

چالش‌های برنامه‌ی آموزشی در درمانگاه‌های کودکان بر اساس تجارب مدرسین و کارورزان: یک مطالعه کیفی

بهزاد شمس^۱، سپیده جمشیدیان^{۲*}، طاهره چنگیز^۳

۱. دکترای تخصصی کودکان، دانشیار گروه اطفال، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران
 ۲. دکترای عمومی، کارشناس ارشد آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران
 ۳. دکترای تخصصی فارماکولوژی، کارشناس ارشد آموزش پزشکی، دانشیار گروه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران
- دریافت مقاله: ۸۸/۱۲/۱۱ • پذیرش مقاله: ۸۹/۴/۳

زمینه و هدف: برای بهره‌وری حداکثر محیط‌های آموزشی، توجه به چالش‌های فراروی مدرس و فراگیر، در محیط آموزشی بسیار کمک‌کننده می‌باشد. هدف این مطالعه، شناسایی چالش‌های برنامه‌ی آموزش درمانگاهی کارورزان گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، با استفاده از تجربیات افراد شرکت‌کننده در این برنامه‌ی آموزشی (مدرسین و کارورزان) بوده است.

روش کار: مطالعه‌ی کیفی حاضر، بخش کوچکی از ارزشیابی برنامه‌ی آموزش درمانگاهی کارورزان گروه کودکان، بر اساس مدل CIPP بوده که در آن برای جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد. برای انتخاب مصاحبه‌شوندگان از روش نمونه‌گیری هدفمند (Purposeful Sampling) که خاص پژوهش‌های کیفی است، استفاده گردید. ۷ نفر از مدرسین و ۷ نفر از کارورزان در تابستان و پائیز ۱۳۸۷ در مصاحبه‌ها شرکت کردند.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها بر اساس روش تحلیل تفسیری (Interpretational Analysis)، منجر به استخراج ۶ طبقه با ۲۱ زیرگروه شد. طبقات شامل عناوین برنامه ریزی، هیأت علمی، کارورزان، فعالیت‌های آموزشی، منابع یادگیری و ارزشیابی بودند. در مورد برخی از چالش‌ها، راهکارهایی توسط شرکت‌کنندگان ارائه شد.

نتیجه‌گیری: توجه مسئولان به چالش‌هایی که ذینفعان اصلی این برنامه ابراز می‌دارند و راهکارهایی که در خلال مصاحبه‌ها بیان کردند، می‌تواند در ارائه‌ی راه حل مناسب جهت برطرف نمودن مشکلات مطرح شده، کمک شایانی نماید.

کلید واژه‌ها: کارورز پزشکی، آموزش سرپایی، مطالعه کیفی

* نویسنده مسؤول: مرکز مطالعات و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان هزار جریب، اصفهان، ایران

مقدمه

آموزش بالینی به مفهوم آموزش و یادگیری متمرکز بر بیمار و مشکلاتش، قلب آموزش پزشکی محسوب می شود. دانشکده های پزشکی تلاش می کنند، تا آنجا که امکان دارد موقعیت های بالینی بیشتر و متنوع تری، برای مواجهه ی فراگیران پزشکی با بیماران فراهم آورند (۱). اگر چه برای مدت های طولانی، آموزش بر بالین بیماران بستری مهمترین بخش آموزش بالینی محسوب می شد، ولی در سال های اخیر، بخش های بیمارستانی بنا به دلایل متعدد از جمله کاهش تعداد بیماران بستری و کم شدن مدت بستری شدن در بیمارستان، نتوانسته اند موقعیت های آموزشی کافی و مناسبی برای فراگیران فراهم آورند. توجه به ویژگی های منحصر به فرد محیط های سرپایی از نظر مواجهه با بیماران دست اول و متنوع از یک سو، و اینکه قسمت عمده ی فعالیت های پزشکان عمومی در محیط های سرپایی مطب ها و یا درمانگاه ها صورت می گیرد، نقش درمانگاه ها را به عنوان محیطی مناسب برای آموزش بالینی برجسته نموده است. علی رغم فواید بسیار، چالش های تدریس در محیط سرپایی، باعث بهره وری ناکافی از درمانگاه ها و سایر مراکز مشابه برای آموزش بالینی شده است. درمانگاه ها بعنوان اصلی ترین مکان آموزش مراقبت های سرپایی، محیط هایی شلوغ هستند که فرآیندهایشان بر اساس نیازهای مراجعه کنندگان شکل می گیرد (۲). ایجاد تعادل بین ارائه ی خدمات به بیماران و آموزش به دانشجویان، در فرصت کم درمانگاه، از موانع اساسی آموزش در این محیط است. غیرقابل پیش بینی بودن بیماران و محدودیت زمان از چالش های دیگر آموزش در درمانگاه هاست (۳).

از آنجایی که مطالعات متعدد، کیفیت آموزشی درمانگاه ها را کمتر از حد مطلوب تعیین کرده اند (۱۰-۴)، بررسی چالش های آموزشی موجود یک اولویت محسوب می گردد. اکثر مدرسین بالینی که در محیط سرپایی تدریس می کنند، نیازمند آموزش هایی درباره روش ها و راهبردهای مختلف آموزش

سرپایی هستند، زیرا اغلب آنها علی رغم اینکه ساعت های بسیاری را در مطب و درمانگاه می گذرانند، در دوره تحصیل خود، کمترین آموزش را در چنین مکان هایی داشته اند (۵). از اصول اساسی ارتقای کیفیت برنامه های آموزشی، تعیین نقاط ضعف و قوت برنامه از دیدگاه افراد شرکت کننده در آن می باشد و دستیابی به چنین دیدگاهی از طریق پرسشنامه کمتر قابل حصول است. از آنجایی که مطالعه کیفی، روشی نظام دار جهت توصیف تجارب زندگی و معنی بخشیدن به آنهاست (۱۱)، جمع آوری اطلاعات با استفاده از روش های کیفی می تواند، اطلاعات دقیق تری در این مورد فراهم آورد، ضمن اینکه به دلیل برقراری ارتباط بیشتر با شرکت کنندگان برنامه و امکان حضور فعال تر در مکان اجرای برنامه، اطلاعات باارزشی درباره ی راهکارهای عملی و قابل اجرا نیز به دست خواهد آمد.

