Research in Medical Education. 2023:15 (1); 25-38 Journal Homepage: http://rme.gums.ac.ir

The Accreditation of the Family Medicine Residency Training Programme in Universities of Medical Sciences(UMS) of Iran

Heidarzadeh A[1], Mohseni F[1], Khoshrang H[1], Ghorbandoost R[2], Javanak M[1], Dadgaran N[1], Taheri M[1], Pourvakhshori N[1], Dadgaran I[1]*, Fallah Bousari S[1]

1. Medical Education Research Center, Education Development Center. Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
2. Educational Management Department, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Article Info

Article Type:
Research Article

Article History:
Received: 2022/12/13
Accepted: 2023/04/26

Key words:
Accreditation
Evaluation
Medical Education
Family Medicine
Residency

***Corresponding author:**
Dadgaran I, Medical Education Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
i.dadgaran@gmail.com

©2023Guilan University of Medical Sciences

ABSTRACT

Introduction: Family medicine expertise as one of the most important policies have been proposed in the field of education and health system in the last decade.The aim of this study is the accreditation of the family physician residency in medical sciences universities in Iran.

Method: This is an accreditation and evaluation study that was implemented by the General Medical Council Secretariat of the Ministry of Health and Medical Education (MOHME) in collaboration with the Medical Education Research Center of Guilan University of Medical Sciences and the World Health Organization. The implementation process of this project was in two stages of internal evaluation and external evaluation in 12 universities of medical sciences of the country that were training the specialized course of family medicine and the sampling method was based on the entire research community. The family medicine specialty standards questionnaire designed by WONCA (2013 and 2016 editions) was used for internal evaluation. The translation and localization of the said questionnaire was done using the Backward- Forward method. After translation, the questionnaire was provided to the universities through the correspondence of the secretariat of the General Medical Council with 12 universities of the country. At the beginning of the internal evaluation, the self- evaluation forms were sent to universities.
After the internal evaluation by the universities, an external evaluation was conducted. Then the members of the scientific committee determined the external evaluators to monitor the activities of the twelve universities. Data were analyzed in two quantitative and qualitative methods through SPSS. The information obtained from documents and interviews was analyzed qualitatively. In order to match the results of internal and external evaluation as well as the compatibility of documents with reports, a comparative evaluation was done by external evaluators and the research team.

Results: According to the results of the internal and external evaluations and the opinions of the evaluators, the final decision regarding the accreditation of the specialized family medicine residency by universities was issued by the research team. Based on this decision, 2 universities of medical sciences partially approved the program (3 years); 3 University of Medical Sciences partial approval of the program (2 years); 2 University of Medical Sciences partial approval of the program (1 year); And 1 University of Medical Sciences received conditional approval of the program (6 months) and 4 Universities of Medical Sciences received non- approval.

Conclusion: The results of this study are a guide to promote the strengths and eliminate the weaknesses in the implementation of the existing program for universities of medical sciences and a source for decision-making at the macro level and the Ministry of Health, Treatment and Medical Education to grant permission to continue the work, and the activity of the universities is to train the specialized course of family medicine.

How to Cite This Article: *Heidarzadeh A, Mohseni F,Khoshrang H,Ghorbandoost R,Javanak M,Dadgaran N, Taheri M, Pourvakhshori N, Dadgaran I, Fallah bousari S. The Accreditation of the Family Medicine Residency Training Programme in Universities of Medical Sciences(UMS) of Iran RME.2023; 15 (1): 25-38.*

اعتباربخشی دوره تخصصی دستیاری پزشکی خانواده دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران

آبتین حیدرزاده[۱]، فرزاد محسنی[۱]، حسین خوشرنگ[۱]، راضیه قرباندوست[۲]، ماندانا جوانک[۱]، نفیسه السادات دادگران[۱]، ماهدخت طاهری[۱]، نگار پوروخشوری[۱]، ایده دادگران[۱]، صدیقه فلاح بوساری[۱]

۱. مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۲. گروه مدیریت آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:
مقاله پژوهشی

تاریخچه:
تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۲۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۰۶

کلیدواژه‌ها:
اعتباربخشی
ارزشیابی
آموزش پزشکی
پزشکی خانواده
دستیاری

نویسنده مسئول:
ایده دادگران، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
i.dadgaran@gmail.com

چکیده

مقدمه: تخصص پزشکی خانواده به‌عنوان یکی از مهم‌ترین سیاست‌گذاری‌هایی است که در دهه‌ی اخیر در عرصه نظام آموزش و سلامت مطرح شده است، از طرفی دیگر اعتباربخشی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین روش‌های تضمین و ارتقای کیفیت آموزش پزشکی، وسیله‌ای بسیار مناسب برای تضمین ارائه آموزش صحیح به دستیاران در مقاطع مختلف تحصیلی علوم پزشکی و در نهایت، ارائه خدمات مناسب به جامعه محسوب می‌شود. بدین جهت، هدف از پژوهش حاضر، اعتباربخشی دوره دستیاری پزشک خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور می‌باشد.

روش‌ها: این مطالعه اعتباربخشی از نوع ارزشیابی است که توسط دبیرخانه شورای پزشکی عمومی وزارت با همکاری مرکز تحقیقات آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و سازمان جهانی بهداشت اجرا شد. این پروژه در دو مرحله ارزیابی درونی و ارزیابی بیرونی در ۱۲ دانشگاه علوم پزشکی کشور تربیت‌کننده دوره تخصصی پزشکی خانواده انجام گرفت. روش نمونه‌گیری مبتنی‌بر کل جامعه پژوهش (شامل ۱۲ دانشگاه علوم پزشکی کشور) بود. به‌منظور ارزیابی درونی از پرسشنامه استانداردهای تخصص پزشکی خانواده که توسط WONCA طراحی شده، استفاده شد. ترجمه و بومی‌سازی پرسشنامه به روش ترجمه و بازترجمه انجام شد. پس از ترجمه، از طریق مکاتبه دبیرخانه شورای پزشکی عمومی با ۱۲ دانشگاه کشور در اختیار آنان قرار گرفت. در ابتدای ارزیابی درونی، فرم‌های مربوطه به دانشگاه‌ها ارسال و پس از انجام ارزیابی درونی، ارزیابی بیرونی آغاز و ارزیابان جهت پایش، فعالیت‌های ۱۲ دانشگاه را تعیین نمودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به دو روش کمی و کیفی انجام شد. کلیه داده‌های حاصل از ارزیابی درونی و بیرونی مرتبط با جداول TLR استانداردهای الزامی و ترجیحی به تفکیک هر دانشگاه از طریق نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. اطلاعات حاصل از مستندات و مصاحبه‌ها به‌صورت کیفی مورد بررسی قرار گرفت. جهت انطباق نتایج ارزیابی درونی و بیرونی و نیز انطباق مستندات با گزارشات، ارزیابی تطبیقی توسط ارزیابان بیرونی و تیم تحقیق صورت گرفت.

یافته‌ها: با توجه به نتایج ارزیابی‌های درونی و بیرونی و نظرات ارزیابان، رای نهایی درخصوص اعتباربخشی دوره تخصصی پزشکی خانواده به تفکیک دانشگاه‌ها توسط تیم تحقیق صادر گردید. براساس این تصمیم‌گیری ۲ دانشگاه علوم پزشکی تایید نسبی برنامه (۳ ساله)؛ ۳ دانشگاه تایید نسبی برنامه (۲ ساله)؛ ۲ دانشگاه تایید نسبی برنامه (۱ ساله)؛ و ۱ دانشگاه تایید مشروط برنامه (۶ ماهه) و ۴ دانشگاه عدم تایید صلاحیت را دریافت نمودند.

نتیجه‌گیری: نتایج اعتباربخشی این مطالعه به منزله راهنمایی جهت تقویت نقاط قوت و برطرف نمودن نقاط ضعف در اجرای برنامه موجود جهت دانشگاه‌های علوم پزشکی و منبعی جهت تصمیم‌گیری در سطح کلان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت اعطاء مجوز ادامه کار و فعالیت دانشگاه‌ها برای تربیت دوره تخصصی پزشکی خانواده است.

مقدمه

با در نظر داشتن تغییرات الگوی جمعیّتی در کشور، نظام سلامت فعلی نیاز به بازنگری و اصلاحات کلی دارد. مردم ترجیح می‌دهند حتی در تماس اول (First Contact) مشکلات خود را با متخصصین در میان بگذارند و پزشک خانواده این امکان را برای آنان فراهم می‌آورد (۱). در پزشکی خانواده، سلامت‌نگری محور فعالیت‌های پزشک محسوب می‌گردد (۲).

بیمارانی که به پزشک خانواده مراجعه می‌کنند هزینه‌ی کل کم‌تری برای مراقبت‌های بهداشتی درمانی دارند به‌طوری‌که تداوم ارائه‌ی خدمات پزشکی خانواده یکی از مهم‌ترین شاخص‌ها در ارتباط با هزینه‌ی کل مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است (۳). نظام‌های سلامت، متشکل از دو بخش نظام سلامت عمومی و نظام مراقبت سلامت می‌باشند. بخش اول بر زیر ساخت‌های اقتصادی و اجتماعی و سبک زندگی و مقوله‌های مرتبط با آن تاکید دارد درحالی‌که نظام مراقبت سلامت مشتمل بر سازمان‌ها، نهادها و افراد ارائه‌دهنده خدمات سلامت دولتی و خصوصی می‌گردد (۴). اصلاح نظام سلامت، در دهه‌های گذشته موضوع مورد علاقه همه کشورهای جهان، به‌ویژه کشورهای در حال توسعه بوده است. محتوای این اصلاحات به‌خصوص درکشورهای در حال توسعه باید گذشته از برقراری عدالت و افزودن به کارایی و اثربخشی خدمات، تغییر در روش‌های تامین مالی و عدم تمرکز را به‌عنوان شاخص تغییر در اصلاح ساختار و عملکرد مدیریت مضمون کار خویش قرار دهد (۲).

