

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^۴، دکتر احسان علایی^۱، دکتر محمد سبحانی شهمیرزادی^۵، دکتر بارانک صفائیان^۶، دکتر سپیده عمومیان^۷، دکتر اکرم ثناگو^۸، زهرا سبزی^۸، سهیلا کلانتری^۹

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

دریافت: ۹۳/۵/۱۷ پذیرش: ۹۴/۵/۶

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 برده است.

روش پژوهشی: این مطالعه‌ی مداخله‌ای آموزشی از نوع کیفی برای دو دوره، در سال تحصیلی ۱۳۹۰-۱۳۹۱^{۱۰} بر روی ۵۶ نفر 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 (فرآگیران و دریافت کنندگان خدمات) با ۱۵ نفر از آن‌ها مصاحبه‌های نیمه ساختار و تحلیل محتوی برای آنالیز استفاده گردید.

یافته‌های: مانا رویکردی قابل اجرا در برنامه‌های آموزشی دانشجویان پزشکی در بخش اطفال بوده است. تحلیل داده‌های برگرفته از گروه‌های مختلف مجری و مشارکت کننده منجر به مضماین "مفید بودن شیوه تاریخ مانا"، "مشکلات اجرایی مانا"، "تعویت 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 نشان داد که فرایند آموزش مانا باعث تعویت یادگیری دانشجویان و رضایتمندی مادرجویان می‌شود. اما برای اجرای بهینه رویکرد آموزشی مانا در برنامه‌های بالینی واحد اطفال مستلزم تعديل و تغییر همزمان سیستم جاری بهداشتی درمانی و نیازمند هماهنگی‌های منسجم و مستمر نیز می‌باشد.

وازگان کلیدی: مانا، مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های 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

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

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

۶- فوق تخصص نفولوژی 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

مقدمه

مشاوره تغذیه از جمله ارتقای تغذیه با شیر مادر منحصراً 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 ۴). دوره‌ی آموزشی اصلی مانا ۱۱ روز، 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 (۴). بررسی برنامه‌های موجود کشور برای مقابله با بیماری‌های تنفسی و اسهالی نشان داد که این برنامه‌ها اشکالات اساسی دارد. بنابراین پس از تشکیل کمیته‌های علمی تخصصی طرح [مانا] جایگزین گردید که توجه خود را به بیش از ۹۰ درصد بیماری‌هایی که در کودکان زیر ۵ سال منجر به مراجعته به پزشک می‌شوند، معطوف کرده است. در این طرح ارزیابی و طبقه‌بندی، 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 می‌گیرد.

از آنجا که قسمت اعظم اجرای این طرح مربوط به پزشکان می‌شود، 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 دریخش اطفال را مورد بررسی قرار دهد. امید است نتایج برای استفاده بهتر مانا توسط پزشکان مورد استفاده قرار گیرد. و از طرفی این طرح

هر ساله حدود ۱/۵ میلیون کودک قبل از ۵ سالگی در کشورهای در حال توسعه جهان می‌میرند (۱). در اوخر قرن بیست 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 می‌باشد. طبق برنامه‌های 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 می‌بایست میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال خود را به دو سوم میزان فعلی کاهش دهند. ایران نیز از سال ۱۳۶۴ به بعد با ایجاد شبکه‌های بهداشتی و درمانی و دسترسی ۹۰ درصد جمعیت روستایی و ۱۰۰ درصد جمعیت شهری به خدمات بهداشتی اولیه و اجرای برنامه‌های 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 شاخص‌های سلامت کودکان طراحی شد، که استراتژی جهانی آن در سال ۱۹۹۳ اجرا گردید. مانا شامل آموزش کارکنان بهداشت در مدیریت بیماری‌های شایع در دوران کودکی، با تأکید بر اسهال، عفونت‌های تنفسی، مalaria، 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 الیه 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. .

داده شد. (جدول ۱).