با توجه به این که یکی از مراجعان اصلی به پزشکان عمومی در مطب ها و سایر مراکز سرپایی، کودکان هستند، آموزش بخش کودکان از دروس بسیار مهم دوره ی کارورزی محسوب می شود. به دلیل اهمیت آموزش سرپایی، یک سوم طول این دوره در درمانگاه های کودکان سپری می گردد، لذا کیفیت آموزش و یادگیری در این محیط برای کارورزان که آخرین مرحله ی آموزش در دوران تحصیل پزشکی را می گذرانند، اهمیت وافری دارد. هدف این مطالعه، شناسایی چالش های برنامه ی آموزش درمانگاهی کارورزان گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با استفاده از تجارب افراد شرکت کننده در این برنامه ی آموزشی (مدرسین و کارورزان) بوده است.

روش کار

مطالعه کیفی حاضر، بخش کوچکی از یک ارزشیابی برنامه بر اساس مدل ارزشیابی CIPP^۱ می باشد. از جایی که، یکی از

1. Content, Input, Process, Product

برای جمع آوری داده ها، طی تقریباً ۶ ماه از ابتدای تابستان تا انتهای پاییز ۱۳۸۷، مصاحبه هایی با مدرس مسئول درمانگاه‌ها و مسئول کارورزان گروه کودکان، ۶ نفر از مدرسین درمانگاه های کودکان و هفت نفر از کارورزانی که یکماه گذشته در درمانگاه کودکان بودند، انجام شد. قبل از انجام مصاحبه ها، مدرسین توسط مدیر گروه توجیه می شدند، تا بتوانند با اطمینان خاطر بیشتری در مصاحبه ها همکاری نمایند. سپس، پژوهشگر با مراجعه به درمانگاه ها ضمن معرفی خود و توضیح هدف از انجام مصاحبه ها، با مدرسین بر سر زمان و مکان مناسب برای مصاحبه توافق می نمود. تمام مصاحبه ها در محل کار مصاحبه شونده ها و زمانی که از نظر ایشان مناسب بود انجام شد. در ابتدا از مصاحبه شونده ها برای ضبط مکالمات اجازه گرفته شد و به آنها اطمینان داده شد که مکالمات ضبط شده فقط توسط شخص پژوهشگر پیاده شده و بدون ذکر نام و مشخصات، از مطالب آنها استفاده می شود. همچنین اطمینان داده شد که در صورت تمایل و هر جا که لازم دانستند می توانند ضبط مکالمات را متوقف نموده و یا هر قسمت ضبط شده را پاک کنند. کلیه افراد شرکت کننده در مصاحبه ها، هیچ مشکلی برای ضبط جریان مصاحبه نداشتند و ضبط مکالمات با کیفیت مناسبی انجام شد. مصاحبه ها به صورت نیمه ساختار یافته (Semi Structured)، با هدف شناسایی مشکلات موجود در آموزش درمانگاهی و جهت ارائه راهکارهایی برای ساماندهی به وضعیت این آموزش انجام شد. در مصاحبه با کارورزان، در ابتدا از ایشان خواسته شد که در مورد فعالیت های روزانه درمانگاه توصیفی ارائه کنند. در این قسمت، نظرات آنها راجع به نقاط ضعف و قوت فعالیت های درمانگاه مورد توجه قرار گرفت، در صورت ابهام، توضیحات بیشتری درخواست می شد و نهایتاً در مورد میزان کسب توانمندی های مختلف در درمانگاه از آنها سؤال می شد. در مصاحبه با مدرسین درمانگاه ها، در ابتدا از فعالیت هایی که به طور معمول در طی یک روز درمانگاه انجام می شد سؤال شد، سپس در مورد مشکلات موجود در درمانگاه ها و

فعالیت هایی که در ارزشیابی زمینه انجام می شود، جمع آوری اطلاعات از منابع گوناگون و با روش های مختلف کیفی و یا کمی برای شناسایی نیازها، مشکلات، امکانات و فرصت های استفاده نشده ی برنامه است، در این بررسی قسمتی از ارزشیابی زمینه‌ی (Context Evaluation) برنامه آموزش درمانگاهی کارورزان گروه کودکان، بر اساس روش های کیفی انجام شد.

به طور معمول، برنامه آموزشی کارورزان در گروه کودکان، سه ماه به طول می انجامد، که یک ماه آن (دو دوره ی دو هفته ای) به درمانگاه ها اختصاص یافته است. در کل ۶ نفر از اعضای هیأت علمی گروه به عنوان مدرسان درمانگاه ها در چهار درمانگاه آموزشی مربوط به گروه کودکان فعالیت می کنند. در هر دوره ی یکماهه، ۹ تا ۱۱ نفر از کارورزان (به طور متوسط ۲ تا ۳ کارورز در هر درمانگاه)، به همراه کارآموزان و مدرس مربوطه در درمانگاه ها حضور پیدا می کنند. در این مطالعه با استفاده از روش مصاحبه برای جمع آوری اطلاعات، برنامه آموزشی کارورزان در درمانگاه های کودکان مورد بررسی قرار گرفت.

برای انتخاب شرکت کنندگان از روش نمونه گیری هدفمند (Purposeful Sampling)، که خاص پژوهش های کیفی است، استفاده گردید. به این ترتیب که پژوهشگر، کارورزان و مدرسین گروه کودکان را جهت مصاحبه های انفرادی انتخاب و طی مشاهداتی که از مکان اجرای برنامه (درمانگاه های آموزشی) و فرآیندهای آن داشت، مدرسینی را که می توانستند در این مورد همکاری داشته باشند، شناسایی نمود. در نهایت برای انتخاب مدرسین از نظرات مدیر گروه استفاده شد. برای انتخاب کارورزان در ابتدا از کارورزانی که در ماه قبل، درمانگاه کودکان را گذرانده بودند، افرادی انتخاب شده و سپس بر اساس نظرات خود کارورزان، افراد دیگری نیز جهت مصاحبه معرفی می شدند (روش نمونه گیری گلوله برفی یا زنجیره ای).

