند اجرای آن چالش برانگیز باشد. نظر سنجی در اجرای این برنامه با مضامینی شامل " مفید بودن شیوه‌ی تدریس مانا "، "مشکل اجرایی که فی النفسه مانا دارد"، "مهارت الگوریتمی به ذهن دانشجو دادن و کاربردی بودن"،"رضایتمندی دریافت خدمت"و "فرسایشی بودن و

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.1.9]

وقت تلف شدن" از ارزیابی این مداخله‌ی آموزشی استخراج شد . از آن جایی که مطالعه مشابه منتشر شده در سطح کشور بسیار اندک می باشد. لذا در این قسمت به برخی از پژوهش‌های انجام شده در سایر کشورها اشاره می‌گردد که البته با مداخله آموزشی در پژوهش حاضر از تفاوت های ماهیتی برخوردار می باشند. سایی تاکادا و همکاران مطالعه‌ای با هدف بررسی سبک و محتوای الگوریتم مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی اطفال با نیازها و صلاحیت کارکنان بهداشتی لائو در دوره‌ی آموزشی انجام دادند. برخلاف سایر مطالعات مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی اطفال که بر ظاهر مراقبت‌ها توجه داشتند، در این مطالعه‌ی آینده نگر کیفی داده‌ها از کارآموزان با استفاده از روش مشاهده‌ای و مصاحبه‌های باز برای دستیابی به میزان آموزش جمع آوری شد. مشکل اساسی نگرانی در مورد سازگاری با راهنما و کمبود وقت بود. ترکیب توضیحات بالینی و استفاده از روش‌های تسهیل کننده‌ی دانش پزشکی و تجارب استفاده از مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی اطفال ممکن است کلید راه حل مشکلات باشد(۵). در مطالعه‌ی حاضر نیاز به وقت بیشترمورد توجه بود.

یکی دیگر از مضامین این مطالعه در نظر سنجی "فرسایشی بودن و وقت تلف شدن" بود. دانشجویان صرف نظر از مفید بودن و ضرورت این گونه رویکرد با کودک بیمار آن را فرسایشی و وقت تلف کردن هم می‌دانستند. دانشجویان نگران از آن بودند که برای بیماری‌های مهم تر اطفال وقت کمی دارند و بایستی سایر بیماری‌ها در اولویت قرار گیرد. در یک دوره ۱/۵ ماهه، حجم زیاد مطالب، بیماری های متعدد، زمان و ساعت ارایه، طولانی بودن آموزش تئوری نسبت به آموزش بالینی،امتحانات مکرر همه این‌ها باعث حس خستگی، تلف شدن و فرسایشی بودن را برای شان القا می‌نماید. دانشجویان اظهار داشتند میزان کم تری از مطالب و آن هم موارد ضروری را یاد بگیرند کافی خواهد بود زیرا بوکلت مانا موجود است و نیازی به حفظ کردن مطالب نیست و با داشتن فرم‌ها و بوکلت مانا می توانند کودک بیمار را ارزیابی نمایند. تفاوت مطالعه حاضر با مطالعه لائو در این بود که دانشجویان این شیوه را به‌عنوان آموزش گذراندند ، هر چند که در زمان آموزش اساتید با آن‌ها به این شیوه در بالین کار می‌کردند . سیموز و همکاران مطالعه‌ای با عنوان عملکرد کارکنان بهداشت بعد از دوره آموزشی مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی اطفال در گوندر، اتیوپی انجام دادند. عملکرد کارکنان بهداشت بعد از آموزش ۹ روزه دوره‌ی مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی اطفال ارزیابی شد. بلافاصله پس از این دوره‌های آموزشی، مطالعه ای به مدت سه هفته در مراکز بهداشتی درمانی اولیه برای تعیین عملکرد این کارکنان در ارزیابی، طبقه بندی و درمان کودکان و مشاوره مادران آن‌ها انجام شد. بسیاری از مشکلات مطرح شده توسط مادران مشارکت کننده [تب، سرفه، اسهال و مشکلات گوش] بود.کارکنان بهداشت معمولا توصیه‌های مناسبی به مادران می-دادند. آن‌ها طرز استفاده از چک لیست سوالات را یاد داشتند اما در اغلب موارد آن‌ها در حل مشکلات ناموفق بودند. کارت مشاوره مادران که خلاصه ایی از توصیه‌ها برای تغذیه و مصرف مایعات در خانه و مشاوره برای زمان مراجعه است به صورت وسیع برای کمک به برقراری ارتباط مورد استفاده قرار گرفت(٦). دری مطالعه حاضر هم فراگیران این روش درمان را در سطح مراقبت اولیه از قبیل خانه بهداشت و کارکنان مراکز بهداشتی مناسب‌تر می‌دانستند. اسحاقی و همکاران مطالعه‌ای نیمه تجربی و دو سو کور در بیمارستان امین اصفهان با هدف مقایسه‌ی عملکرد کارورزان درمراقبت-های سرپایی کودکان زیر ۵ سال در دو روش مراقبت معمول و مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های اطفال [مانا] در درمانگاه تخصصی کودکان انجام دادند. کارورزان یکی از درمانگاه‌ها در مورد راهنماهای بالینی مانا آموزش دیدند. در پایان دوره عملکرد کارورزان در نحوه‌ی ویزیت کودکان در