جهت دستیابی به این مهم، تربیت افراد متخصص در زمینه پزشکی خانواده ضروری است. روش کار و تاکید بر ارزش‌های مرتبط با رشته پزشکی خانواده به زمان بقراط برمی‌گردد ولی شکل فعلی این رشته که در جهان شناخته می‌شود در سال ۱۸۰۰ میلادی شکل گرفته و بعد از جنگ جهانی دوم بخاطر مسایلی از قبیل رشد جمعیت، بالا رفتن میانگین سنی جمعیت، هزینه‌های بالای نظام سلامت، پیشرفت در درمان بیماری‌ها، محدویت مالی نظام سلامت، طرح موضوع ارتقای عدالت اجتماعی در نظام سلامت و توسعه بخشیدن به بخش (Primary Care) با استقبال وسیعی روبرو شده است. از دهه ۱۹۵۰ میلادی اولین انجمن‌های علمی این رشته در کشورهای غربی تاسیس شد (۱).

در اوایل کار نظام پزشکی خانواده در اکثر کشورهای پیشرفته از پزشکان عمومی تشکیل شده بود. ولیکن در طول زمان با بوجود آمدن رشته‌های مختلف تخصصی و فوق تخصصی بالینی لزوم تاسیس بورد تخصصی رشته پزشکی خانواده احساس شد. در حال حاضر کشورهای آمریکا- ۱۹۶۹، دانمارک- ۱۹۷۷، اتحادیه اروپا- ۱۹۹۴، استرالیا- ۱۹۹۵، هند- ۱۹۹۶ دارای رشته تخصصی پزشکی خانواده با یک دوره آموزشی بین سه تا پنج سال می‌باشند. با تاسیس سیستم تخصصی پزشکی خانواده در جهت ارتقای پزشکان عمومی به متخصصین پزشکی خانواده تکاملی چشم‌گیر پدید آمد (۵).

تاسیس رشته تخصصی پزشکی خانواده، پیش از انقلاب اسلامی ایران در دانشگاه شیراز مطرح شد ولی به دلایلی این رشته در کشور ریشه نگرفت. در طول زمان، به‌تدریج نیاز به تاسیس رشته پزشکی خانواده در کشور مطرح شد از سال ۱۳۸۹ در وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی، راه‌اندازی این دوره در دستور کار قرار گرفت (۱). برای این منظور، رشته پزشک خانواده برای اولین بار با همکاری دانشکده‌های پزشکی و مجازی دانشگاه علوم پزشکی تهران راه‌اندازی شد (۵). تا سال ۱۴۰۰، ۱۲ دانشگاه علوم پزشکی کشور پزشکان متخصص پزشکی خانواده را تربیت نمودند.

رویکرد رشته تخصصی پزشک خانواده، تربیت پزشکانی سلامت‌نگر، جامع‌نگر، جامعه‌نگر، پاسخ‌گو و با نگاه جامع به طب می‌باشد. متخصص این رشته به انسان در تمام ابعاد اعم از ابعاد جسمی، روانی، معنوی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی می‌نگرد و خدمات خود را در جنبه‌های درمانی، حفاظت‌کننده، پیشگیری‌کننده و ارتقاءدهنده‌ی سلامت به آحاد جامعه ارائه می‌کند. تحقیقات نشان می‌دهد که سطح سلامت فرد و خانواده‌های تحت پوشش پزشک خانواده از سطح سلامت گروه مشابه که تحت پوشش نمی‌باشند با صرف هزینه کم‌تر، بالاتر است و خدمات حرفه‌ای این متخصصین باعث افزایش کیفیت و اثربخشی خدمات، افزایش رضایت‌مندی آحاد جامعه، کاهش هزینه‌ها و افزایش دستیابی به عدالت اجتماعی شود. در دنیا سال‌ها است که برای تربیت نیرویی با توانمندی‌های متعدد برنامه‌ریزی و تجربه شده است. با تغییرات الگوی جمعیتی که در کشور رخ داده، موقع آن فرا رسیده است که برای پاسخ‌گویی بهتر به نیازهای بهداشتی درمانی مردم به این سمت گام برداشته شود (۶).

با توجه به اهمیت سلامت افراد خانواده و جامعه و لزوم تربیت پزشکان متخصص و تاکید اسناد بالادستی بر بهبود کیفیت آموزشی دانشگاه‌ها، ضروری است که اطمینان از وجود حداقل کیفیت در قالب الگویی تجربه شده و شناخته شده در جهان دنبال گردد. اعتباربخشی (Accreditation) یک الگوی ارزشیابی آموزش عالی در دو حوزه موسسه و برنامه است که در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه برای حفظ و ارتقای کیفیت آموزش عالی مورد استفاده قرار می‌گیرد. محور این الگو، تدوین استانداردهایی است که مورد قبول عام و قابل به‌کارگیری در دانشگاه‌ها باشد. اعتباربخشی دانشگاهی، جایگاه ویژه‌ای در فرآیند اطمینان از احراز حداقل استانداردها در ابعاد آموزشی، پژوهشی، دانشجویی در دانشگاه

و نیز ارتقای مستمر کیفیت این فعالیت‌ها در دانشگاه و موسسات آموزش عالی علوم پزشکی دارد (۷،۸). اعتباربخشی یکی از باسابقه‌ترین الگوهای ارزیابی آموزشی خصوصاً در آموزش عالی است و در عین حال از بحث انگیزترین الگوها نیز به شمار می‌رود و عبارت از فرآیند بررسی کیفی بیرونی موسسات آموزش عالی برای ایجاد تحرک در این موسسات جهت تضمین و ارتقاء کیفیت می‌باشد (۹،۱۰). اعتباربخشی برنامه‌ای داوطلبانه می‌باشد که در آن یک گروه آموزش دیده از ارزیابان هم سطح خارجی شایستگی سازمان ارائه‌کننده خدمات سلامت را با استانداردهای از پیش‌تعیین شده ارزشیابی می‌کنند (۱۲، ۱۱).

در شاخه پزشکی، اعتباربخشی دوره‌های آموزشی دانشکده پزشکی مشخص می‌کند که آیا آن دانشکده، استانداردهای ملی در زمینه سازمان، عملکرد و کارآیی دوره آموزشی پزشکی یا دوره آموزشی هر یک از رشته‌های تخصصی را رعایت کرده است یا خیر؟ وضعیت آموزش پزشکی کشور ما، مشابه آن‌چه در طی دو دهه آخر قرن بیستم در جهان شاهد آن بوده‌ایم، با گسترش سریع و بی‌رویه آموزش پزشکی مواجه بوده است. از همین‌رو، شناخت و بکارگیری روش‌هایی که بتوانند زمینه‌ساز ارتقای کیفیت در آموزش پزشکی کشور باشند، دارای اهمیت ویژه می‌باشد. در این زمینه، استقرار ساختارهای اعتباربخشی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است و در برنامه سوم توسعه و ملحقات آن، توجه ویژه‌ای به امر راه‌اندازی و کارآمد نمودن نظام ارزشیابی و اعتباربخشی موسسات و دوره‌های آموزشی مشاهده می‌شود (۱۰).

با توجه به موارد ذکر شده می‌توان دریافت که تخصص پزشکی خانواده به‌عنوان یکی از مهم‌ترین سیاست‌گذاری‌هایی است که در دهه‌ی اخیر در عرصه نظام آموزش و سلامت مطرح شده، از این‌رو اهمیت و ضرورت مطالعه آن دقیقاً از اهمیت و جایگاه سلامتی در توسعه و رفاه جامعه نشأت می‌گیرد از طرفی دیگر اعتباربخشی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین روش‌های تضمین و ارتقای کیفیت آموزش پزشکی، وسیله‌ای بسیار مناسب برای تضمین ارائه آموزش صحیح به دستیاران در مقاطع مختلف تحصیلی علوم پزشکی و در نهایت، ارائه خدمات مناسب به جامعه محسوب می‌شود بدین جهت، هدف از پژوهش حاضر، اعتباربخشی دوره دستیاری پزشک خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور می‌باشد. لذا در این پژوهش، محقق با درک اهمیت اجرای فرآیند اعتباربخشی برنامه‌ای دوره دستیاری پزشک خانواده و به‌دنبال یافتن پاسخ این سوال که ارتقاء کیفیت آموزش رشته تخصصی پزشکی خانواده و فرآیندهای مرتبط با آن از چه طریقی امکان‌پذیر می‌باشد؟ و با بررسی وضعیت موجود در قالب برنامه‌ای منسجم و مبتنی‌بر معیارها و استانداردهای معتبر به طراحی و تدوین و اجرای برنامه ملی اعتباربخشی دوره دستیاری پزشکی خانواده بپردازد.

روش‌ها

این مطالعه اعتباربخشی از نوع ارزشیابی است که توسط دبیرخانه شورای پزشکی عمومی وزارت با همکاری مرکز تحقیقات آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۹۷ اجرا شد. این پروژه در دو مرحله ارزیابی درونی و ارزیابی بیرونی در ۱۲ دانشگاه علوم پزشکی کشور که در حال تربیت دوره تخصصی پزشکی خانواده بودند و روش نمونه‌گیری مبتنی‌بر کل جامعه پژوهش (شامل ۱۲ دانشگاه علوم پزشکی کشور) انجام شد. به‌منظور ارزیابی درونی از پرسشنامه استانداردهای تخصص پزشکی خانواده که توسط WONCA (ویرایش سال‌های ۲۰۱۳ و ۲۰۱۶) طراحی شده، استفاده گردید. ترجمه و بومی‌سازی پرسشنامه به روش ترجمه- بازترجمه انجام شد. روش ترجمه و بوم‌سازی به این صورت بود که در ابتدا، عبارات توسط دو فرد صاحب نظر و متخصص مسلط به هر دو زبان انگلیسی و فارسی، به زبان هدف ترجمه شد و پس از ترکیب و تلفیق ترجمه‌های اولیه به یک ترجمه واحد، متن مذکور توسط دو مترجم صاحب‌نظر و متخصص دیگر از زبان هدف مجدداً به زبان اصلی برگردانده شد. پس از تطبیق ترجمه انگلیسی با متن اصلی و کسب اطمینان از صحت انتقال مفاهیم، به‌منظور بررسی روایی صوری مقیاس، پرسشنامه در اختیار ۵ نفر از کارشناسان زبان و ادبیات فارسی قرار گرفت و دیدگاه‌های اصلاحی ایشان از نظر قواعد دستور زبان، استفاده از کلمات درست و قرارگیری گویه‌ها در جای مناسب اخذ شد. در نهایت جهت تعیین اعتبارکیفی محتوا، ۵ نفر از افراد صاحب‌نظر در زمینه پزشکی خانواده، پرسشنامه را بررسی نموده و با توجه به شرایط بومی منطقه، آن را تصحیح و ویرایش نمودند (پرسشنامه مشتمل بر ۹ حوزه و ۳۷ زیر حوزه و ۱۶۰ استاندارد الزامی (۸۵) و ترجیحی (۷۵) است و جهت اعتباربخشی دوره تخصصی پزشکی خانواده است).