آموزش تئوری مانا برای تمام فرآگیران 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 وزارت توان ورزش و جوانی و در اختیار فرآگیران قرار داده شد. نحوه آموزش تئوری با استفاده از فیلم و سناریو و معرفی مورد و اسلالید و نمایش اجرای رویه ها بود. بخشی از آموزش مهارت های عملی مورد نظر در مرکز مهارت های آموزشی درمانی [Skill Lab] دانشگاه واقع در مرکز آموزشی درمانی پنج آذر گرگان صورت گرفت. آموزش دهنده، کارشناس ارشد پرستاری و از مریبیان 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 فرآگیران تدریس گردید. بخش دیگری از مهارت های 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 بندي بیماری ها، مشاوره با کودک بیمار [مادر یا پدر و یا خود کودک در صورت سن مناسب برای مشاوره]، معاینه کودک به طور کامل، پرکردن فرم های مانا، استفاده از چارت های رشد، کترل 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 روتایی به مدت ۱۶ 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

مبنا برای نهادینه کردن برنامه آموزش مانا در برنامه 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 روتایی جلین وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان بوده است. نمونه های مورد مطالعه با روش سرشماری وارد مطالعه شده اند که شامل کلیه دانشجویان کارآموزان، کارورزان و دستیاران پزشکی در بخش اطفال در طی سال ۱۳۸۹-۱۳۹۰ می باشد. تعداد آنها ۵۶ نفر در طی دو دوره بوده است .

برای بخش مداخله ای آموزشی از چک لیست مواجهه با کودک بیمار که بیماری های شایع آن توسط دستورالعمل کشوری مانا پیشنهاد و چک لیست مذکور شامل کلیه مراحل گام به گام مواجهه با کودک بیمار مطابق دستورالعمل مانا می باشد. کلیه کارآموزان، کارورزان و دستیاران بخش کودکان با این ابزار مورد ارزشیابی قرار گرفتند. نحوه جمع آوری داده ها به اینصورت بود که بعد از انجام مقدمات اولیه، جلسات هماهنگی بین اساتید به منظور مرور مباحث مانا و تنظیم آموزش تئوری، آموزش مهارت ها و آموزش بالینی برگزار گردید. در ابتدای سال تحصیلی ۸۹-۹۰ جلسه هماهنگی بین اساتید گروه اطفال به منظور مرور مباحث مانا و تنظیم شیوه اموزش [در سه حیطه تئوری، عملی و بالینی] و ارزشیابی فرآگیران تشکیل شد. اموزش در سه حیطه کلی تئوری، عملی و بالینی به فرآگیران کارآموز، کارورز و دستیار

کردن.

جدول ۱: برنامه آموزش مانا برای فرآگیران درسه حیطه نظری، عملی و بالینی

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

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 فرآگیران 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

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

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 محترمانه و محفوظ می‌ماند و پس از جلب رضایت شرکت کننده مصاحبه آغاز گردید برای مصاحبه با استاید، یک سوال مشترک پرسیده شد."تجربه خود

- ۰ مطابقت نداشتند با منابع موجود، اجرا نشدن در درمان و بهداشت، محیط آموزشی بالین موجود
۳. "مهارت الگوریتمی به ذهن دانشجو دادن و کاربردی بودن"
۴. "رضایتمندی دریافت خدمت"
۵. "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 کردن اساتید اینگونه بیان داشتند.
- "مداخله آموزشی" مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی‌های 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 روش‌های نوین تدریس در اموزش تئوری از قبیل ارایه‌ی گزارش مورد، آمادگی دانشجویان با مطالعه قبلي برای کلاس، ارایه‌ی فیلم، سناریو و نمایش اجرای رویه‌ها بود". اساتید در اجرای این روش از روش‌های نوین تدریس استفاده کردن 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 می‌کنند روش تدریس می‌باشد. یادگیری مطالب آموزش داده شده از سوی استاد همواره مساله چالش برانگیزی برای استاد و دانشجو می‌باشد. هدف استاد انتقال دانش و هدف دانشجو یادگیری آن مطالب می‌باشد. بکارگیری روش‌های سنتی آموزش، سخنرانی استاد و ارایه‌ی مطالب خشک تئوری گاهای برای دانشجو و استاد کسل کننده و همچنین از ان جایی که سبک‌های یادگیری دانشجویان متفاوت می‌باشد، نیاز است برای یادگیری دانشجو از روش‌های متفاوت استفاده شود". یکی از دانشجویان بیان