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.1.9]

دو گروه مجددا ارزیابی شد. بین میانگین نمره‌ی عملکرد کارورزان در درمانگاه مداخله و کنترل در پایان دوره تفاوت معنی دار از نظر آماری وجود نداشت. در بین فراوانی‌های نسبی موارد چک لیست فقط در چند مورد از آن‌ها تفاوت مشاهده شده از لحاظ آماری معنی دار آماری بود. میانگین نمره‌ی عملکرد کارورزان در دو درمانگاه در پایان دوره افزایش یافته بود اما این افزایش در هر گروه و بین دو گروه از لحاظ آماری معنی دار نبود. عدم مشاهده تفاوت قابل ملاحظه ممکن است به دلیل کم بودن مدت زمان آموزش، کوتاه بودن زمان پیگیری، علاقه‌ی بیشتر به کتب مرجع، عدم فرصت کافی کارورزان در استفاده از آموخته ها باشد (۷). هر چند مطالعه اشاره شده مطابق مطالعه‌ی حاضر نبود، اما فراگیران هم دقت داشتن در تشخیص درست را از تجربیات این طرح می‌دانستند .کومار و همکاران مطالعه ای با عنوان تاثیر دوره‌ی آموزشی ۵ روزه مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی اطفال بر دانش و مهارت کارکنان مرکز بهداشت انجام دادند. در این مطالعه بسته های آموزشی مانا به صورت یک دوره‌ی آموزشی سه روزه و دو روزه با استراحت چهار روزه بین آن‌ها تهیه و تنظیم شد.این آموزش در ناحیه هاریانا هند انجام گرفت. بهبود دانش و مهارت دو گروه مقایسه شد.میانگین نمره‌ی آن‌ها به طور معنی داری افزایش یافته بود. نمره ی گروه دوم از ٤٦/٣ به ٧٤/٦ در یک دوره‌ی ۸ روزه آموزش و نمره‌های گروه اول از ٤٠ به ٧٣/٢ در دوره‌ی آموزش ۵ روزه بهبود یافته بود. نمره‌ی دانش آن‌ها در تمام شرایط بهبودی مانند آنمی، اسهال، ایمن سازی، سوتغذیه، مالاریا، مننژیت و احتمال عفونت باکتریایی شدید و نیز شیردهی دوگروه مشابه بود. میانگین نمره‌ی مهارت مشکلات تنفسی از ۳۸ به ۵۷ در دوره آموزشی ۸ روزه و از ٤١ به ۹۱ در دوره‌ی آموزشی ۵روزه افزایش یافته بود.نمره آن‌ها در مهارت اسهال به ترتیب در دوره آموزشی ۸ روزه و ۵ روزه از۲۸ به ٦٧ و ٤٨ به ۷۵ و در شیردهی از ۳۳ به ٨٤ و از ٤٢ به ٨٦ افزایش یافته بود.همچنین میانگین نمره‌ی مشاوره آن‌ها از ٤٢ به ۸۹ در دوره‌ی آموزشی ۸ روزه و از ۳۷ به ۷۰ در دوره آموشی ۵روزه افزایش یافته بود. در آموزش ۵ روزه ۸۱۳ دلار و ۳ روز برای کارکنان ذخیره شده بود همچنین برای منبع انسانی در آموزش ۵ روزه بسیار مناسب می باشد (٤). در مطالعه‌ی حاضر فراگیران و اساتید روش تدریس مانا را مفید در یادگیری و ارتقای صلاحیت حرفه‌ای خود دانستند. مازوجی در مطالعه‌ی خود در سال ۱۳۹۱ در مورد صلاحیت حرفه ای پزشکان و دانشجویان پزشکی می‌نویسد: صلاحیت بالینی قسمتی ضروری در آموزش پزشکی به حساب می آید. ارتباط پزشک با بیمار که تمام جنبه های پزشکی بالینی، از قبیل انجام مصاحبه، گوش دادن به بیمار، پاسخ به نگرانی‌های او و داشتن شناخت کامل از بیمار را شامل می شود که از اهمیت ویژه ای در شایستگی و تربیت پزشکان دارد.(۸) میرزا رحیمی و همکاران ۹ تحقیقی با عنوان بررسی سطح آگاهی کارورزان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در خصوص برنامه کنترل عفونت‌های حاد تنفسی بر اساس طرح مانا انجام دادند. ۷۵ نفر کارورز دانشگاه علوم پزشکی پرسشنامه مربوطه را تکمیل کرده بودند. بالاترین میانگین نمرات مربوط به افرادی است که هردو دوره کارورزی بهداشت واطفال را سپری کرده‌اند وکمترین میانگین نمرات مربوط به افرادی است که هیچ دوره ای را سپری نکرده‌اند. در مجموع بین گذراندن دوره‌های کارورزی اطفال و بهداشت و افزایش سطح آگاهی کارورزان در خصوص برنامه کنترل عفونت‌های تنفسی ارتباط معنی داری وجود داشت (۹). در این مطالعه هم دانشجویان گذراندن مانا را در مراکز بهداشتی و خانه بهداشت در روستا مفیدتر می‌دانستند . آموزش مانا درمرکز آموزشی درمانی به‌خصوص در اورژانس که بیماران بدحال و یا ارجاعی از کلینکی ها با تشخیص مراجعه می‌کنند، نمی تواند مناسب برای یادگیری باشد .