پس از طی مراحل فوق، پرسشنامه از طریق مکاتبه دبیرخانه شورای پزشکی عمومی با ۱۲ دانشگاه کشور در اختیار دانشگاه‌ها قرار گرفت. در ابتدای ارزیابی درونی، پادکست

راهنما جهت توضیح استانداردها و نحوه اجرای خودارزیابی همراه با راهنمای ارزیابی درونی و فرم‌های اطلاعات کلی خودارزیابی استانداردهای اعتباربخشی، فرم خودارزیابی استانداردهای اعتباربخشی و جدول خلاصه نتایج ارزیابی درونی استانداردهای دوره تخصصی پزشکی خانواده که توسط کمیته علمی پروژه با همکاری دبیرخانه شورای پزشکی عمومی وزارت طراحی و به دانشگاه‌ها ارسال شد. سپس در طی بازه زمانی یک‌ماهه به دانشگاه‌ها فرصت داده شد تا ارزیابی درونی (خودارزیابی) را انجام دهند. پس از ارزیابی درونی توسط دانشگاه‌ها، ارزیابی بیرونی انجام شد. در ابتدا فرم‌های ارزیابی بیرونی توسط کمیته علمی پروژه با همکاری دبیرخانه شورای پزشکی عمومی وزارت طراحی و آماده گردید. این فرم‌ها شامل فرم ارزیابی بیرونی، فرم گزارش کلی ارزیابی بیرونی استانداردهای دوره تخصصی پزشکی خانواده به همراه راهنمای ارزیابی بیرونی دوره تخصص پزشکی خانواده طراحی شد. سپس اعضاء کمیته علمی با توجه به مواردی‌که در دستورالعمل ارزیابی بیرونی تعیین شده بود، ارزیابان بیرونی جهت پایش، فعالیت‌های دوازده دانشگاه را تعیین نمودند. ارزیابان با توجه به تخصص و تجربه کاری در حیطه پزشکی خانواده از ۱۳ دانشگاه علوم پزشکی کشور انتخاب شدند. ارزیابان بیرونی متشکل از ۲۵ نفر اعضاء هیئت علمی، پزشکان و صاحب‌نظران در زمینه پزشکی خانواده از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور بودند که با توجه به تخصص و تجربه کاری در حیطه پزشکی خانواده توسط اعضاء کمیته علمی پروژه انتخاب شدند. یک نفر به نمایندگی از سازمان بهداشت جهانی، یک نفر به نمایندگی از دبیرخانه شورای پزشکی عمومی و یک نفر از اعضاء تیم اعتباربخشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان نیز در بازدیدها به‌عنوان ناظرحضور داشتند. برای هر تیم چهار نفره بازدید، یک سرپرست تیم به‌عنوان هماهنگ‌کننده انتخاب گردید. با هماهنگی اعضاء تیم اعتباربخشی و ارزیابان بیرونی برنامه بازدید از ۱۲ دانشگاه طراحی شد. برنامه بازدید به‌گونه‌ای بود که بازدید در طی چهار هفته و در هر هفته از ۳ دانشگاه کشور توسط سه ارزیاب بیرونی و یک ناظر انجام شد.

پادکست راهنما و برنامه بازدید در اختیار ارزیابان بیرونی قرار گرفت. ارزیابان بیرونی طی بازدید حضوری از مراکز آموزشی و بهداشتی درمانی هر دانشگاه، تک تک موارد تعیین شده در پرسشنامه‌های اعتباربخشی را مورد ارزیابی قرار دادند.

هم‌چنین میزان تطابق وضعیت موجود با استانداردهای آموزشی دوره تخصصی پزشکی خانواده توسط ارزیابان مورد بررسی قرار گرفت. در پایان هر بازدید، ارزیابان جهت بررسی و ارزشیابی کلی جلسات خصوصی با تیم ارزیابان و برگزاری جلسه عمومی با گروه آموزشی هر دانشکده تشکیل داده و نقاط قوت و ضعف و پیشنهادات لازم جهت ارتقاء کیفیت ارائه شد. کلیه هماهنگی‌ها توسط مرکز تحقیقات آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و دبیرخانه شورای پزشکی عمومی وزارت انجام پذیرفت.

پس از اجرای ارزیابی بیرونی به ارزیابان یک‌ماه فرصت داده شد تا نتایج ارزیابی بیرونی را جمع‌بندی و به دبیرخانه شورای پزشکی عمومی ارسال نمایند. پس از دریافت گزارشات ارزیابی بیرونی، دو جلسه حضوری با هدف جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی در دبیرخانه شورای پزشکی عمومی با حضور اعضاء کمیته اعتباربخشی و ارزیابان بیرونی دانشگاه‌ها تشکیل گردید. در این جلسه سرپرست تیم ارزشیابی بیرونی هر دانشگاه، نتیجه ارزشیابی بیرونی دانشگاه تحت بازدید را با مستندات در قالب فایل پاورپوینت ارائه نموده و نتایج کلی ارزشیابی و اعتباربخشی دانشگاه مورد نظر را اعلام نمودند. اعضاء حاضر در جلسه نیز به بحث و تبادل نظر پیرامون اطلاعات ارائه شده در قالب گزارش ارزشیابی درونی و بیرونی پرداخته و سپس جهت نهایی‌سازی نتایج، گزارشات تیم ارزیابی درونی و بیرونی هر دانشگاه جهت تعیین تطابق نتایج ارزشیابی با مستندات، در اختیار ارزیاب سوم قرار گرفت و پس از تایید ارزیابان سوم، اعضاء کمیته علمی مرکزی پروژه، گزارشات نهایی ارزیابی درونی و بیرونی هر دانشگاه را مورد بررسی قرار داده و بعد از برگزاری چندین جلسه حضوری و مجازی نتایج نهایی را جمع‌بندی نموده و پیشنهادات و تصمیمات اتخاذ شده را در قالب گزارش نهایی تهیه نمودند.

نحوه تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها به دو روش کمی و کیفی انجام شد. کلیه داده‌های حاصل از ارزیابی درونی (خودارزیابی) و ارزیابی بیرونی مرتبط با جداول TLR استانداردهای الزامی و ترجیحی به تفکیک ۱۲ دانشگاه از طریق نرم‌افزار آماریSPSS.Ver.21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. اطلاعات حاصل از مستندات و مصاحبه‌ها به‌صورت کیفی مورد بررسی قرار گرفت. جهت انطباق نتایج ارزیابی درونی و بیرونی و نیز انطباق مستندات با گزارشات، ارزیابی تطبیقی توسط ارزیابان بیرونی و تیم تحقیق انجام شد. به‌منظور تصمیم‌گیری درخصوص وضعیت دانشگاه در رابطه با هر یک از استانداردهای الزامی و ترجیحی، مواردی‌که تطابق کامل بین وضع موجود و استانداردها وجود

داشت را به‌عنوان انطباق کامل (رنگ سبز)، مواردی‌که وضعیت موجود بالای ۵۰ درصد با استانداردها انطباق داشت بعنوان انطباق نسبی (رنگ زرد)، و چنان‌چه انطباق زیر ۵۰ درصد بود انطباق نسبی پایین (رنگ نارنجی) و در مواردی‌که انطباقی بین وضعیت موجود دانشگاه با استاندارد مربوطه وجود نداشت را به‌عنوان عدم انطباق (رنگ قرمز) در نظر گرفته شد. وضعیت تمامی۱۶۰ استاندارد (۸۵ الزامی و ۷۵ ترجیحی) در ارزیابی درونی و بیرونی به تفکیک دانشگاه‌ها با این چهار رنگ در جدول TLR نشان داده شد. در تحلیل نهایی به‌منظور سهولت در تصمیم‌گیری دو مورد انطباق نسبی ضعیف و عدم انطباق (نارنجی و قرمز) با هم ادغام شده و عدم انطباق (قرمز) در نظر گرفته شد. جهت صدور رای نهایی براساس موارد زیر درخصوص اعتباربخشی دانشگاه‌ها تصمیم‌گیری شد:

تایید کامل برنامه: تمام استانداردهای الزامی را در حد قابل قبول تامین کرده باشد. طول مدت این اعتبار ۵ ساله است.

تایید نسبی برنامه: بیشتر استانداردهای الزامی را در حد قابل قبول تامین کرده باشد، به‌نحوی که کیفیت کلی برنامه مورد سوال نباشد. طول مدت اعتباربخشی با توجه به تعداد انطباق با استانداردهای الزامی بین ۱ تا ۳ سال است.

تایید مشروط برنامه: تعداد قابل ملاحظه‌ای از استانداردهای الزامی را در حد قابل قبول تامین نکرده باشد، به نحوی‌که کیفیت کلی برنامه مورد سوال باشد. فرآیند اعتباربخشی بعدی بین ۳ تا ۶ ماه است.

عدم تایید صلاحیت: بیشتر استانداردهای الزامی را تامین نکرده است، و در فاصله زمانی مشخص شده، بهبود قابل توجهی در استانداردها رخ نداده است.