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، کلیه 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 داده‌ها با معیارها و واژه‌های پژوهش کیفی که مقبولیت و تعیین خوانده می‌شوند، شرح داده شده است. مقبولیت به معنی قابل پذیرش بودن داده‌ها و در گروه جمع آوری داده‌های حقیقی است.

در جریان فرآیند پژوهش، از گردآوری داده‌ها تا پایان تجزیه و تحلیل و گزارش یافته‌ها مواردی چون: رضایت آگاهانه، حفظ گمنامی، محرومانه 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 استاذ، ۲۰ ایترن، ۷ رزیدنت و درکل ۵۶ نفر در دو دوره بوده است. در مرحله تحلیل مصاحبه‌ها 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. تم‌های مربوطه به شرح زیر می‌باشد.

۱. "مفید بودن شیوه تدریس مانا"
- ۰ آموزش تئوری مانا، آموزش عملی مانا، آموزش بالین، ارزشیابی دوره
۲. "مشکل اجرایی که فی النفسمه مانا دارد"

"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 تئوری های دیگر این کلاس ها را مفید می دانستند.
"رزیدنت ها می گن برای اینترن واستاذ رها 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 کلاس های 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 بگذارند.

"کارگاه های احیای نوزاد و تغذیه شیرمادر را باید اول می گذاشتند ... 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 می اید ماهیت مانا طوری بود که دانشجویان را ترغیب به ترجیح عملی و بالین این فرایند آموزشی می کرد.

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

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 داده و از نظر صلاحیت حرفه ای ارتقا یابند.

۱-آموزش تئوری مانا

در آموزش پزشکی آموزش تئوری بخش اعظم برنامه را به خود اختصاص می دهد. هر چند آموزش بالینی قلب آموزش پزشکی است ولی تئوری همیشه مقدم بر عملی می باشد. در اجرا این برنامه دانشجویان از نحوه اجرا به خصوص 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 نحوه 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 مهم. اینها یک چیزیه که به درد یک پزشک عمومی و متخصص می خوره و هر کسی 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.

دانشجویان از روش آموزش تئوری هم سود بردند و هم رضایت داشتند. استاذ، ایترن، 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 اینترن و استاذ و یک نفر رزیدنت همیشه هستند، اول اینترن و یا استاذ پاورپوینت رو ارائه می ده، وسطش تفسیر می کنند و کل گروه درگیر هستند و اگر سوالی داشته باشیم رزیدنت کمک می کنه و استاد نکات از قلم افتاده را کامل می کنند."

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

"ما هر روز که کار می کردیم روز بعد کیس هایی رو طراحی می کرد مثلا کودکی با این عالیم آمده حال اولین اقدام چیه؟ که اونجا ذهنمون در گیر می شد"

۱-۲ . آموزش عملی مانا

یکی از دانشجویان اظهار داشت:

"اگر لازم بود در ارایه 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 در کارگاه ها آموختیم بحث احیا رو به صورت عملی هم انجام می دادیم. خوب بود و یا کارگاه شیرمادر برای ما که در حد استاذ هستیم همین که یک بار عملی هم انجام بدیم برای ایترنی خیلی کمک می کند."

۱-۳ . آموزش بالین

در آموزش علوم پزشکی آموزش بالین یکی از حیاتی ترین بخش های آموزش 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

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

دانشجویان از اینکه از مقاطع مختلف استاذ، ایترن، رزیدنت و استاد در ارایه مبحث درگیر بودند به علت یادگیری تجربیات هم رضایت داشتند، ولی از اینکه با یک محتوی مورد ارزشیابی قرار می گیرند، 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 می دانستند.