مرحله بعدی یا ساخت طبقه ها (Developing Categories)، یکی از حساس ترین مراحل تحلیل تفسیری داده هاست که ضمن دربرگرفتن همه ی داده ها، به طور مناسبی آنها را خلاصه می کند. یک طبقه، سازه ای (Construct) است که اشاره به نوع خاصی از پدیده در بانک اطلاعاتی ساخته شده دارد، یا مفهومی است که از پدیده ی مورد مشاهده برداشت می شود. همچنین باید مشخص شود، هر طبقه ی خاص دارای زیربخش می باشد یا نه (۱۱). در مطالعه حاضر نهایتاً ۶ طبقه با ۲۱ زیرگروه به دست آمد. از آنجایی که در ابتدا با افرادی مصاحبه شد که بیشترین اطلاعات را داشتند، اکثر طبقات در همان مصاحبه های اول شکل گرفتند. در مرحله ی کدبندی قطعات (Coding Segment)، باید به هر قطعه یک کد داده شود تا مشخص کند این قطعه در کدام طبقه قرار می گیرد. البته ممکن است این قطعه در هیچ یک از طبقات قرار نگیرد یا برعکس مربوط به چند قطعه باشد. در گروه بندی قطعات (Grouping Category Segment)، قطعات کدگذاری شده در کنار هم و در طبقات مشخص شده قرار داده می شوند، به این ترتیب که قطعات دارای شماره ی یکسان در کنار هم قرار می گیرند. در انجام این مرحله چندین بار مرور و بازنگری ضروری می باشد (۱۱). از آنجایی که در مطالعه ی فعلی، بعد از تایپ قطعات معنی دار در فایل Word تمامی مراحل بعدی بر روی این فایل الکترونیک صورت گرفت، به جای کد دادن به قطعات، به ازای هر یک از طبقات جدولی ترسیم شد و قطعات معنی دار به دست آمده از هر مصاحبه با یک رنگ مشخص گردید، به این ترتیب وقتی این جملات معنی دار در جدول (طبقه ی) مربوطه جای داده می شدند، با توجه به رنگشان کاملاً مشخص بود که مربوط به کدام مصاحبه شونده هستند. قطعات معنی دار حاصل از مصاحبه دوم یا در طبقه های تعیین شده اولیه جای داده می شد یا اینکه طبقه ی جدیدی برایشان تعریف می گردید. همچنین طبقات چندین بار با هم مقایسه شدند و مواردی که با همدیگر هم پوشانی داشتند، و یا مبهم بودند

راهکارهای پیشنهادی آنها برای حل این مشکلات صحبت می شد. برای اطمینان از مطرح شدن تمام موضوعات مهم، پژوهشگر از یک راهنمای مصاحبه حاوی عناوین کلی موضوعات استفاده می کرد. بلافاصله بعد از اتمام مصاحبه، پژوهشگر مشاهدات و برداشت های شخصی خود از مصاحبه ها، ایده های جدید، میزان موفقیت مصاحبه در کسب اطلاعات و برقراری ارتباط مؤثر با مصاحبه شونده، و نکاتی را که بهتر است در بقیه مصاحبه ها مورد توجه قرار گیرد، ثبت می نمود. مدت زمان انجام مصاحبه ها متغیر بوده و بسته به تمایل مدرسین ۱ تا ۲ ساعت به طول می انجامید.

در اولین فرصت بعد از مصاحبه، مکالمات ضبط شده، توسط پژوهشگر کلمه به کلمه روی کاغذ پیاده شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تجزیه و تحلیل مصاحبه های پیاده شده، از تحلیل تفسیری (Interpretational Analysis) استفاده شد. این تحلیل دارای مراحل زیر است: قسمت کردن بانک اطلاعاتی، ساخت طبقه ها، کدبندی قطعات، گروه بندی طبقه ها و نتیجه گیری (۱۱). قابل ذکر است که در این مطالعه، مراحل مختلف تحلیل تفسیری پس از هر مصاحبه انجام می شد و با مصاحبه بعدی اطلاعات جدید به موارد قبلی اضافه می شد. در اولین مرحله تحلیل تفسیری، قسمت کردن بانک اطلاعاتی (Segmenting Database)، تمامی داده ها به صورت یک بانک اطلاعاتی و ترجیحاً به صورت فایل الکترونیک نوشته می شود. سپس متن به قطعات معنی دار شکسته شده و هر قطعه یا قسمت، واحد معنی دار یا واحد تحلیل نیز نامیده می شود. در واقع هر یک از این واحدها بخشی از متن است که بتواند شامل یک مورد از اطلاعات قابل استفاده باشد (۱۱). در مطالعه حاضر، بعد از پیاده کردن متن مصاحبه، صحبت های پژوهشگر و مصاحبه شونده با رنگ های متفاوت نوشته می شد، تا به راحتی قابل افتراق باشند. ایده های جدید به رنگی دیگر ثبت می شد تا از گفته های اصلی مصاحبه شونده متمایز باشند. تمام واحدهای معنی دار استخراج شده در جدولی در فایل Word تایپ شد.

فعالیت‌های آموزشی	فرآیندهای یاددهی - یادگیری
	نقش آموزشی فراگیران درمانگاه
منبع یادگیری	فضای فیزیکی و تجهیزات
	کتاب‌ها
	بیماران
ارزشیابی	مدرسين
	کارورزان

طبقه اول : برنامه ریزی

اکثر مدرسین و کارورزان معتقد بودند که مدت زمان دو هفته ای حضور در درمانگاه برای آموزش های این دوره کافی نمی باشد. مدرس: «روزهای مفید درمانگاه عملاً دو هفته نیست، اگر پنج شنبه و جمعه و بقیه تعطیلی ها رو حساب کنیم، حداکثر ۹-۸ روز می شه...» یا «فرصت نیست که همه دانشجویها در جریان همه مریضا قرار بگیرن...».

بیشتر مدرسین بیان می کردند که با طولانی تر کردن ساعت های حضور در هر روز کاری هم به نتیجه نخواهیم رسید، چون فراگیران، هم می خواهند به کشیک هایشان برسند و هم اینکه بیشتر از این تحمل حضور در درمانگاه را ندارند: «بعد از ساعت ۱۱ دانشجویها دیگه هیچ کشتی برای بحث راجع به مریضا ندارن، می خوان هرچه زودتر برن...».