یافته‌ها

این پروژه در ۱۲ دانشگاه علوم پزشکی کشور که در حال تربیت دوره تخصصی پزشکی خانواده بودند، اجرا شد. نتایج اعتباربخشی نشان داد که برخی از استانداردهای الزامی در کلیه دانشگاه‌ها در وضعیت انطباق کامل، برخی در وضعیت انطباق نسبی و برخی در وضعیت عدم انطباق قرار داشتند. در رابطه با برخی از استانداردها تطابق نسبی یا عدم تطابق با وضعیت موجود تقریباً در همه دانشگاه‌ها وجود داشت. نتایج مربوط به تطابق دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با هر یک از استانداردهای الزامی ۹ حوزه مورد اعتباربخشی دوره تخصصی پزشکی خانواده در جدول شماره یک آمده است. هم‌چنین رای نهایی اعتباربخشی دوره تخصصی پزشکی خانواده دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در جدول شماره دو ارائه شده است.

جدول ۱: تطابق دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با هر یک از استانداردهای الزامی ۹ حوزه مورد اعتباربخشی دوره تخصصی پزشکی خانواده

حوزه	استاندارد الزامی	شرح استاندارد	تعداد انطباق کامل	تعداد انطباق نسبی	تعداد عدم انطباق
رسالت و اهداف	۱-۱-۱	رسالت و اهداف تحصیلات تکمیلی و تخصص پزشک خانواده، توسط مراجع ذی‌صلاح از جمله شورای آموزش پزشکی عمومی، شورای آموزش پزشکی تخصصی، معاونت بهداشت به اطلاع دیگران رسانده می‌شود.	۱۱	۱	-
	۱-۱-۲	بیانیه رسالت واهداف، فرآیند آموزش و تربیت پزشک خانواده توانمند برای انجام فعالیت‌های، جامع، حرفه‌ای، مستقل، تیمی، روزآمد و منطبق با نیازهای سلامت را توصیف می‌نماید.	۱۲	-	-
	۱-۲-۱	بیانیه رسالت و اهداف آموزشی توسط ذی‌نفعان اصلی آن تعریف و تدوین شده است.	۱۰	۲	-
	۱-۳-۱	فرآیند آموزش براساس کوریکولوم دوره تخصصی مربوطه تصویب شده، و به تحکیم هرچه بیشتر حرفه‌گرایی در پزشک خانواده می‌انجامد.	۹	۲	۱
	۱-۳-۲	آموزش استقلال حرفه‌ای را تقویت می‌کند.	۹	۲	۱
	۱-۴-۱	مقامات ذی‌صلاح مربوطه ضمن مشورت با سازمان بیمه سلامت و سایر سازمان نظام پزشکی، توانمندی‌هایی را که می‌بایست توسط دستیاران پزشک خانواده در نتیجه برنامه‌های آموزشی محقق گردد، تعیین می‌نمایند.	۸	۳	۱
فرایند آموزشی	۲-۱-۱	تخصص پزشک خانواده برپایه یک برنامه آموزشی نظام‌مند است.	۱۰	۲	-
	۲-۱-۲	آموزش مبتنی بر کار عملی و با مشارکت دستیاران در خدمت‌رسانی و مسئولیت‌پذیری آنان در مراقبت از بیماران در فیلدهای‌های آموزشی است. این فیلدها باید طیفی از بیماران بومی جامعه مربوطه را در برگیرند، و پزشکان خانواده نقش اصلی را در نظارت و تدریس برعهده دارند.	۷	۵	-
	۲-۱-۳	برنامه آموزشی، دربرگیرنده مشارکت فعال، مشاهدات، مفاهیم نظری و تجربیات عملی و ادغام این دو است.	۱۰	۲	-
	۲-۱-۴	دستیار توسط یک برنامه کلی هدایت شده و تحت نظارت و ارزشیابی و بازخورد مداوم راهنمایی می‌شود.	۱۱	۱	-
	۲-۱-۵	فرآیند آموزش افزایش میزان مسئولیت‌پذیری و استقلال دستیار را در مهارت، دانش و تجربه تضمین می‌کند.	۹	۱	۲
	۲-۲-۱	دستیار دانش پایه علمی و روش‌های علمی پزشک خانواده بودن را کسب می‌نماید.	۹	۳	-
	۲-۲-۲	دستیار از طریق مواجهه با طیف وسیعی از تجارب بالینی و عملی مرتبط در موقعیت‌های مختلف مناسب برای پزشکی خانواده، با پزشکی مبتنی بر شواهد و تصمیم‌گیری منتقدانه خاص پزشکی خانواده آشنا می‌شود.	۱۰	۲	-
	۲-۳-۱	فرآیند آموزش شامل کار بالینی عملی و مباحث نظری مرتبط علوم پایه بیومدیکال، بالینی، علوم اجتماعی و رفتاری می‌باشد. تصمیم‌گیری بالینی برای هر بیمار منحصر به فرد است و مهارت‌های ارتباطی، اخلاق پزشکی، فرآیندهای بهبود کیفیت، سیاست‌های سلامت عمومی، حقوق پزشکی و رشته‌های مدیریتی مورد نیاز برای نشان دادن اقدامات حرفه‌ای در پزشکی خانواده را شامل می‌شود.	۹	۳	-
	۲-۳-۲	هرچند که تجربیات تکمیلی در محیط‌های دست دوم و سوم، بخصوص جایی که پزشکان خانواده به ارایه مراقبت می‌پردازند می‌تواند بسیار مفید باشد، برای ارتقای یک پزشک خانواده اثربخش، آموزش در محیط مراقبت اولیه اساسی است، حداقل ۵۰ درصد زمان تحصیلات تخصصی می‌بایست در محیط‌های پزشکی خانواده باشد و پزشکان خانواده به عنوان مدرسان و اساتید راهنما حضور داشته باشند.	۵	۵	۲
	۲-۴-۱	ترکیب کلی، ساختار و طول مدت آموزش و توسعه حرفه‌ای با تعریف واضح اهداف و پیامدهای مبتنی بر وظیفه مورد انتظار و توضیح رابطه آن‌ها با آموزش پزشکی تخصصی و ارایه مراقبت‌های سلامت توصیف شده است.	۹	۲	۱