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

"آخرهایش مباحث سوختگی، مسمومیت ها که بودند کسی اصلاً حوصله نداشت باید 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 بینم 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 شببه ای توی ذهن ایجاد شود و گزنه توی ذهن می ماند برای اینچه های استاجر تئوری اش خیلی خوب است ولی برای ما فکر کنم تئوری اش را کمتر کنند"

و استقبال فراغیران 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 بتواند دوره اش را طولانی تر بگنبد 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 فراغیران اظهار داشتند کمبود آموزش درمانگاهی در تمامی دروس بارز است.

"مشکلی که در همه کشور هست، آموزش درمانگاهی خیلی کم می باشد.

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

در مرکز بهداشتی جلین علاوه بر اینکه دانشجویان قادر شدند فرم ثبت بیماران کودکان ۲ تا ۵ 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.

۱-۴ ارزشیابی مانا

به منظور پی بردن به نقاط ضعف و قوت برنامه در حین دوره و انتهای دوره از کلیه فراغیران ارزشیابی به عمل آمد که نتایج نظرسنجی حاصل از ارزشیابی فراغیران به شرح زیر بوده است. "هر بار که ما توانی 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؟"

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

"در یک درمانگاه دو ساعته در حد ویزیت و دارو نوشتن است نمی توان یک برگ دو صفحه ای را پر کرد، واقعاً 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 یک ساعت 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، مثلاً مریض آمده با سرفه می خواهید بینید اسهال دارد یا ندارد این فقط با ۵ تا مریض در یک ساعت و نیم می شود بررسی اش کرد ... با

۲۰ تا ۲۵ 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 باشد از سیستم ارجاع استفاده نمایند و درمانگاه طلقانی به علت ماهیت تخصصی آن و حضور استاد و انتظار و ترکیب بیماران که نمونه های خوبی برای تمرین این رویکرد نبودند در دوره دوم اجرای این برنامه از مرکز بهداشت روستاپی جلین استفاده شد که شدیداً با رضایتمندی

بیمارستان"

همچنین معتقد بودند خانواده با سیستم ارجاع مخالفت می کنند 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 بدھیم خیلی خانواده ها می گویند نه یک نسخه بدھید که بچه ام همین جا خوب بشود."

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

"بیشتر برنامه هایش به نظر من استازری بود هر وقت که صحیح 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."

۲-۱. مطابقت نداشتن با منابع موجود طب رایج

دانشجویان پزشکی مرجع اصلی طب کودکان نلسون را می شناختند 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 تعجیز، 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 می شد 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 می خواندیم 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 حواسمن باشه

"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 مراجعت 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 فراغیران 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 بدھیم ما بهورز نیستیم، پرستار نیستیم باید اول و آخر خودمان کارهایش را انجام دهیم ،فرمت مانا بیشتر جوری است که برای بهورزا و پرستارها طراحی شده." همچنین اظهار داشتند اوایت را یک پزشک عمومی می تواند درمان کند و مانا برای کار در بهداشت مناسب است.

"برای پزشک عمومی خیلی کم پیش می آید ارجاع بدھد، چنانچه مشخص بشود مثلاً مریض فلاں مشکل را دارد و باید برود پیش فلاں 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

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، مریض‌ها 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 توصیه‌هایی 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 می‌شود، بررسی اش کرد."

در مورد جلن که بجهه‌ها را فرستادند فکر می کنم مناسب‌تر است چون اصل مانا برای خانه‌های بهداشت است که اجرا می‌شود و اگر بتوانند دوره اش را طولانی تر بگذرانند بهتر است" بنابراین محیط مناسب آموزش بالینی مراکز بهداشتی و یا درمانگاه غیر تخصصی کودکان می‌باشد.

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 او ایل خیلی توجه نداشتم ولی این قدر تکرار شد، مثلا نشانه‌های خطر این قدر تکرار شد که الان بدون این که خوانده باشم نشانه‌های خطر توی ذهنم هر چیز رو با تکرار و تمرین بیشتر یاد می‌گیریم. مثلا طرز برخورد با سوختگی در کودکان را نمی‌دونستم ..."