عدم وجود جلساتی برای هماهنگی مدرسین درمانگاه با یکدیگر و یا با مسئولان گروه درباره درمانگاه ها، عدم وجود شرح وظایف آموزشی برای مدرسین درمانگاه ها، فقدان برنامه مشخص برای نحوه آموزش (طرح درس)، از مواردی بود که توسط مدرسین درمانگاه مطرح شد. کارورزان نیز بیان داشتند که در برنامه ریزی برای فعالیت های درمانگاه فقط در زمینه اینکه چه مباحثی برای بحث یا کنفرانس مطالعه شود اظهار نظر می کردند، یکی از آنها ذکر کرد: «خودمون دوست نداشتیم در

مورد بررسی مجدد قرار گرفتند (مقایسه ی دائم یا Constant Comparison). اشباع تئوریک زمانی است که هیچ داده ای که مربوط به سیستم کدبندی و طبقه بندی برگزیده برای تحقیق باشد، به دست نمی آید و همچنین ساخت طبقه ی جدید برای توصیف پدیده ی مورد نظر ضروری به نظر نمی رسد، و در ضمن رابطه ی بین طبقه ها تثبیت شده هستند (۱۱). در دو مصاحبه ی آخر تقریباً هیچ موضوع جدیدی از طرف شرکت کنندگان مطرح نشد و همان موارد ذکر شده ی قبلی تکرار شدند. در این مرحله، پس از اینکه هیچ مورد جدیدی اضافه نشد، داده ها به حد اشباع رسیده و مصاحبه ی دیگری انجام نشد.

یافته‌ها

در مجموع ۱۴ نفر در مصاحبه ها شرکت کردند که ۶ نفر مرد و بقیه زن بودند. تجزیه و تحلیل مصاحبه های شرکت کنندگان در مطالعه، منجر به استخراج ۶ طبقه با ۲۱ زیرگروه شد. (جدول ۱)

جدول ۱: طبقات و زیر گروه های استخراج شده از

مصاحبه‌ها

طبقات	زیرگروه ها
برنامه‌ریزی	مدت زمان درمانگاه
	فعالیت های درمانگاهی مدرسین
	سایر فراگیران درمانگاه
	کلاس های تئوری
	سایر بخش های کودکان
	درمانگاه های مختلف
	شرح وظایف کارورزان
هیت علمی	انگیزش
	نگرش
	توانمندی
کارورزان	انگیزش
	نگرش
	پایه علمی
	مسئولیت

به جز ماهیت متفاوت درمانگاه ها به لحاظ نوع بیماران مراجعه کننده، نحوه ی آموزش مدرسین درمانگاه ها نیز کاملاً با یکدیگر متفاوت می باشد. و به اعتقاد کارورزان: «بین درمانگاه های مختلف از نظر آموزشی تفاوت های زیادی وجود دارد و بسته به شانس کارورز که در کدام درمانگاه باشد آموزش بهتر یا بدتری خواهد داشت...».

طبقه دوم: هیأت علمی درمانگاه

اکثر مدرسین عقیده داشتند دانشکده و مسئولان گروه، هیچ انگیزه ای برای آنها ایجاد نمی کنند، در مورد فعالیت های آنان بازخورد مثبت یا منفی نمی دهند، در آموزش های تئوری کارورزان، طرح سؤالات و برگزاری آزمون ها، هیچ نقشی برای آنها قایل نیستند و درکل آنها احساس می کردند که مورد توجه واقع نمی شوند. این عبارت که: «در طی این سال ها هیچ کس فیدبکی راجع به کار ما در درمانگاه نداده است»، «اگر هم ارزشیابی شوم فیدبکی درکار نیست» یا «در مورد آزمون های کتبی و آسکی (OSCE) هیچ اطلاعی هم به ما داده نمی شود» از مطالبی بود که توسط مدرسین درمانگاه ها عنوان شد. همچنین مشکلات مربوط به وضعیت استخدامی برخی از مدرسین درمانگاه ها، مشکلات مربوط به حق التدریسی بودن مدرسین درمانگاه، عدم شرکت در جلسات گروه، مشکل مرخصی آنها، نداشتن حکم به عنوان مسئول درمانگاه و نگرانی از احتمال عدم ادامه فعالیت با دانشگاه، از مواردی است که می تواند انگیزه آنها برای فعالیت بیشتر را کاهش دهد. «حمایت های مالی از مدرسین ناچیز است و تفاوت بین رشته های مختلف از نظر در آمدی خیلی زیاد می باشد، دانشگاه از مدرسین رشته هایی که درآمدزایی بیشتری دارند بیشتر حمایت می کند» یا سایر مدرسین ما را از نظر علمی پایین تر می دانند، نمونه هایی از این نگرانی ها را نشان می دهد.

اکثر مدرسین درمانگاه بیان داشتند که واقعاً علاقمند به شرکت در جلسات آموزشی برای یادگیری راهکارهای تدریس کارآمد می باشند، ولی در عمل هرگز چنین جلساتی برای آنها تدارک داده نشده است. ایشان بیان داشتند که توانمندی فعلی

مورد مباحث نظر بدیم، چون ما نمی دونستیم چی باید یاد بگیریم؛ مدرسا مسلماً بهتر می دونن...»

اکثر مدرسین عقیده داشتند که اطلاعات کارورزان حتی در مورد مطالبی که در کلاس های تئوری تدریس شده، بسیار کم است و اصلاً کاربردی نیست و آنها مجبورند خیلی از آن مباحث را دوباره تکرار کنند: «بارها در کلاس های تئوری راجع به یک موضوع بحث می کنن، اما اینکه بالاخره به چنین مرضی باید چه رویکردی داشت هیچی نمی دونن...». مدرسین همچنین اظهار می داشتند، نحوه آموزش در این کلاس ها در برخی موارد خیلی جزئی نگر است و مطالبی است که برای بازآموزی های فوق تخصصی مناسب تر از کارورزان می باشد.

اکثر مدرسین و کارورزان معتقد بودند که حضور در بخش های فوق تخصصی کودکان برای کارورزان اصلاً مفید نیست. مدرس: «کار کردن کارورزان در بخش های فوق تخصصی مثل NICU هیچ دیدی نسبت به بیماری های شایع و جنرال نمی دهد. کارورزانی که یک ماه در بخش نوزادان یا NICU بوده اند وقتی به درمانگاه می آیند، هنوز معاینه یک نوزاد را بلد نیستند».

اکثر کارورزان اطلاع درستی از شرح وظایفشان در درمانگاه نداشتند و حتی به موارد ذکر شده در Logbook هم توجه خاصی نمی کردند: «کلاً نمی دونیم از درمانگاه چی باید یاد بگیریم...»

برخی از مدرسین حضور سایر فراگیران و بویژه کارآموزان را در درمانگاه باعث کاهش کیفیت و کمیت آموزش به کارورزان می دانستند و برخی کارورزان هم اینطور فکر می کردند: «وجود کارآموزان باعث می شد روی جزئیات تأکید کنیم، در حالی که کارورزان تأکید بر روی بیماران ویزیت شده در کشیک و دوز داروها را لازم دارند».