	۲-۴-۲	مولفه‌های اجباری و اختیاری به روشنی بیان شده است.	۱۱	۱	-
	۲-۵-۱	ماهیت کارورزی توسعه حرفه‌ای توصیف شده و مورد توجه قرار گرفته و ادغام آموزش و خدمت رسانی (در آموزش حین خدمت) از طریق توافقات رسمی تضمین شده است.	۱۱	۱	-
	۲-۵-۲	یادگیری تحت نظارت و در طی فعالیت‌های مراقبتی و درمانی اتفاق می‌افتد.	۸	۴	-
	۲-۶-۱	مسئولیت و اختیار برای سازمان‌دهی، هماهنگی، مدیریت و ارزیابی محیط آموزش فردی و فرآیند آموزش به وضوح تعیین شده است.	۷	۵	-
	۲-۶-۲	هماهنگی آموزش پزشک خانواده به منظور دستیابی به مواجهه با حیطه‌های مختلف بالینی و مدیریتی این رشته تضمین شده است.	۱۰	-	۲
ارزشیابی	۳-۱-۱	آموزش تخصصی پزشکی خانواده شامل فرآیند و اجزا توانمندی‌ها می‌باشد و روش‌های به کار رفته برای ارزیابی دستیاران شامل کسب امتیاز قبولی امتحانات نهایی و سایر انواع ارزشیابی می‌باشد.	۱۰	۲	-
	۳-۱-۲	ارزشیابی با تاکید بر روش¬های تکوینی ضمن آموزش و بازخورد سازنده اجرا می‌شود.	۱۱	۱	-
	۳-۲-۱	با اهداف آموزشی سازگار است.	۱۱	۱	-
	۳-۲-۲	یادگیری را ارتقاء می‌دهد.	۱۰	۲	-
	۳-۲-۳	میزان پیشرفت فراگیر در طی برنامه را مستند می‌کند.	۱۲	-	-
	۳-۲-۴	آمادگی فراگیر برای انجام طبابت در پایان دوره را ثابت می‌کند.	۷	۴	۱
	۳-۳-۱	بازخورد سازنده و نظارت بطور مستمر ارایه می‌شود.	۱۰	۲	-
دستیاران	۴-۱-۱	خط مشی، معیارها و فرآیند گزینش دستیار خانواده توسط شورای آموزش پزشکی تخصصی و به پیشنهاد معاونت بهداشت وزارت بهداشت مورد توافق قرار گرفته است.	۱۱	۱	-
	۴-۱-۲	دستورالعمل و ضوابط پذیرش منتشر شده و اجرا می‌شود.	۱۲	-	-
	۴-۱-۳	مکانیسمی برای نظارت و اعتراض موجود است.	۱۲	-	-
	۴-۲-۱	برای تضمین آموزش و یادگیری با کیفیت مناسب، تعداد دستیاران با امکانات موجود، منابع آموزش بالینی و عملی، و سیستم نظارتی متناسب است.	۱۰	۱	۱
	۴-۳-۱	سیستمی برای حمایت، مشاوره و راهنمایی شغلی وجود دارد.	۹	۳	-
	۴-۴-۱	در طی آموزش حق الزحمه برای دستیاران در نظر گرفته می‌شود.	۱۰	۲	-
	۴-۴-۲	حق الزحمه همه فعالیت‌های معمول مورد انتظار پزشک خانواده شامل وظایف آنکال را در برمی‌گیرد.	۷	۲	۳
	۴-۴-۳	شرایط کاری و مسئولیت‌ها تعریف شده و به همه گروه‌ها اطلاع داده می‌شود.	۸	۴	
	۴-۵-۱	برای مشارکت دستیاران در طراحی برنامه، شرایط کاری و دیگر موضوعات مرتبط به آنان خط مشی وجود دارد.	۸	۳	۱
جذب پرسنل	۵-۱-۱	خط مشی مشخص برای انتصاب استادان، ناظران و مدرسان میزان مهارت و تخصص مورد نیاز و مسئولیت‌ها و وظایف آن‌ها وجود دارد.	۸	۲	۲
	۵-۱-۲	خط مشی مشخص برای وظایف تیم آموزشی و مشخصاً توازن میان کارکردهای آموزشی و خدمت رسانی و سایر وظایف وجود دارد.	۸	۳	۱
	۵-۱-۳	پزشکان خانواده نقش اصلی را در آموزش دستیاران ایفا می‌کنند.	۴	۲	۶
	۵-۲-۱	اساتید و مدرسان برای نقش‌های آموزشی خود آمادگی داشته و از مسئولیت‌های خود اطلاع دارند.	۹	۳	-
	۵-۲-۲	فعالیت‌های تدریس در برنامه‌های کاری اساتید گنجانده شده است.	۱۱	۱	-
	۵-۲-۳	نحوه ارتباط فعالیت‌های تدریس با برنامه کاری دستیاران توضیح داده شده است.	۱۱	۱	-
شرایط و منابع آموزشی	۶-۱-۱	مکان‌های آموزشی بوسیله مراجع ذی‌صلاح انتخاب و مشخص شده است.	۱۰	۱	۱
	۶-۱-۲	تسهیلات عملی/ بالینی کافی برای آموزش دستیاران وجود دارد.	۹	۳	-
	۶-۱-۳	برای تحقق اهداف آموزشی، تعداد و تنوع کافی از بیماران و case ها موجود است.	۸	۳	۱
	۶-۱-۴	دستیار دامنه وسیعی از تجربیات متناسب با بافت محلی شامل مطب (سرپایی- جراحی)، بیمارستان و فعالیت‌های آنکالی را کسب می‌نماید.	۹	۱	۲
	۶-۱-۵	ترکیبی از تعداد بیماران و کیس‌های متنوع، کسب تجربه در همه جنبه‌های پزشکی خانواده شامل ارتقای سلامت و پیشگیری را ممکن ساخته است.	۸	۳	۱
	۶-۱-۶	روش‌های الکترونیک یا اینترنتی برای فراهم آوردن آموزش راه دور در تجربه¬های آموزش بالینی مفید است.	۹	۱	۲
	۶-۲-۱	مکان، فضای فیزیکی و فرصت جهت مطالعه عملی و نظری فراهم است.	۱۱	۱	-
	۶-۲-۲	دسترسی به مقالات حرفه‌ای وجود دارد.	۱۲	-	-
	۶-۲-۳	تجهیزات برای آموزش تکنیک‌های عملی نظیر مهارت‌های پروسیجری در دسترس است.	۹	۳	-
	۶-۲-۴	دستیاران به ابزارهای مدیریت اطلاعات در حیطه‌های مراقبت بیمار دسترسی دارند.	۱۱	۱	-
	۶-۳-۱	دستیاران تجربه کار در تیمی متشکل از پزشکان خانواده و دیگر تخصص‌های پزشکی را کسب می‌کنند.	۸	۴	-
	۶-۴-۱	در سیاست‌گذاری کاربرد موثر فناوری با هدف مدیریت بیمار مربوطه مشخص شده است.	۱۰	۲	-
	۶-۵-۱	سیاست‌گذاری در راستای اشاعه کاربرد پژوهش در موقعیت‌های عملی و آموزشی است.	۱۲	-	-
	۶-۶-۱	سیاست‌گذاری برمبنای بکارگیری افراد متخصص در زمینه برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی آموزشی است.	۱۱	۱	-
	۶-۷-۱	سیاست دسترسی به فرصت‌های آموزشی فردی در دیگر مکان‌ها در داخل و خارج کشور و الزامات تکمیل دوره وجود دارد.	۱۱	-	۱
	۶-۷-۲	سیاست‌گذاری برای انتقال اعتبارات وجود دارد.	۹	۲	۱
ارزشیابی فرایند آموزشی	۷-۱-۱	مسئولان ساز و کاری را برای ارزیابی برنامه پایه‌ریزی کرده‌اند.	۸	۳	۱
	۷-۱-۲	فرآیند آموزش، تسهیلات و روند پیشرفت دستیاران مورد نظارت قرار می‌گیرد.	۱۰	۲	-
	۷-۱-۳	در فرآیند ارزیابی، مشکلات شناسایی و بررسی می‌شود.	۱۰	۲	-
	۷-۲-۱	بطور سیستماتیک درباره برنامه از هر دو گروه اساتید و دستیاران بازخورد گرفته می‌شود	۷	۵	-
	۷-۲-۲	بازخورد تحلیل می‌شود.	۸	۴	-
	۷-۲-۳	بازخورد اعمال می‌شود.	۸	۳	۱
	۷-۳-۱	عملکرد دستیاران با توجه به برنامه آموزشی ارزیابی می‌شود.	۸	۴	-
	۷-۳-۲	عملکرد با توجه به رسالت آموزشی تخصص پزشک خانواده ارزیابی می‌شود.	۱۱	۱	-
	۷-۴-۱	مجوز برنامه توسط ارزیابان براساس معیارهای تعریف شده و ارزیابی برنامه اخذ می‌گردد.	۱۲	-	-

جدول ۲: رای نهایی اعتباربخشی دوره تخصصی پزشکی خانواده دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

رای نهایی	تعداد دانشگاه‌های علوم پزشکی	توضیحات
تایید کامل برنامه	-	تمام استانداردهای الزامی را در حد قابل قبول تامین کرده است. طول مدت این اعتبار ۵ سال می‌باشد.
تایید نسبی برنامه (۳ سال)	۲	بیشتر استانداردهای الزامی را در حد قابل قبول تامین کرده است، به نحوی که کیفیت کلی برنامه مورد سوال نباشد. طول مدت اعتباربخشی با توجه به تعداد انطباق با استانداردهای الزامی بین ۱ تا ۳ سال است
تایید نسبی برنامه (۲ سال)	۳	بیشتر استانداردهای الزامی را در حد قابل قبول تامین کرده است، به‌نحوی که کیفیت کلی برنامه مورد سوال نباشد. طول مدت اعتباربخشی با توجه به تعداد انطباق با استانداردهای الزامی بین ۱ تا ۳ سال است
تایید نسبی برنامه (۱ سال)	۲	بیشتر استانداردهای الزامی را در حد قابل قبول تامین کرده است، به نحوی که کیفیت کلی برنامه مورد سوال نباشد. طول مدت اعتباربخشی با توجه به تعداد انطباق با استانداردهای الزامی بین ۱ تا ۳ سال است
تایید مشروط ۶ ماهه	۱	تعداد قابل ملاحظه‌ای از استانداردهای الزامی را در حد قابل قبول تامین نکرده است، به نحوی‌که کیفیت کلی برنامه مورد سوال باشد. فرآیند اعتباربخشی بعدی بین ۳ تا ۶ ماه است.
عدم تایید صلاحیت	۴	بیش‌تر استانداردهای الزامی را تامین نکرده است، و در فاصله زمانی مشخص شده، بهبود قابل توجهی در استانداردها رخ نداده است

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف اعتباربخشی دوره تخصصی دستیاری پزشکی خانواده دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با همکاری دبیرخانه شورای آموزش پزشکی عمومی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهداشت جهانی و مرکز تحقیقات آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد. براساس مستندات موجود و بازدید ارزیابان بیرونی جهت ادامه فعالیت ۱۲ دانشگاه علوم پزشکی کشور تربیت‌کننده دستیار دوره تخصص پزشکی خانواده تصمیم‌گیری شد. نتایج اعتباربخشی نشان داد که برخی از استانداردهای الزامی در تمامی دانشگاه‌ها در وضعیت‌های انطباق کامل، انطباق نسبی، یا عدم تطابق با وضعیت موجود قرار داشتند. نتایج هر یک از حوزه‌ها به تفکیک مورد بحث قرار می‌گیرد:

حوزه رسالت و اهداف: رسالت دانشگاه یعنی این‌که دانشگاه باید چگونه باشد و چه کاری انجام دهد و برای این‌که رسالت معتبر باشد باید مبتنی برتحلیل ملموس و واقعی از آن‌چه در حال انجام است و آن‌چه می‌تواند انجام شود و آن‌چه نمی‌تواند انجام شود باشد (۱۳).

نتایج نشان داد که اکثر دانشگاه‌ها، در استانداردها دارای انطباق کامل و نسبی بوده و فقط سه دانشگاه عدم انطباق کسب کردند. از جمله نقاط مثبت دانشگاه‌ها، در استاندارد بیانیه رسالت و اهداف، طراحی فرآیند آموزش و تربیت پزشک خانواده توانمند برای انجام فعالیت‌های جامع، حرفه‌ای، مستقل، تیمی، روزآمد و منطبق با نیازهای سلامت بود. در سایر مطالعات انجام شده جهت اعتباربخشی اهداف و رسالت رشته‌های دستیاری تخصصی نیز نتایج مشابهی در حیطه رسالت و اهداف گزارش شده است (۱۳،۱۴). در مطالعات دیگر نیز از استانداردهای WONCA برای ارزشیابی رشته تخصصی پزشکی خانواده استفاده و در بیانیه رسالت و اهداف این رشته تخصصی با توجه به نیازهای جامعه طراحی و برهمان اساس اعتباربخشی انجام شده است. Gibson و همکاران در میانمار استانداردها را با اقتباس از چارچوب آموزش RCGP بریتانیا و براساس رویکردی مبتنی بر زمینه (نیازهای جامعه) طراحی نمودند و در نپال، به ماموریت آکادمی علوم بهداشت پاتان Patan Academy of HealthSciences' (PAHS) برای پزشکان فارغ التحصیل که به جوامع روستایی خدمت خواهند کرد اشاره می‌کنند. برنامه آموزشی در PAHS براساس شایستگی‌های اصلی، از جمله مهارت‌های حرفه‌ای و رهبری گسترده و هم‌چنین اهداف عینی هر روتیشن طراحی شده است (۱۵). در تایید این مطلب، نتایج میرزازاده و همکاران نشان داد که در اغلب موارد، استانداردها براساس توافق جمعی آموزش‌دهندگان، آموزش‌گیرندگان، نهادهای حرفه‌ای، دولت و سایر گروه‌های ذی‌نفع تعیین می‌شود. از آن‌جا که هدف هر سیستم آموزشی باید تربیت دانش‌آموختگان توانمند در حیطه کاری مربوطه باشد، بنابراین، منطقی به‌نظر می‌رسد، با به‌کارگیری روش‌های دقیق‌تری به ارزیابی توانایی واقعی دانش‌آموختگان سیستم آموزشی در پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه پرداخته و از نتایج آن در تدوین استانداردهای آموزشی استفاده شود (۱۱).