بیشتر به این نکته توجه داشته باشیم "اساتید میامدن هر جا که تفاوت خیلی زیاد بود می گفتند 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 نمی‌شود لذا برای آینده این فرایند پیش بینی خوبی را متصور نشند. 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 نمایند. 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 خانه‌های بهداشت مختلف رفتم و اصلاً پزشک اطلاع ندارد که همچنین جزوء ای هست و اگر به او هم بدھی اصلاً توجه نمی‌کند."

"در مراکز بهداشتی زیاد به آن بهاء نمی‌دهند"
"فکر می کنم طول زمان این مسائل را حل می‌کند ..."

۲-۳. محیط آموزشی بالین موجود
قابل اجرا نبودن مانا در درمانگاه‌های آموزشی موجود: فراغیران بر این عقیده بودند ماهیت درمانگاه تخصصی جوری است که بیمار برای بستری مراجعه می‌کند و از جایی ارجاع داده می‌شود، تعداد بیماران زیاد و در وضعیت اورژانسی می‌باشند، لذا این گونه بیماران مناسب فرم های مانا نمی‌باشند. 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 درمانگاه‌های ما قابل اجرا نبود یعنی باید یک درمانگاه مخصوص مانا راه بیندازند مثلا مریض می‌آمد با chief complain مشخص و از یک

دانشجویان هم همانند بیماران رضایت داشتند اما طولانی بودن این دوره و محتوی زیاد و صرف وقت برای 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 باهаш 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 روپرتو 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 نحوه خدمات، آموزش، عالیم خطر و درخواست برای ارایه‌ی پیشنهادات سوال شد. مراجعین از نحوه برخورد، از آموزش داده شده، توضیح در مورد نحوه مصرف دارو و سایر توصیه‌های 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 آموزش‌ها را در حدی می‌دهد که آن را کاملاً بفهمن و این نشان از رضایت آنان میداد.

فرسایشی بودن

دانشجویان صرف نظر از مفید بودن و ضرورت این گونه

"شب اورژانس توی کشیک که می نشستم خود به خود طبقه بندي ها بهم الهام می شد، مانا یک خوبی که داره اینه که طبقه بنديه الگوريتمي و آدم باهаш راحت برخورد می کنه ."

"خيلي خوبه، من خودم وقتی یک مريضی برام میاد تو درمانگاه، مثلا اسهال خونیه از مانا يادم می اد و سوال می پرسم، سوال هايى که اول بدو ورود باید بپرسم از مانا يادم 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 بايست 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."

۴. 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 قبل 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 وقت زیادی تلف می شد. "

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 شنیدن ارزش دارد."

"ما سه رده بودیم که داشتیم امتحان می دادیم.... برای اینترن ها خیلی خوب بود واقعاً امتحان اینترنی بود چون یک سری درمان می خواست که استاذها نمی دونستند."

"برنامه مانا برنامه مفید و خوبی بود ولی همین که می خواستیم صحیح بیایم سخت بود که آدم از خوابش بزن و یک علت اعتراض بچه ها 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 ترا بیاورند و درمان کاملش را بگویید حداقل یک بچه ی سالم تحويل بدهد و درمانش را کامل کند نه اینکه نصفه کاره درمان کند یا ارجاع بدهد."

بحث

یافته های این مطالعه اموزشی نشان داد که پیاده کردن مانا در آموزش پزشکی قابلیت اجرا دارد. اما در بافت خدمات درمانی و بهداشتی کنونی که طرح مانا اجرا نمی شود. می تواند اجرای آن چالش برانگیز باشد. نظر سنجی در اجرای این برنامه با مضامینی شامل "مفید بودن شیوه 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

رویکرد با کودک بیمار آن را فرسایشی و وقت تلف کردن هم می دانستند. دانشجویان نگران از آن بودند که برای بیماری های مهم تر اطفال وقت کمی دارند و بایستی سایر بیماری ها 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 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 نگیرند، کافی خواهد بود زیرا بوکلت مانا موجود است و نیازی به حفظ کردن مطالب نیست و با داشتن فرم ها و بوکلت مانا می توانند کودک بیمار را ارزیابی نمایند.