اکثر کارورزان معتقد بودند نحوه و کیفیت آموزش در درمانگاه های مختلف با هم متفاوت می باشد. در واقع هر یک از این چهار درمانگاه نوع ویژه ای از یک مرکز سرپایی است.

شروع به یاد دادن می‌کنیم؛ چون خیلی چیزهای اولیه را هم بلد نیستن»، «ضعف اساسی کارورزان در مطرح کردن تشخیص و نسخه نوشتن، کارورزان، برخورد با علایم بیماری‌ها را بلد نیستن»، برخی مدرسین علت این پایه ضعیف را حضور در بخش‌های فوق تخصصی می‌دانستند.

اکثر کارورزان و مدرسین عقیده داشتند کارورزان در قبال بیماران خیلی احساس مسئولیت نمی‌کنند. کارورزان عنوان می‌کردند که «در واقع مسئولیتی که به کارورزان واگذار می‌شود متناسب با سطح ایشان نیست»، «در دانشجویی حداکثر چیزی که از ما می‌خواستن این بود که از مریض شرح حال بگیریم و معاینه کنیم، تشخیص نمی‌خواستن، به همان ترتیب در کارورزی تشخیص هم خواستن اما در مورد درمان هیچ وقت کار نکردیم» یا «در قبال مریض خیلی کم احساس مسئول بودن داشتیم، یعنی در حد کسی که به زودی فارغ التحصیل می‌شود مسئولیت بر عهده نداشتیم».

طبقه چهارم: فعالیت‌های آموزشی

در این طبقه، دو زیرگروه «فرآیندهای یاددهی - یادگیری» و «نقش آموزشی فراگیران درمانگاه» قرار دارند. کارورزان معتقد بودند که بسیاری از موارد ضروری و کاربردی برای طبابت به آنها آموزش داده نمی‌شود و اکثر مطالب غیرکاربردی می‌باشند. در کل، آموزش در مورد داروها (نسخه نویسی، دوز مصرفی، اشکال دارویی، عوارض جانبی، آموزش نحوه مصرف دارو به والدین و ارائه توصیه‌های لازم) خیلی کم صورت می‌گیرد.

یکی از مواردی که مدرسین به عنوان عامل محدود کننده‌ی آموزش در درمانگاه می‌دانستند، نیاز کارورزان به نظارت کامل توسط مدرسین بود، یعنی در واقع کارورزان به گونه‌ای نیستند که بتوان با کمک آنها بار کاری درمانگاه را کاهش داد و به آموزش بیشتر پرداخت؛ بلکه حضور آنها به دلیل ندانستن بسیاری از مسایل در ویزیت بیمار، باعث کندتر شدن سرعت کارها می‌شود: «نمی‌شه از اینترن‌ها بخوایم تنها مریض ببینن "هنوز نمی‌تونن مریض رو درست معاینه کنن" به نتایج معاینه

آنها در اداره جلسات آموزشی درمانگاه، بر اساس سلیقه و نظر شخصی خودشان و یا تجربیاتی است که در طی این سال‌ها به دست آورده‌اند.

طبقه سوم: کارورزان

موارد متعددی که از نظر کارورزان و مدرسین باعث بی‌انگیزگی در کارورزان شده عبارت از «تمایل به ادامه تحصیل در رشته‌هایی غیر از کودکان، عدم استفاده از روش‌های تشویقی برای کارورزان فعال و نگاه یکسان به کارورزان فعال و غیر فعال، استفاده از کارورز جهت انجام کارهای نه چندان مهم، درخواست از کارورزان برای انجام کارهایی که وظیفه ایشان نیست یا در شأن آنها نمی‌باشد، ندادن مسئولیت به کارورزان، نداشتن آینده روشن مادی و معنوی، مشکلات مالی و انجام اضافه کاری برای حل آنها، وجود آزمون‌هایی مثل دستیاری که انگیزه اصلی درس خواندن کارورزان موفقیت در این آزمون‌هاست نه توانمند شدن بعنوان یک پزشک عمومی» بود.

مدرسین معتقد بودند بسیاری از کارورزان نگرش درستی نسبت به درمانگاه ندارند و در واقع آن را جدی نمی‌گیرند «کارورزان فکر می‌کنند درمانگاه زمان استراحت است یا زمانی برای کار بر روی پایان‌نامه» و دلایل متعددی را از جمله عدم نظرخواهی از کارورزان برای وضعیت آموزش در درمانگاه‌ها و عدم نقش مدرسین درمانگاه‌ها در آزمون‌های دوره کودکان را از علل این مشکل مطرح کردند.

یکی از مواردی که اکثر مدرسین به آن اشاره داشتند، موضوع ضعیف بودن پایه علمی کارورزان برای کار در محیط سرپایی بود. مدرسین بیان می‌داشتند کارورزان در بدو ورود به درمانگاه در بسیاری از موارد باید توانمند باشند، در حالی که آنها آنقدر توانایی ندارند که بتوانند از مدت کوتاه درمانگاه جهت پیدا کردن مهارت در وظایف اساسی بهره‌برند. برای مثال آنها در اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی و تشخیص بسیاری از بیماری‌های مهم و شایع که قبلاً تدریس شده، اشکالات زیادی دارند: «ما در درمانگاه از ابتدایی‌ترین موارد

بود. اکثر آنها بیان داشتند که نمی دانند ارزشیابی می شوند یا نه و حتی اگر ارزشیابی می شدند هم هیچ بازخوردی دریافت نمی کردند: «تنها راهی که می توانم فیدبک بگیرم اینه که در روز آخر درمانگاه از دانشجویها بخوام نظراتشون رو بگن». از آنجایی که برگه های ارزشیابی فقط توسط دستیار تکمیل می گردد، در درمانگاه هایی که دستیار ندارد هیچ برگه ارزشیابی توسط سایر فراگیران تکمیل نمی شود.

در زمینه ارزشیابی کارورزان، عدم وجود یک سیستم دقیق ارزشیابی، در پایان دوره از چالش های اساسی مدرسین و کارورزان می باشد. در واقع مدرسین خودشان هم نمی دانند دقیقاً چه چیزی را باید ارزشیابی کنند. گزینه های مطرح شده در برگه ارزشیابی به قدر کافی گویا نیست و راهنمای مناسبی برای نمره دهی نمی باشد.