حوزه فرآیند آموزشی: فرآیند آموزشی به‌هرگونه فعالیت از پیش طرح‌ریزی شده‌ای گفته می‌شود که هدف آن ایجاد یادگیری در یادگیرندگان است (۱۳). نظام آموزشی برفرآیندها و رویه‌های آموزشی استوار است. فرآیندها، به‌ازای مراحل اصلی چرخه عمر آموزش از جمله نیازسنجی، برنامه‌ریزی، طراحی، اجرا و ارزشیابی طراحی شده و فرآیندهای استاندارد ضامن هماهنگی و هم‌راستایی در ارکان مختلف مرتبط با آموزش هستند (۱۶).

از ۱۵ استاندارد تعیین شده در این حوزه، تقریباً در ۳ استاندارد کلیه دانشگاه‌ها در وضعیت انطباق کامل قرار داشتند و در رابطه با سایر استانداردها، اکثریت در وضعیت انطباق کامل و برخی نیز انطباق نسبی قرار داشته و ۳ دانشگاه نیز در برخی از استانداردها عدم انطباق دریافت کردند. در سایر مطالعات نیز به نتایج مشابهی در ارزیابی این حوزه گزارش شده و دستیابی به استانداردها در وضعیت مطلوب و یا نسبتاً مطلوب گزارش شده است (۱۳،۱۴،۱۷،۱۸). بررسی‌های به‌عمل آمده نشان داد که نقاط قوت ارزیابی این حوزه در اکثر دانشگاه‌ها، آموزش مبتنی بر کار عملی و با مشارکت دستیاران در خدمت‌رسانی و مسئولیت‌پذیری آنان در مراقبت از بیماران در فیلدهای آموزشی است و برنامه آموزشی، دربرگیرنده مشارکت فعال، مشاهدات، مفاهیم نظری و تجربیات عملی و ادغام این دو بوده و دستیار توسط یک برنامه کلی هدایت شده و تحت نظارت و ارزشیابی و بازخورد مداوم راهنمایی شدند. ماهیت کارورزی توسعه حرفه‌ای توصیف شده و مورد توجه قرار گرفته و ادغام آموزش و خدمت‌رسانی (در آموزش حین خدمت) از طریق توافقات رسمی انجام شده است. هم‌چنین استفاده از بخش خصوصی برای آموزش برخی از بخش‌های تخصصی، استفاده از مرکز جامع سلامت با جمعیت تعریف شده مشخص در برخی از دانشگاه‌ها، استفاده ازبیمارستان و بخش اختصاصی پزشکی خانواده با جمعیت تحت پوشش مشخص در برخی از دانشگاه‌ها، راه‌اندازی درمانگاه تخصصی پزشکی خانواده، استفاده از فیلد پزشکی خانواده برای آموزش دانشجویان پزشکی خانواده و پزشکی عمومی از جمله سایر نکات مثبت دانشگاه‌ها بود.

از جمله نقاط ضعف در ارزشیابی این حوزه در اکثر دانشگاه‌ها جامع نبودن کوریکولوم آموزشی دوره تخصصی پزشکی خانواده، مشکل‌ساز بودن حضور دستیاران در کلینیک پزشکی خانواده در حین گذراندن بخش‌های بالینی، نامشخص بودن جایگاه متخصصین فارغ‌التحصیل این رشته که منجر به آسیب تداوم این دوره خواهد شد. عدم پیاده‌سازی نظام ارجاع و اصلاح تعرفه، نامشخص بودن جایگاه دستیاران در هنگام حضور در چرخش‌های بخش‌های بالینی و فعال نبودن درمانگاه تخصصی پزشکی خانواده در برخی از بیمارستان‌ها بود.

حوزه ارزشیابی: در تعریف نظری؛ ارزشیابی فرآیند جمع‌آوری اطلاعات درباره یادگیرندگان به‌منظور کمک به تصمیم‌گیری در مورد رشد و پیشرفت آنان است (۱۳). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اکثریت دانشگاه‌ها با هر ۷ استاندارد تعیین شده در این حوزه انطباق کامل و صرفاً ۲ دانشگاه در اکثریت استانداردها در وضعیت انطباق نسبی قرار داشتند. در رابطه با این حوزه در برخی از دانشگاه‌ها این حوزه به‌طور مستقل ارزیابی شده و در برخی دیگر در حوزه فرآیند آموزشی و یا برنامه آموزشی ادغام شده و مورد ارزیابی قرار گرفته که در برخی از استانداردها انطباق کامل و در برخی دیگر انطباق نسبی وجود داشت. در نتایج اعلام شده ارزشیابی دانشگاه‌ها به استفاده از روش‌های مختلف ارزشیابی دستیاران نظیر لاگ بوک، پورت فولیو، آزمون پایان دوره، و میزان انطباق آن با استانداردها اشاره شده است (۱۴،۱۹،۲۰).

از جمله نقاط قوت ارزیابی این حوزه این بود که در آموزش تخصصی پزشکی خانواده اجزاء توانمندی‌های دستیار تخصصی مشخص بوده و روش‌های به‌کار رفته برای ارزیابی دستیاران شامل کسب امتیاز قبولی آزمون نهایی و سایر انواع ارزشیابی منطبق با توانمندی‌ها بود و با تاکید بر روش‌های تکوینی ضمن آموزش، بازخورد سازنده اجرا می‌شد و هم‌چنین بازخورد سازنده و نظارت به‌طور مستمر توسط اکثر دانشگاه‌ها ارائه می‌شد. از جمله نقاط ضعف موجود در ارزشیابی دانشگاه‌ها در این حوزه می‌توان به‌مواردی از قبیل کم بودن تنوع بیماران (به‌دلیل این‌که دستیار در اکثر موارد در مرکز جامع سلامت ارجاعات می‌پذیرد)، فعال نبودن درمانگاه تخصصی پزشکی خانواده در برخی از بیمارستان‌ها، نامناسب بودن ترکیب هیئت علمی درگیر در آموزش دستیاران، فقدان کشیک‌های مناسب در بخش‌های بالینی و هیئت علمی بالینی ناکافی در کلنیک سرپایی بود که در برخی از موارد ارزشیابی را با چالش مواجه می‌نمود. به‌منظور رفع این نقاط ضعف در دانشگاه‌هایی که انطباق نسبی و یا عدم انطباق با استانداردهای این حوزه پیشنهاد می‌شود متخصص پزشکی خانواده به‌عنوان عضو هیئت علمی ثابت گروه جذب شود، دوره‌های آموزشی در قالب فلوشیپ پزشکی خانواده جهت تخصص‌های مرتبط با این

رشته و توانمندسازی اساتید سایر گروه‌های آموزشی برگزار شود، ترکیب هیئت علمی گروه پزشکی اجتماعی و خانواده ترمیم شود، از اعضای هیئت علمی علاقمند به رشته پزشکی خانواده از سایر تخصص‌های مرتبط استفاده شود، برای هر دستیار یک نفر از اعضای گروه به‌عنوان مشاور تحصیلی معرفی گردد و برنامه مشخص و جامع ارزشیابی دستیاران و به‌کارگیری روش‌های معتبر ارزشیابی در ارزیابی پایانی در بخش‌های بالینی تدوین گردد و سازوکاری مشخص برای ارزیابی بالینی در کلینیک پزشکی خانواده تعریف شود.

حوزه دستیاران: دستیاران به‌عنوان یکی از ذینفعان اصلی، از مهم‌ترین اجزاء اعتبار بخشی آموزشی رشته‌های تخصصی دستیاری می‌باشند. در این حوزه، ۹ استاندارد طراحی شد و در ۳ استاندارد تقریباً تمامی دانشگاه‌ها انطباق کامل داشتند و در ۳ استاندارد، اکثریت دانشگاه‌ها انطباق نسبی وجود داشت و در ۱ استاندارد عدم انطباق در یک دانشگاه تعیین شد.

در سایر مطالعات به جزئیات و با روش‌های مختلف از نظرات دستیاران جهت ارزشیابی شرایط موجود آموزشی استفاده شده است. که نمونه‌ای از آن‌ها مطالعه Aimee R و همکاران است که در زمینه دیدگاه دستیاران فلوشیپ مراقبت‌های زایمانی پزشکی خانواده در رابطه با اثربخشی اعتباربخشی با دستیاران مصاحبه و نتایج از آن را تحلیل نمود (۲۱).

استانداردهای مطرح شده در این حیطه در رابطه با خط مشی، معیارها و فرآیند گزینش دستیار خانواده، دستورالعمل و ضوابط پذیرش دستیار، مکانیسم برای نظارت و اعتراض و سیستمی برای حمایت، مشاوره و راهنمایی شغلی دستیاران بود که در اکثر دانشگاه‌ها انطباق کامل داشت که به‌عنوان نقطه قوت تلقی شده و در عین حال در برخی از دانشگاه‌ها انطباق کامل وجود نداشت که بنظر می‌رسد مواردی از قبیل نامشخص بودن جایگاه متخصصین فارغ التحصیل این رشته، کمبود برخی امکانات و تجهیزات، مبهم و نامشخص بودن نظام پرداخت به متخصصین همکار با گروه، نامشخص بودن جایگاه دستیاران در هنگام حضور در چرخش‌های بخش‌های بالینی، تعداد کم دستیاران در برخی از دانشگاه‌ها، عدم انگیزه کافی در دستیاران به علت نامشخص بودن وضعیت شغلی آینده، عدم توجیه مسئولین برخی از دانشگاه‌ها نسبت به رشته تخصصی پزشکی خانواده و نارضایتی دستیاران تخصصی از نادیده گرفته شدن در بخش‌های بالینی از جمله عوامل عدم انطباق کامل با استانداردهای این حوزه در برخی از دانشگاه‌ها باشد. به‌منظور دستیابی به استانداردهای این حوزه، توصیه می‌شود برای تامین شرایط کنترل مداوم کیفیت و ارزیابی تسهیلات و تجهیزات در مراکز متولی آموزش دستیاران به‌صورت منظم برنامه‌ریزی شود، جهت پرداخت کارانه به دستیاران تمهیدات لازم انجام شود، جهت دسترسی به فرصت-های آموزشی فردی در دیگر مکان‌ها در داخل و خارج کشور و الزامات تکمیل دوره جهت رشته تخصصی پزشکی خانواده سیاست‌گذاری شود، مکانیسم‌های حمایت، مشاوره و راهنمایی دستیاران تعریف و تدوین شود، کلینیک پزشکی خانواده و حتی‌الامکان استفاده از ظرفیت مراکز خدمات جامع سلامت تجهیز شود، درمانگاه‌های تخصصی پزشکی خانواده و اختصاص جمعیت تحت پوشش راه‌اندازی گردد، جمعیت برای دستیاران تعریف و نظام ارجاع و اصلاح تعرفه انجام شود، جایگاه دستیاران در هنگام حضور در چرخش‌های بخش‌های بالینی تعریف گردد و با معاونت بهداشتی هماهنگی‌های لازم انجام شود تا از ظرفیت مراکز خدمات جامع سلامت بیشتر استفاده و جایگاه شغلی برای فارغ التحصیلان تبیین گردد.