"اصلًا 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 الیت 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 بدیم بقیه قسمت هایش که یک چارت دارد آنجا هست و هر کسی می رود ورق می زند و نگاه می کند فقط قسمت اورژانسی 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

موجود است و نیازی به حفظ کردن مطالب نیست و با داشتن فرم‌ها و بوکلت مانا می‌توانند کودک بیمار را ارزیابی نمایند. تفاوت مطالعه حاضر با مطالعه لائو در این بود که دانشجویان این شیوه را به عنوان آموزش گذراندند، هر چند که در زمان آموزش استاید 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. بلافضله پس از این دوره‌های آموزشی، مطالعه‌ای به مدت سه هفته در مراکز بهداشتی درمانی اولیه برای تعیین عملکرد این کارکنان در ارزیابی، طبقه‌بندي 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 معمولاً توصیه‌های مناسبی به مادران می‌دادند. 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 ای از توصیه‌ها برای تغذیه و مصرف مایعات در خانه و مشاوره برای زمان مراجعته است به صورت وسیع برای کمک به برقراری ارتباط مورد استفاده قرار گرفت^(۶). دری مطالعه حاضر هم فرآگیران 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 مقایسه عملکرد کارورزان در مراقبت‌های 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 راهنمایی بالینی مانا آموزش دیدند. در پایان دوره عملکرد کارورزان در نحوه‌ی ویزیت کودکان در

وقت تلف شدن^(۷) از ارزیابی این مداخله‌ی آموزشی استخراج شد. از آن جایی که مطالعه مشابه منتشر شده در سطح کشور بسیار اندک می‌باشد. لذا در این قسمت به برخی از پژوهش‌های انجام شده در سایر کشورها اشاره می‌گردد که البته با مداخله آموزشی در پژوهش حاضر از تفاوت‌های ماهیتی برخوردار می‌باشند. 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 راهنمای و کمبود وقت بود. ترکیب توضیحات بالینی و استفاده از روش‌های تسهیل کننده دانش پزشکی و تجارب استفاده از مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی اطفال ممکن است کلید راه حل مشکلات باشد^(۸). در مطالعه‌ی حاضر نیاز به وقت بیشتر مورد 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، بیماری‌های 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

بود. همچنین میانگین نمره‌ی مشاوره آن‌ها از ۴۲ به ۸۹ در دوره‌ی آموزشی ۸ روزه و از ۳۷ به ۷۰ در دوره‌ی آموشی ۵ روزه 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 می‌باشد (۴). در مطالعه‌ی حاضر فرآگیران و استایید روش تدریس مانا را مفید در یادگیری و ارتقای صلاحیت حرفه‌ای خود دانستند. مازوجی در مطالعه‌ی خود در سال ۱۳۹۱ در مورد صلاحیت حرفه‌ای پژوهشکان و دانشجویان پژوهشکی می‌نویسد: صلاحیت بالینی قسمتی ضروری در آموزش پژوهشکی به حساب می‌آید. ارتباط پژوهشک با بیمار که تمام جنبه‌های پژوهشکی بالینی، از قبیل انجام مصاحبه، گوش دادن به بیمار، پاسخ به نگرانی‌های او و داشتن شناخت کامل از بیمار را شامل می‌شود که از اهمیت ویژه‌ای در شایستگی و تربیت پژوهشکان دارد (۸). میرزا رحیمی و همکاران ۹ تحقیقی با عنوان بررسی سطح آگاهی کارورزان دانشگاه علوم پژوهشکی اردبیل در خصوص برنامه کنترل ۷۵ عفونت‌های حاد تنفسی بر اساس طرح مانا انجام دادند. نفر کارورز دانشگاه علوم پژوهشکی پرسشنامه مربوطه را تکمیل کرده بودند. بالاترین میانگین نمرات مربوط به افرادی است که هردو دوره کارورزی بهداشت و اطفال را سپری کرده‌اند و کمترین میانگین نمرات مربوط به افرادی است که هیچ دوره‌ای 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 در مرکز آموزشی درمانی به خصوص در اورژانس که بیماران بدحال و یا ارجاعی از کلینیکی‌ها با تشخیص مراجعه می‌کنند، نمی‌تواند مناسب برای یادگیری باشد.