امتحان آسکی از بهترین روش های سنجش صلاحیت بالینی

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.1.9]

است که در کنار سایر روش های ارزشیابی می تواند میزان تحقق اهداف آموزشی در سطوح بالای شناختی، عاطفی و بخصوص روانی_حرکتی در دانشجویان رشته‌ی پزشکی را مورد ارزیابی قرار دهد. تجربیات حاصل از شرکت کنندگان در این مطالعه نشان داد که روش ارزشیابی مانا که از جمله آن‌ها آسکی بوده است، علاوه بر مفید بودن خود منجر به یادگیری می‌شده است. علامی و همکاران ۱۳۹۳ در مطالعه خود نشان دادند که استفاده از آسکی در مقایسه با آزمون پیش کارورزی می توان ارزشیابی بهتر جهت صلاحیت بالینی دانشجویان بعمل آورد(۱۰) .

یکی از مضامین منتج شده از این مطالعه رضایت والدین از آموزش‌های پزشکان در این طرح بوده است. در نظر سنجی از والدین و فراگیران ،مادران از این روش درمانی برای کودک خود رضایت داشتند . صرف وقت زیاد کادردرمان و دادن اموزش را مناسب تجربه کردند. زینالی در مطالعه خود می‌نویسد از جمله مهم ترین نیاز والدین دانستن طرح درمانی و پاسخ صادقانه به سوالات می‌باشد. همچنین آموزش به والدین با کودک بیمار علاوه بر اینکه به‌عنوان یکی از اصول ارتقای سطح بهداشت و سلامتی است، به‌علت مشارکت صحیح والدین امر درمان راتسهیل می‌بخشد(۱۱).

نتیجه گیری

نتایج اجرای مداخله آموزشی مانا به صورت آموزش تئوری، عملی و درمانگاهی و ارزیابی با شیوه های متعدد آسکی، داپس و مینی سی ایکس و مصاحبه با دانشجویان و مادران و اساتید شرکت کننده در این برنامه نشان داد که فراگیران در مجموع از شیوه آموزش و ارزیابی در این برنامه رضایت داشته اند و معتقد بودند به ذهن قدرت فکر کردن الگوریتمی می دهد اما در مجموع مانا را رویکردی مناسب رده‌های بهورزی و نه حتی در حد پزشک عمومی می‌دانستند زیرا معتقد بودند همه آنچه که در مانا است را یک پزشک عمومی می تواند درمان کند و نیازی به ارجاع ندارد. همچنین معتقد بودند فرهنگ جاری گونه‌ای است که مردم از ارجاع خوششان نمی‌آید و دوست دارند در یک جا و یک زمان مشکل کودک شان درمان شود.

برخی از تفاوت های موجود در درمان با رویکرد مانا با طب نلسون نیز جای سوال دیگری برای فراگیران بوده است. دریافت کنندگان خدمات(مادران) از دریافت خدمات اظهار رضایت نمودند و معتقد بودند در این رویکرد برای کودک آن‌ها وقت بیشتری گذاشته می‌شود.

تقدیر و تشکر

از کلیه‌ی عزیزانی که به نحوی در اجرای این مداخله آموزشی مشارکت داشته اند، قدردانی می‌گردد. همچنین از حمایت سازمان جهانی بهداشت و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برای حمایت از اجرای این برنامه سپاسگزاری می‌شود. از حمایت های مادی و معنوی معاونت تحقیقات و فناوری و مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان صمیمانه تشکر به‌عمل می‌آید.