بحث و نتیجه گیری

برای حداکثر بهره وری از محیط های آموزشی توجه به چالش هایی که مدرس و فراگیر در محیط آموزشی با آن مواجهند، بسیار کمک کننده می باشد. نتایج این مطالعه در مورد مدت زمان حضور در درمانگاه با نتایج مطالعه مهرمنش در سال ۱۳۷۸ متفاوت می باشد. در مطالعه ذکر شده مدت زمان حضور در درمانگاه های آموزشی نمره ای در حد نزدیک به قابل قبول به دست آورده، بیشترین امتیاز در این حیطه مربوط به درمانگاه های کودکان بوده، که علت آن گذراندن یک دوم طول دوره کودکان در درمانگاه ها ذکر شده است. در حالیکه مطالعه ای دیگر در شیراز یکی از علل عمده ضعف سیستم آموزش سرپایی را، ناکافی بودن مدت زمان موجود برای آموزش می دانست (۱۰).

در مطالعه ی حاضر، مدرسین و کارورزان هر دو به کم بودن مدت حضور در درمانگاه کودکان اشاره کرده اند و در حالیکه یک سوم کل دوره کارورزی کودکان را در درمانگاه می گذرانند، تمایل داشتند به جای حضور در بخش های فوق

اونها نمی شه اعتماد کرد» گوشه ای از این دیدگاه را نشان می دهد.

عدم تمایل کارورزان به پویایی و فعالیت در درمانگاه از مواردی بود که مدرسین از آن بعنوان نکات منفی ذکر کردند: مانند «کارورزان به درمانگاه با بحث تئوری زیاد، تمایل بیشتری دارند "تمایل کارورزان به نسخه نویسی کمه" کارورزان در درمانگاه فعالیت خاصی انجام نمی دن».

طبقه پنجم: منابع یادگیری

این طبقه شامل زیرگروه های فضای فیزیکی و تجهیزات، بیماران و کتاب می باشد. مشکلاتی که در زمینه فضای فیزیکی درمانگاه ها از مصاحبه ها استخراج شد عبارت از کم بودن فضای فیزیکی به ویژه نبودن فضاهای مجزا برای معاینه توسط فراگیران، کمبود برخی تجهیزات معمولی مثل فشارسنج سالم، بعد زیاد مسافت نسبت به محل کشیک، فقدان سیستم مناسب و کارآمد ثبت بیماران بود. اگرچه برخی درمانگاه ها مشکلاتی در مورد فضای فیزیکی نداشتند.

برخی مدرسین اشاره داشتند که اکثر بیماران ترجیح می دهند به مراکز خصوصی و یا غیرآموزشی مراجعه کنند. در این زمینه دلایل متعددی را از جمله تمایل به ویزیت مستقیم توسط مدرس، پرداخت پول در درمانگاه های آموزشی و معاینه شدن توسط افراد مختلف ذکر کردند.

یکی از مشکلاتی که در مورد آموزش بالینی به ویژه آموزش در مراکز سرپایی مطرح شد، نبود منابع آموزشی مناسبی است که به جای توضیح درباره بیماری ها، مباحث بر اساس رویکرد به بیماران با شکایات بالینی مختلف آورده شده باشد. برای مثال، کارورزان علاوه بر دانستن بیماری هایی مثل عفونت گوش میانی نیازمند دانستن نحوه رویکرد به بیماری هستند که با علامت هایی مثل تب یا درد گوش مراجعه می کند.

طبقه ششم: ارزشیابی

عدم وجود سیستم درست ارزشیابی و ارائه بازخورد به مدرسین درمانگاه یکی از اشکالات ذکر شده توسط مدرسین

توان از کارورزان انتظار داشت در شرایط نامساوی آموزش ببینند و به طور یکسان مورد ارزشیابی قرار گیرند.

در طی مصاحبه ها، راه های متعددی برای افزایش انگیزه اعضای هیأت علمی برای فعالیت در درمانگاه بیان شد که باید از طرف مسئولان مورد توجه قرار گیرد. حمایت های معنوی در درجه اول و سپس حمایت هایی که در زمینه وضعیت استخدامی آنان است از این موارد می باشد. در تاریخچه تدریس در محیط های سرپایی ذکر شده است که یکی از چالش های اواسط قرن بیستم در این مورد، دیدگاه نادرست نسبت به مدرسین درمانگاه و محیط درمانگاهی بوده است. در آن زمان، محیط های سرپایی نسبت به بخش ها همواره در درجه دوم اهمیت قرار داشتند (۱۳). در کل، این تفکر تا حدی در اینجا هم وجود دارد که مدرسین درمانگاه ها احساس می نمایند مدرسین دیگر آنها را از سطح علمی و توانمندی کمتری می دانند. این تفکر منفی با دخالت دادن مدرسین درمانگاه ها در برنامه ریزی تدریس و ارزشیابی درمانگاه ها و همچنین با حضور یافتن آنها در جلسات دوره ای با مسئولان گروه می تواند به تدریج تعدیل شود.

اینکه مدرسین درمانگاه تا چه اندازه در تدریس درمانگاهی توانمندی دارند و آیا نیازی به آموزش های بیشتر در این زمینه دارند یا نه؟، از موارد فراموش شده در طی این سال ها بوده است. مدرسین در مصاحبه ها بیان داشتند آنچه در تدریس درمانگاهی اجرا می کنند بر اساس سلیقه و تجربه ی خودشان و بازخوردی است که گاه از کارورزان دریافت می کنند. آنها علاقمند به شرکت در جلسات آموزشی برای ارتقای توانمندی در تدریس می باشند و از هر گونه جلسه ی آموزشی در این زمینه استقبال می کنند. یکی از چالش ها، در زمینه ی فرآیندهای آموزشی درمانگاه ها، نحوه آموزش و محتوای آموزشی بوده است. روش آموزش به صورت کنفرانس، یک روش آموزش سنتی در اکثر درمانگاه هاست که از قبل معمول بوده و هنوز هم اجرا می شود. در کارگاه کشوری آموزش بالینی یکی از اشتباهات شایع در مورد فرآیندهای یاددهی -

تخصصی، در درمانگاه ها یا بخش های عمومی کودکان حضور داشته باشند.