حوزه جذب پرسنل: کارگزینی آن بخش از مدیریت است که به افراد و مشاغل و روابط آنان در درون سازمان توجه دارد. هدف آن گردآوردن و پروراندن افرادی است که سازمان را پدید می‌آورند و عنایت داشتن به رفاه فرد و گروه‌های کاری به‌منظور قادر ساختن آنان برای به‌کارگیری حداکثر تلاش برای موفقیت سازمان است (۱۳). نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که در این حوزه، انطباق ۶ استاندارد در رابطه با مواردی از قبیل داشتن خط‌مشی مشخص برای وظایف تیم آموزشی و مشخصاً توازن میان کارکردهای آموزشی و خدمت‌رسانی و به انتصاب استادان، ناظران و مدرسان میزان مهارت و تخصص مورد نیاز و مسئولیت‌ها و وظایف آن‌ها در اکثر دانشگاه‌ها انطباق کامل و نسبی وجود دارد، اما از طرفی دیگر در تعدادی از دانشگاه‌ها کمبود شدیدی در جذب اعضاء هیئت علمی مرتبط خصوصاً متخصص پزشکی خانواده جهت آموزش دستیاران وجود داشت و اساتید و مدرسان برای نقش‌های آموزشی خود آمادگی نداشته و از مسئولیت‌های خود اطلاع نداشتند. پیشنهاد می‌گردد جهت حل این مشکل متخصص پزشکی خانواده به‌عنوان عضو هیئت علمی ثابت گروه جذب شود، دوره‌های آموزشی در قالب فلوشیپ پزشکی خانواده جهت تخصص‌های مرتبط با این رشته و توانمندسازی اساتید سایر گروه‌های آموزشی برگزار شود، ترمیم ترکیب هیئت علمی گروه پزشکی اجتماعی و خانواده انجام شود و از اعضای

هیات علمی علاقمند به رشته پزشکی خانواده از سایر تخصص‌های مرتبط استفاده گردد.

حوزه شرایط و منابع آموزشی: تعریف نظری منابع آموزشی عبارتست از منابع کمی و کیفی که درمورد گروه‌های گوناگون یادگیرنده مصرف می‌شود (۱۳). این حوزه دارای ۱۶ استاندارد بود. نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که ۶ استاندارد تقریباً در تمامی دانشگاه‌ها انطباق کامل، در ۱۰ استاندارد اکثریت در وضعیت انطباق کامل و نسبی و ۳ دانشگاه در برخی از استانداردها در وضعیت عدم انطباق قرار دارند. در سایر مطالعات نیز حداقل شرایط و منابع مورد نیاز جهت تربیت دستیاران تخصصی پزشکی خانواده مورد بررسی قرار گرفته و شرایط موجود در ایران و جهان بررسی شده و محاسبه هزینه اثربخشی و مدل‌های مختلف برای فراهم‌آوری شرایط مناسب جهت تربیت دستیاران پزشکی خانواده ارائه شده است (۲۶-۲۲).

از جمله مواردی‌که تقریباً در تمامی دانشگاه‌ها (به استثناء ۱ مورد) انطباق کامل داشت: فراهم بودن مکان، فضای فیزیکی و فرصت جهت یادگیری عملی و نظری، دسترسی به مقالات حرفه‌ای، دسترسی دستیاران به ابزارهای مدیریت اطلاعات در حیطه‌های مراقبت بیمار، سیاست‌گذاری در راستای اشاعه کاربرد پژوهش در موقعیت‌های عملی و آموزشی بود. از جمله نقاط ضعف در بررسی انجام شده کمبود برخی از امکانات و تجهیزات، عدم پیاده‌سازی نظام ارجاع و اصلاح تعرفه، مبهم و نامشخص بودن نظام پرداخت به متخصصین همکار با گروه، عدم اتصال به سامانه سیب درمانگاه تخصصی پزشکی خانواده در برخی از بیمارستان‌ها و فعال نبودن درمانگاه تخصصی پزشکی خانواده در برخی از بیمارستان‌ها بود. از جمله پیشنهادات جهت رفع مشکلات موجود می‌توان به برنامه‌ریزی جهت تامین شرایط کنترل مداوم کیفیت و ارزیابی تسهیلات و تجهیزات در مراکز متولی آموزش دستیاران به‌صورت منظم، سیاست‌گذاری برای انتقال اعتبارات، تجهیز کامل کلینیک پزشکی خانواده و حتی‌الامکان استفاده از ظرفیت مراکز خدمات جامع سلامت، راه‌اندازی درمانگاه‌های تخصصی پزشکی خانواده و اختصاص جمعیت تحت پوشش، پیاده سازی نظام ارجاع و اصلاح تعرفه، تجهیز مرکز جامع سلامت طبق استانداردهای کوریکولوم اشاره نمود.

حوزه ارزشیابی فرآیند آموزشی: ارزشیابی آموزشی به یک فعالیت رسمی گفته می‌شود که برای تعیین کیفیت، اثربخشی، یا ارزش یک برنامه، فرآورده، پروژه، فرآیند، هدف یا برنامه درسی به اجرا در می‌آید (۱۳). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در رابطه با ۱۳ استاندارد طراحی شده در این حیطه، تقریباً کلیه دانشگاه‌ها (به جز ۱ مورد) در وضعیت انطباق کامل و نسبی قرار دارند و در رابطه با دو استاندارد ۱ دانشگاه با استاندراد عدم انطباق مشاهده شد.

از جمله نقاط مثبت ارزیابی شده در دانشگاه‌ها در این حوزه عبارت بود از ارزیابی عملکرد با توجه به رسالت آموزشی تخصص پزشک خانواده، اخذ مجوز برنامه توسط ارزیابان براساس معیارهای تعریف شده و ارزیابی برنامه، مشارکت مدیران و مجریان آموزش‌های عملی، در فرآیندها و پیامدهای ارزشیابی، مشارکت اساتید و دستیاران در فرآیندها و پیامدهای ارزشیابی، وضوح فرآیندها و پیامدهای ارزشیابی برای همه ذی‌نفعان. از سوی دیگر در برخی از دانشگاه‌ها عدم انطباق کامل با استانداردها در زمینه گرفتن بازخورد به‌طور سیستماتیک درباره برنامه از هر دو گروه اساتید و دستیاران، تحلیل بازخوردها، ارزیابی عملکرد دستیاران با توجه به برنامه آموزشی، نداشتن ساز و کار برای ارزیابی برنامه توسط مسئولان وجود داشت. نتایج مطالعه Gibson و همکاران در اعتباربخشی دستیاری پزشکی خانواده براساس استانداردهای WONCA نشان داد که دارا بودن مدل یادگیری کارآموزی و وجود اعضاء هیئت علمی به‌عنوان یک نهاد معتبر در این حوزه از جمله توانمندی‌ها و تعیین خط مشی‌ها و رویه‌های روشن و برنامه‌ریزی برای ارزیابی اجزا و نتایج آموزش را فرصت‌های رشد در حوزه ارزشیابی فرآیندهای آموزشی ذکر کردند (۱۵). در سایر مطالعات نیز وضعیت این حیطه مورد ارزشیابی قرار گرفته و پیشنهاداتی جهت ارتقاء فرآیندهای آموزشی پیشنهاد شده است (۱۳، ۲۷، ۲۸).

حوزه حاکمیت و رهبری آموزشی: این حوزه شامل فرآیندی است که کلیه فعالیت‌های افراد همکار در سازمان‌های آموزشی را در جهت رسیدن به هدف‌های تعلیم و تربیت همسو نموده و با استفاده صحیح از منابع فیزیکی و انسانی زمینه‌های مساعد و مناسب را جهت تحقق هدف‌های فوق فراهم می‌سازد (۱۳). با توجه به طراحی ۱۱ استاندارد در این حوزه، تقریباً تمامی دانشگاه‌ها (به جز ۱ مورد) در رابطه با ۶ استاندارد در وضعیت انطباق کامل و در بقیه موارد اکثریت انطباق کامل و یا نسبی قرار داشتند و یک دانشگاه در رابطه با ۴ استاندارد در وضعیت عدم انطباق ارزیابی شد. آموزش مطابق با مقررات تعیین شده در رابطه با ساختار، محتوا، فرآیند و پیامد از سوی وزارت بهداشت، وضوح مسئولیت‌های

رهبری حرفه‌ای در برنامه، مدیریت خوب، به‌کارگیری منابع و وجود شورای آموزشی پزشکی تخصصی از جمله نقاط قوت اکثر دانشگاه‌ها بود. اما از طرفی در برخی از دانشگاه‌ها مسیر کاملاً شفاف مسئولیت و اختیار برای تامین بودجه منابع آموزش وجود نداشت و کارکنان اجرایی برای حمایت از اجرای برنامه مناسب نبودند. در این زمینه پیشنهاد می‌گردد در دانشگاه‌های مورد نظر تیم مدیریتی قوی جهت برنامه‌ریزی و هدایت فعالیت‌های مرتبط با تربیت دستیار تخصصی پزشکی خانواده به‌کار گرفته شده و فرآیندها به وضوح تعریف شود.