امتحان آسکی از بهترین روش‌های سنجش صلاحیت بالینی

دو گروه مجدداً 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، علاوه‌ی بیشتر به کتب مرجع، عدم فرصت کافی کارورزان در استفاده از آموخته‌ها باشد (۷). هر چند مطالعه اشاره شده مطابق مطالعه‌ی حاضر نبود، اما فرآگیران هم دقت داشتن در تشخیص درست را از تجربیات این طرح می‌دانستند. کومار و همکاران مطالعه‌ای با عنوان تاثیر دوره‌ی آموزشی ۵ روزه مراقبت‌های ادغام یافته ناخوشی اطفال بر دانش و مهارت کارکنان مرکز بهداشت انجام دادند. در این مطالعه بسته‌های آموزشی مانا به صورت یک دوره‌ی آموزشی سه روزه و دو روزه با استراحة 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. نمره‌ی گروه دوم از ۴۶/۳ به ۷۴/۶ در یک دوره‌ی ۸ روزه آموزش و نمره‌های گروه اول از ۴۰ به ۷۳/۲ در دوره‌ی آموزش ۵ روزه بهبود یافته بود. نمره‌ی دانش آن‌ها در تمام شرایط بهبودی مانند آنمی، اسهال، ایمن سازی، سوتغذیه، مalaria، منثیت و احتمال عفونت باکتریایی شدید و نیز شیردهی دو گروه مشابه بود. میانگین نمره‌ی مهارت مشکلات تنفسی از ۳۸ به ۵۷ در دوره آموزشی ۸ روزه و از ۴۱ به ۹۱ در دوره‌ی آموزشی ۵ روزه افزایش یافته بود. نمره آن‌ها در مهارت اسهال به ترتیب در دوره آموزشی ۸ روزه و ۵ روزه از ۲۸ به ۶۷ و ۴۸ به ۷۵ و در شیردهی از ۳۳ به ۸۴ و از ۴۲ به ۸۶ افزایش یافته

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 رده های بهورزی و نه حتی در حد پزشک عمومی می دانستند 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 گونه ای است که مردم از ارجاع خوششان نمی آید و دوست دارند در یکجا 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 می شود.

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 پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان صمیمانه تشکر به عمل می‌آید.

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. علمی 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 مضماین منتج شده از این مطالعه رضایت والدین از آموزش های 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 کادر درمان و دادن آموزش را مناسب تجربه کردند. زینالی در مطالعه خود نویسد از جمله مهم ترین نیاز والدین دانستن طرح درمانی و پاسخ صادقانه به سوالات می باشد. همچنین آموزش به والدین با کودک بیمار علاوه بر اینکه به عنوان یکی از اصول ارتقای سطح بهداشت و سلامتی است، به علت مشارکت صحیح والدین امر درمان را تسهیل می بخشد(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 استادی شرکت کننده در این برنامه نشان داد که

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

References

- 1- Madhavi J Mankar, Am Mehendale, Bs Garg. A role of integrated management of childhood illness [IMCI] strategy for changing child rearing

- 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 workers after 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 Tazkiyah 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 Education*2012;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, Ardebil; 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]

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

Foladi Nejad M¹, Jouybari L¹, Arian Nejad S¹, Mohammadian S¹, Cheraghali F¹, Alai E¹, Sobhani Shahmirzadi M¹, Safaeyan B¹, Amoeyan S¹, Sanagoo A¹, Sabzi Z¹, Kalantary S¹

¹Deputy 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*