عدم اطلاع از اینکه دقیقاً در درمانگاه ها چه چیزی باید آموزش داده شود، چگونه آموزش داده شود و چگونه ارزشیابی شود و همچنین برنامه ریزی دقیق برای کلاس های تئوری، از مواردی هستند که نیاز به بررسی جدی دارند.

یکی از چالش های اساسی مدرسین و کارورزان، حضور در بخش های فوق تخصصی و انجام کارهایی بود که در آینده کمتر با آن مواجهند. در مطالعه ای مشابه در تبریز، ۷۳٪ کارورزان تاکید بیشتر بر مسایل تخصصی و فوق تخصصی در آموزش بالینی را از اشکالات آموزش دوره کارورزی ذکر کرده بودند (۱۲). البته مدتی کوتاه پس از اتمام مصاحبه ها و در حالیکه کارورزان هنوز از حضور در این بخش ها شاک می بودند، دوره NICU از برنامه کارورزان حذف شد. بهتر است در مورد سایر بخش های فوق تخصصی هم موارد ضروری یادگیری مشخص شود و فعالیت کارورزان در این بخش ها بر اساس آنها تنظیم شود.

علی رغم اینکه اولین و مهمترین قسمت هر برنامه ی آموزشی، مشخص نمودن اهداف و انتظارات از فراگیران است، هیچ کدام از کارورزان اطلاعی در مورد وظایف خود در درمانگاه نداشتند و اصولاً این موضوع توسط هیچ یک از مسئولان یا مدرسین درمانگاه ها جدی گرفته نمی شد. در مطالعه ای مشابه در تبریز هم، اکثر کارورزان از شرح وظایف و اهداف آموزشی خود بی اطلاع بودند (۱۲). ذکر این نکته که آزمون پایان دوره در چارچوب این وظایف قرار دارد می تواند انگیزه کافی برای توجه به این مورد ایجاد کند. به علاوه حضور همزمان کارآموزان و کارورزان و وجود تفاوت در نیازهای آموزشی فراگیران مختلف در فرصت کوتاه درمانگاه مسأله ای است که در برنامه ریزی برای فعالیت های درمانگاه باید مورد توجه قرار گیرد. به علاوه یکسان بودن محتوای آموزش به کارورزان از اهمیت زیادی برخوردار می باشد، نمی

عدم توانمندی کارورزان در اخذ شرح حال و انجام معاینه فیزیکی یا در واقع مهارت هایی که از سال سوم دوره ی عمومی به آنها آموزش داده می شود، نیاز به تأمل دارد. ریشه ی این مشکلات می تواند شامل آموزش ناکارآمد، عدم تکرار و تمرین توسط فراگیران، و یا هم تکرار اشتباهات در ویزیت های متعدد بدون دریافت بازخورد برای اصلاح آنها باشد. آموزش هدفمند معاینه و شرح حال در ابتدای هر دوره بالینی و سپس نظارت کافی بر فراگیران برای اجرای درست آنها و ارائه بازخورد، در مورد اشتباهات مسأله ای است که باید بیشتر مورد توجه قرار داده شود.

یکی از مهمترین راهکارها در رفع بسیاری از چالش های مطرح شده، واگذاری مسئولیت به کارورزان است. وقتی کارورزان خود را در قبال بیماران مسئول بدانند و در صورت قصور در این مسئولیت مورد بازخواست قرار گیرند، نقش خود در سیستم درمانی را مهمتر قلمداد نموده، با انگیزه بیشتری درصدد آموزش خود بر می آیند. البته باید در نظر داشت حدود مسئولیت کارورزان باید بر طبق آنچه آموخته اند باشد و نه فراتر از آن و باید این مسئولیت ها به طور دقیق مشخص شود (۱۲).

یکی از مواردی که از مصاحبه ها استخراج شد نقش بسیار کم رنگ دستیاران در آموزش کارورزان در درمانگاه بود. به همین ترتیب کارورزان هم نقشی در آموزش کارآموزان ندارند. در حالیکه آموزش به سایرین می تواند در یادگیری خود افراد تأثیر داشته باشد. یکی از مشکلات استفاده از دستیاران برای آموزش، توانمندی و تجربه کم آنها در این زمینه می باشد. البته در مطالعه ای در اصفهان (۱۳)، بیشترین امتیاز در زمینه آموزش دستیاران به کارورزان در بین گروه های آموزشی مختلف، مربوط به درمانگاه کودکان بوده است.

یکی از وظایف مدرسین و مسئولان دانشگاه، تأمین منابع مناسب آموزشی می باشد. تهیه یک راهنمای مطالعه (Study Guide)، که بر اساس علائم بیماران یا به عبارتی به صورت

یادگیری در درمانگاه، عنوان شد که اکثر موارد، مدرس و فراگیران تمایل دارند بیماران را سریع تر ویزیت کنند و بعد یکی از آنها را نگه دارند و در موردش بحث کنند (۱۴، ۱۵)، در حالیکه راه درست این است که با هر بیمار یک نکته آموزش داده شود. راهبردهای متعددی که در مطالعات مختلف به آنها اشاره شده می تواند برای بهبود نحوه ی آموزش در درمانگاه مورد استفاده قرار گیرد.

برخی از این روش ها عبارت از: مدل SNAPPS^۲، مدل معلم یک دقیقه ای و استفاده از ریزمهارت ها می باشد، که می توان طی کارگاه های آموزشی متعدد به مدرسین یاد داده شود. ایجاد انگیزه در کارورزان از موارد مهمی است که باید مورد توجه واقع شود. خیلی از فراگیران بی انگیزه، با رفتار و منش مدرس به یادگیری علاقمند شده اند. در واقع بخش اعظمی از انگیزش فراگیران می تواند با یک سیستم آموزشی درست و برنامه ریزی دقیق و آموزش کارآمد ایجاد شود.

بنا به نظر مدرسین، بسیاری از کارورزان دلیلی برای یادگیری در درمانگاه نمی بینند. خیلی از آنها با هدف رفتن به دوره دستیاری در رشته هایی مثل چشم، پاتولوژی و... نیازی به یادگیری در درمانگاه کودکان احساس نمی کنند. از آنجا که جدی تلقی نکردن هر موضوع یا دوره، یکی از بزرگترین موانع یادگیری است، این مسأله باید بیشتر مورد توجه واقع شود. در نظر گرفتن ضریب های مناسب برای دروس مختلف در آزمون دستیاری یکی از مواردی است که می تواند مورد توجه مسئولان قرار گیرد.