حوزه بازنگری مستمر: این حوزه به تجربه‌های اخیر ارزیابی مستمر کیفیت در سطح بین‌المللی، که بر ارتقای کیفیت تدریس و بهبود فرآیند یاددهی- یادگیری تاکید می‌کنند، اشاره می‌نماید. پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که ارزیابی کیفیت فرآیند تدریس- یادگیری و اقدام برای بهبود براساس آن، به کسب تجربه‌ای بهتر در زندگی دانشگاهی برای دانشجویان می‌انجامد؛ هم‌چنین آنان را با توجه به هدف‌های برنامه آموزشی توانمندتر می‌کند و به کیفیت پیامدهای یادگیری به عنوان "ارزش" در سیاست‌گذاری‌های دانشگاهی توجه شده است (۲۹،۳۰). این حیطه تاکید بر این دارد که دانشکده یا مقامات مسئول چگونه در بازنگری و به‌روزرسانی ساختار، عملکرد و کیفیت برنامه‌های آموزشی مشارکت می‌نمایند، چه مطالعات یا داده‌هایی از بازنگری برنامه‌های تخصصی در ۵ سال گذشته حاصل شده است و کدام استانداردها از هر یک از برنامه‌های آموزشی در پاسخ به نیازهای اجتماعی و اطلاعات جدید و بهترین شواهد در آموزش پزشکی پشتیبانی می‌کنند (۳۱). در این حوزه ۲ استاندارد طراحی شده، به‌جز ۲ دانشگاه، سایر دانشگاه‌ها انطباق کامل داشتند. و از جمله نقاط مثبت این بود که مقامات مسئول فرآیندهایی برای بازنگری منظم و به‌روزرسانی ساختار، کارکرد و کیفیت برنامه‌های آموزشی ترتیب داده و سعی در اصلاح کمبودهای شناسایی شده دارند.

نتایج اعتباربخشی مطالعه حاضر به‌منزله راهنمایی جهت تقویت نقاط قوت و برطرف نمودن نقاط ضعف در اجرای برنامه موجود جهت دانشگاه‌های علوم پزشکی و منبعی جهت تصمیم‌گیری در سطح کلان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت اعطاء مجوز ادامه کار و فعالیت دانشگاه‌ها برای تربیت دوره تخصصی پزشکی خانواده است.

قدردانی

این طرح به سفارش دبیرخانه شورای آموزش پزشکی عمومی و سازمان جهانی بهداشت، توسط مرکز تحقیقات آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد. این طرح با کد ۹۷۳۲۴۳ مصوب مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی می‌باشد. نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از مرکز ملی تحقیقات راهبردی و سازمان جهانی بهداشت به دلیل حمایت مالی و هم‌چنین مرکز تحقیقات آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و کلیه اساتید و همکاران دست اندرکار ارزیابی بیرونی رشته تخصصی پزشکی خانواده اعلام می‌نمایند.

References

1.Ministry of Health and Medical Educatio.[Educational program and criteria of family physician specialty]. Tehran. Ministry of Health and Medical Education; 2015. [Persian]

2.Mohammadian M, VafaeeNajar A, NejatzadehganEidgahi Z, Jajarmi H, Hooshmand E. [Reviewing the Challenges of Family Physician Program from the Perspective of Managers and Doctors in North Khorasan province 2017]. Journal of Paramedicine and Rehabilitation Sciences of Mashhad 2018; 7 (1): 14-24. [Persian]

3.Jabari A, Sharifirad G, Shokri A, BahmanZiari N, Kordi A.[Overview of the Performance of Rural Family Physician in Iran]. Health Inf Manage 2013; 9 (7): 1132-45. [Persian]

4.Reiesian Sh, Eslamian M, Azmal M, Bastani P, Kalhor R.[Assessment Of Urban Family Physician Program In Pilot Centers Covered By Ahvaz Jundishapur University Of Medical Sciences]. payavard Salamat 2013; 7 (1) :11-20. [Persian]

5.Family Medicine Residency. [Cited 2019 Aug10]. Available from:http://etums.tums.ac.ir/Default.aspx? PageID=95 [Persian]

6. Family Medicine Residents Official Website of Iranian Family Physicians. [Cited 2019 Oct22]. Available from: http://www.iranianfamilyphysicians.com [Persian]

7. EDC of Isfahan. Operational Program of Accreditation and Appraisal Unit. [Cited 2018 Jul 18]. Available from: http://edc.mui.ac.ir/fa [Persian]

8. Pazargadi M, Peyravi H A, Pourkhoshbakht Y, Alavi Mojed H, Azizi F.[Proposing an Accreditation Model for Medical Universities of Iran]. Iranian Journal of Medical Education 2001; 1 (4) :26-35. [Persian]

9.Hakkak M, Hozni SA, Shahsiah N, Akhlaghi T.[Design of Hospital Accreditation Model: A Qualitative Study]. Management Strategies in Health System 2017; 2 (3) :201 14. [Persian]

10.Tabrizi J, Kabiri N, Abdollahi L, Yari Fard K, Saadati M, Daemi A, et al.[Developing Accreditation Measures for Adapted Model of Clinics' Accreditation and Accrediting the Clinic of Tabriz Aali Nasab Hospital Using this Model in 2012]. Depiction of Health 2014; 4 (4): 26-30. [Persian]

11. Mirzadeh A, Tavakoli S, Yazdani K, Taj M. Accreditation: A Way to Quality Assurance and Improvement. Iranian Journal of Medical Education 2004; 4 (2): 105-16. [Persian]

12. MacLellan A M, Brailovsky C, Rainsberry P, Bowmer I, Desrochers M. Examination outcomes for international medical graduates pursuing or completing family medicine residency training in Quebec. Canadian Family Physician 2010; 56 (9): 912-8.

13. Miri A, Sanainasab H, Khajeazad M, Mohtashami R. [Assessment of the Implementation of the Standards of the World Federation of Medical Education (WFME) during the Internship Period of One of the Tehran University of Medical Sciences]. Bimonthly of Education Strategies in Medical Sciences 2018; 11 (1): 148-56. [Persian]

14. Nejatifar F, Gharib C, Monfared A, Shenavar I, Alavi SA, Hojati A, et al.[Internal evaluation of residency training course in internal medicine of Guilan University of Medical Sciences in 2022]. Research in Medical Education 2022; 14 (1): 79-88. [Persian]

15. Gibson C, Ladak F, Shrestha A, Yadav B, Thu K, Aye T. Use of WONCA global standards to evaluate family medicine postgraduate education for curriculum development and review in Nepal and Myanmar. Education for Primary Care 2016; 27 (5): 351-7. [DOI:10.1080/14739879.2016.1218798]

16. Narenji Thani F, Jamaladdini H, Rouhani S.[Identification and evaluation of internal factors related tothe education management system in the Red Crescent Society of the Islamic Republic of Iran]. Journal of Medicine and Spiritual Cultivation 2019; 28 (1): 79-102. [Persian]

17.Mirzaei A, Sadeghifar J, Mousavi SM, Khodayari R. Internal Evaluation in Selected Educational Groups of Faculty of Medicine in Ilam University of Medical Sciences (A Short Report). Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2013; 12 (1): 71-8. [Persian]

18. Sereshti M, Banaeian S, Delaram M, Kazemian A, Safdari Dehcheshme F, Karami A, et al. [Internal Evaluation of Midwifery Department, Nursing and Midwifery Faculty of Shahrekord University of Medical Sciences]. Educ Strategy Med Sci 2019; 11 (5):191-9. [Persian]

19.Al- Khathami AD. Evaluation of Saudi family medicine training program: The application of CIPP evaluation format. Medical teacher 2012; 34 (sup1): S81-S9. [DOI:10.3109/0142159X.2012.656752]

20.Dobbie A, Kelly P, Sylvia E, Freeman J. Evaluating family medicine residency COPC programs: meeting the challenge. Family Medicine- Kansas City 2006; 38 (6): 399.

21.Eden AR, Peterson LE. Impact of potential accreditation and certification in family medicine maternity care. Fam Med 2017; 49 (1): 14-21.

22.David AK. Preparing the personal physician for practice (P4): residency training in family medicine for the future. The Journal of the American Board of Family Medicine 2007; 20 (4): 332-41. [DOI:10.3122/jabfm.2007.04.070081]

23. Hosseini M, Tabrizchi N.The Trend of Family Physician in Iran and Selected Countries of the World. Iran J Cult Health Promot 2022; 6 (1) :12-18.

24.Buchman S. It's about time: 3-year FM residency training. Canadian Family Physician 2012; 58 (9): 1045.

25.Fowler N, Lemire F, Oandasan I, Wyman R. The evolution of residency training in family medicine: a Canadian perspective. Family Medicine 2021; 53 (7): 595-8.

[DOI:10.22454/FamMed.2021.718541]

26.Scherger JE. Preparing the personal physician for practice (P4): essential skills for new family physicians and how residency programs may provide them. The Journal of the American Board of Family Medicine 2007; 20 (4): 348-55. [DOI:10.3122/jabfm.2007.04.070059]

27.Khazaei MR, Zanganeh F, Eftekhari LM, Rezaei M. Characteristics of the Internal Evaluations of the Educational Groups in Kermanshah University of Medical Sciences, Iran. Educational Research in Medical Sciences 2021; 10 (1): e115443. [DOI:10.5812/erms.115443]

28.Maniate JM. Redesigning a resident program evaluation to strengthen the Canadian residency education accreditation system. Academic Medicine 2010; 85 (7): 1196-202.

[DOI:10.1097/ACM.0b013e3181e1a73b]

29.Bazargan A.[Rethinking about continuous quality assessment in Iran higher education: Need for strengthening national evaluation agencies and framework revision.]Quarterly Journal of Research and Planning in Higher Education 2022; 27 (4): 1-23. [Persian]

[DOI:10.52547/irphe.27.4.1]

30.Tomlinson M. Conceptions of the value of higher education in a measured market. Higher Education 2018; 75 (4): 711-27. [DOI:10.1007/s10734-017-0165-6]

31.WONCA. WONCA Global Standards on PostgraduateFamily Medicine Education [Cited 2013 Feb14]. Available from: https://www.woncaeurope.org