References

1- Madhavi J Mankar, Am Mehendale, Bs Garg. A role of integrated management of childhood illness [IMCI] strategy for changing child rearing practices at household and community level. *Bombay Hospital Journal*. 2008; 50 [4], 584-591.

2- Nikniaz A, Tajaddini N .Comparison of under 5 year child mortality situation in rural areas of

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.1.9]

east Azarbaijan in 2004 And 2003.*Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences & Health Services*. 2006;28[2]: 113-117. [Persian]

3- João Joaquim Freitas Do Amaral, Cesar Gomes Victora. The effect of training in integrated management of childhood illness [IMCI] on the performance and healthcare quality of pediatric healthcare workers: A systematic review. *Rev. Bras, Saúde Matern, Infant, Recife*. 2008; 8 [2]: 151-162

4- Kumar D, Aggarwal AR, Kumar R. The effect of interrupted 5-day training on integrated management of neonatal and childhood illness on the knowledge and skills of primary health care workers. *Health Policy And Planning*. 2009 ; 30; 1–7

5- Takada S, Oudavong B, Kuroiwa C. The successes and challenges of the IMCI training course in Lao Pdr. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2007 ;1(38): 178-87.

6- Simoes EAF, Desta T, Tessema T, Gerbresellassie T, Dagnew M, Gove S. Performance of health workersafter training in integrated management of childhood illness in Gondar, Ethiopia. *Bulletin of The World Health Organization*, 1997, 75 [Supplement 1]: 43-53.

7- Eshaghi S R, Shams B, Ahmadi pour H , Zamani N. Comparing the performance of interns in outpatient care for children under 5 years in the usual care and integrated care for sick children [Mana] of children in specialized clinics Isfahan . *Teb va Tazkiyeh Journal*, Book of abstracts of the Eleventh International Conference on Medical Education.2007. P. 185. [Persian**]**

8- Majouji T, Khameh chinan T, Mazouji M.The role of basic science in the professional competence of of physicians in view of clinical sciences Kashan University of Medical Sciences. Steps in the Development of Medical Education2012;9(1):91_96. [Persian]

9- Mirza Rahimi M, Ismaili F , Naslsaraji F . Awareness detection of the Ardabil medical university interns about the acute respiratory tract infection control[according to MANA strategy].. [Dissertation], Islamic Azad University of Ardebil, Ardabil; 2010. [Persian]

10- Allami A, Saffari F.Correlation of OSCE and Pre-internship examination results. *Journal of Medical Education Development*. 2014;7(13);57_6. [Persian]

11- Zeinali Z, Mirhaghjou N, Mirzaee M, Alhani F, Kazemnejad Le, Dehghani M. The effect of family centered care on meeting parental information needs of hospitalized children. *Holistic Nursing*. 2012;22(67);30-37. [Persian]

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.1.9]

Presenting IMCI National Program to Medical Trainees, Interns and Pediatric Residents in Approaching Sick Children

Foladi Nejad M[1], Jouybari L[1] , Arian Nejad S[1], Mohammadian S[1], Cheraghali F[1], Alai E[1], Sobhani Shahmirzadi M[1], Safaeyan B[1], Amoeyan S[1], Sanagoo A[1], Sabzi Z[1], Kalantary S[1]

[1]Deputy Of Education, Education Development Center & Taleghani Pedicatric Teaching Hospital Golestan, University of Medical Sciences, Gorgan Iran

Corresponding Author: Jouybari L, Education Development Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

Email: jouybari@goums.ac.ir
Received: 12 May 2015 ***Accepted:*** 28 Jul 2015

Background and Objective: The purpose of this project was applying IMCI (Integrated Management of Childhood Illness) as an educational intervention for the medical trainees, interns and pediatric residents in approach with sick children.

Materials and Methods: In this educational intervention all of the trainees, interns, and residents at Golestan Medical Sciences University in 2010-2011 participated in the research. The procedures of implementation and evaluation were documented. In order to study the participants' experiences and perspectives (faculty members, students, mothers of children) semi-structured interviews were conducted. Data was analyzed using content analysis method.

Results*:* The MANA Program was a practical approach in educational programs for the medical students in pediatrics wards. The analysis of participants' experiences revealed five themes "usefulness of IMCI teaching method", " IMCI implementing problems", "algorithmic thinking", and "feasibility". The analysis of care receivers' experiences indicated two main themes "satisfaction" and "sometimes boredom".

Conclusion*:* To get the best results in implementing IMCI Program in clinical pediatrics courses, modifications and changes in the current health care settings and also integrated and continuous coordination is highly essential.

Keywords: MANA, Disease management, Sick child, Pediatrics, Medical students, Educational intervention, Qualitative research

[Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22519521.1394.8.20.1.9]