یکی از اصلی ترین و ابتدایی ترین وظایف پزشک عمومی، به دست آوردن یک شرح حال دقیق و جامع و البته متمرکز بر مشکل بیمار در فرصت کوتاه درمانگاه و سپس انجام یک معاینه درست برای تشخیص نشانه های بیماری است. دلیل

2 S: Summarise the case

N: Narrow the differential diagnosis

A: Analyse the differential diagnosis

P: Probe the teacher about areas of uncertainty

P: Plan management

S: Select an issue for self directed learning

نتایج حاصل از این مطالعه، چالش‌های متعددی را در زمینه‌ی آموزش درمانگاهی کارورزان در گروه کودکان مشخص نمود. توجه به این اشکالات و نیز راهکارهایی که توسط افراد مختلف پیشنهاد شده، می‌تواند کمک شایانی به بهبود کیفیت آموزشی درمانگاه‌ها نماید. این طور به نظر می‌رسد مشکلات مطرح شده، هر یک به نوعی با عدم برنامه‌ریزی و توجیه نبودن مدرسین و کارورزان مرتبط می‌باشد.

سپاسگزاری

از مدرسین محترم گروه کودکان و کارورزان محترمی که در مصاحبه‌ها صمیمانه همکاری نمودند، بسیار سپاسگزاریم.

رویکرد به بیماران مختلف نوشته شده باشد، یک راهکار مناسب در زمان عدم وجود کتاب‌های رویکردی است. محور اصلی درمانگاه‌های آموزشی، مراجعه تعداد مناسب بیماران با طیف وسیعی از شکایات مختلف است. یافتن راهکارهایی که بیماران را تشویق به مراجعه به مراکز آموزشی کند، جهت تأمین این منابع آموزشی مهم، ضروری به نظر می‌رسد. این راهکارها لزوماً هزینه‌بر و پرخارج نیستند، بلکه نیاز به خلاقیت و انگیزه دارند، تا شرایط را برای افزایش تمایل بیماران به این درمانگاه‌ها مهیا نمایند. آموزش مهارت‌های ارتباط متقابل به فراگیران و پرسنل برای مواجهه‌ی بهتر با مراجعان می‌تواند نمونه‌ای از این راهکارها باشد.

Reference

1. Spencer J. ABC of learning and teaching in medicine: Learning and teaching in the clinical environment. *BMJ* 2003; 326: 591-4.
2. Sparke C, Cantillon P, Metcalf J, Spencer J. Teaching in an ambulatory care setting. *BMJ* 2008; 337: 690-2.
3. Zubair A. Basics in medical education. Singapore: World Scientific; 2003.
4. Irby DM. Teaching and learning in ambulatory care settings: A thematic review of the literature. *Acad Med* 1995; 70 (10): 898-931.
5. Bagheri lankarani K. Preface of ambulatory medicine Articles, 1st, congress of Ambulatory Medicine. Shiraz, Iran 1998. [In Persian]
6. Najafi MR, Garak Yaraghi M, Farzanfar E, Mostafavizadeh SK, Avizhgan M. Assessment of quality of teaching, clerkships' opinion. 8th Congress of Medical Education. Kerman: University of Medical Sciences; 2007: 171. [In Persian]
7. Najafi MR, Farzanfar E, Sanei H, Salehi M, Ebrahimi A. [Interns' viewpoints regardy ambulatory teaching.] *Medical Education*. Kerman: University of Medical Sciences; 2007: 92. [In Persian]
8. Amini M, Ghanavatipoor, Omidvari. [KAP survey regard. The most common disease, Jahrom.] *Medical Education*. Kerman: University of Medical Sciences; 2007: 98. [In Persian]
9. Amini M, Sadeghi Hasanabadi A, Karimi A. [KAP survey regard. The most common disease, Shiraz.] 4th Congress of Medical Education. Tehran: University of Medical Sciences; 2000: [In Persian]
10. Shaban Yamchi N. [Attitude of Gps' about ambulatory. clinics.] 9th Congress of Medical Education. Yazd: University of Medical Sciences; 2008: [In Persian]
11. Ansari M, Yoosefi A, Yamani N, Yarmohammadian MH. [Introduction to qualitative research: theortijatiu in heahth.] Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2008. [In Persian]
12. Alizadeh M, Sayyahmeli M. [Opinion medical interns in Tabriz Medical School clinical education problems and solutions to solve them]. 7th Congress of Medical Education. Tabriz: University of Medical Sciences; 2006: 167. [In Persian]
13. Barzansky B. Beyond Flexner: Medical education in twentieth century. New York: Greenwood press. 1992.

14. Medical Education Development center, Ministry of Health and Medical Education, press. Tehran 2007. [In Persian]

Educational Challenges in Ambulatory Pediatrics Teaching Programs Based on the Experiences of Interns and Attends: a Qualitative Study

Behzad Shams¹, Sepideh Jamshidian^{2}, Tahereh Changiz³*

1. Specialist in pediatrics, Associate Professor of pediatrics Dept., Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2. General practitioner, M.Sc. in Medical Education, Medical Educational Development Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3. Ph.D. In Pharmacology, M.Sc. in Medical Education, Associate Professor of Medical Education Dept., Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

• **Received:** 2 March, 2010

• **Accepted:** 24 June, 2010

Background & Objective: Attention to the challenges that trainers and trainees may face during educational programs is very beneficial for achieving maximum efficiency in educational settings. This study was conducted to identify the challenges experienced by interns and attends during ambulatory pediatrics teaching programs in Isfahan University of Medical Sciences.

Methods: This qualitative study was a small part of the evaluation of ambulatory pediatrics teaching program based on CIPP model. Seven attends and seven interns were selected through purposeful sampling and interviewed using semi-structured interviews in the summer and fall of 2009.

Results: Interpretational analysis of interviews resulted in 6 categories named planning, faculty members, interns, instructional activities, learning resources and evaluation and 21 subcategories. The suggestions given by participants for some challenges were considered too.

Conclusion: Attention to the aforementioned challenges and suggestions can be very beneficial in solving the present challenges.

Key words: Medical interns, Ambulatory teaching, qualitative study

***Correspondence:** Medical. Education. Development Center., Isfahan University of Medical sciences, Hezar-Jarib. St., Isfahan, Iran.

• **Tel:**0311-7922975

• **Fax:**0311-6688323

• **Email:** Sepidehjamshidian@gmail.com