

گام‌های توسعه در آموزش پزشکی
مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی
دوره سیزدهم، شماره ششم، ص ۵۵۲ - ۵۳۹، ۱۳۹۵

مشکلات برنامه‌های آموزش مداوم پزشکان عمومی و راه‌های برطرف شدن آن از دید اعضای هیأت علمی

سید هادی حکاک^۱، عباس علامی^{۲*}، فریبا درخشان^۳، مهناز عباسی^۴

۱. پزشک عمومی و دانشجوی دوره MPH، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
۲. متخصص بیماری‌های عفونی، دانشیار، گروه بیماری‌های عفونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
۳. کارشناس ارشد آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ایران
۴. فوق تخصص روماتولوژی، دانشیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

● دریافت مقاله: ۹۵/۸/۳ آخرین اصلاح مقاله: ۹۵/۱۲/۱۷ ● پذیرش مقاله: ۹۵/۱۲/۲۱

زمینه و هدف: در بیشتر مطالعات انجام شده، میزان موفقیت برنامه‌های آموزش مداوم در کشور از نظر شرکت کنندگان مناسب ارزیابی نشده است. با توجه به این که در طی بررسی‌های صورت گرفته، مطالعه‌ای از دید سخنرانان (یکی از عوامل تأثیرگذار و ذی‌نفع در این موضوع) یافت نشد، مطالعه حاضر با هدف بررسی مشکلات برنامه‌های آموزش مداوم پزشکان عمومی و راه‌های برطرف شدن آن از دید سخنرانان برنامه‌های مذکور انجام گردید.

روش کار: این پژوهش به صورت کیفی و با مشارکت ۱۵ نفر از اعضای هیأت علمی دارای سابقه سخنرانی در برنامه‌های آموزش مداوم، در سال ۱۳۹۴ انجام شد. انتخاب مشارکت کنندگان به روش مبتنی بر هدف و جمع‌آوری اطلاعات به روش بحث گروهی متمرکز بود. تمام گفتگوها ضبط شد و استخراج یافته‌ها به شیوه تحلیل محتوای استقرایی صورت گرفت.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به استخراج سه درون‌مایه (حوزه مشکل)، ۱۲ طبقه، ۴۲ زیرطبقه و ۶۸ راه‌حل پیشنهادی گردید. داده‌ها در سه درون‌مایه «کاهش انگیزه برای حضور در برنامه‌ها (مشمول بر ۴ طبقه)، اثربخشی پایین برنامه‌های اجرا شده (مشمول بر ۵ طبقه) و اثربخش نبودن ارزشیابی برنامه‌ها (مشمول بر ۳ طبقه)» نمایان شد.

نتیجه‌گیری: باید انگیزه اصلی پزشکان عمومی از شرکت در برنامه‌های آموزش مداوم، به سمت اصلاح عملکرد حرفه‌ای سوق داده شود. به نظر می‌رسد امکان‌پذیری مداخله در حوزه روش اجرا و ارزشیابی برنامه از حوزه انگیزه شرکت کنندگان بیشتر است. برگزاری کارگاه‌های آموزشی روش تدریس برای اعضای هیأت علمی، بهبود اطلاع‌رسانی از اهداف و تقویم برگزاری برنامه‌ها، به کارگیری کارگاه آموزشی به جای سخنرانی، تغییر ملاک ارزشیابی‌ها از رضایت‌سنجی به سنجش اصلاح عملکرد و بازخورد دادن نتایج ارزشیابی‌ها، از جمله موارد تأثیرگذار در اثربخشی برنامه‌ها می‌باشد.

کلید واژه‌ها: اثربخشی، آموزش مداوم، پزشک عمومی، ارزشیابی، مطالعه کیفی

*نویسنده مسئول: بخش عفونی، خیابان بوعلی، بیمارستان بوعلی، قزوین، ایران

Email: allami9@yahoo.com

● تلفن: ۰۲۸-۳۳۳۳۳۰۳۱ ● شماره: ۰۲۸-۳۳۳۳۴۲۰۰۹

مقدمه

صاحب‌نظران معتقد هستند که تحصیلات دانشگاهی به اندازه کافی کارکنان سلامت را برای انجام مراقبت‌های عملی آماده نمی‌سازد و آن‌ها در این خصوص نیاز به آموزش مداوم دارند. از سوی دیگر، فراگرفته‌های انسان به ویژه در مورد علمی همچون پزشکی که دامنه آگاهی‌های آن به سرعت در حال تغییر است، با گذشت زمان دچار کاهش می‌گردد (۱). پزشکان عمومی به عنوان افرادی که در خط اول برخورد با بیماران و جامعه قرار دارند، باید از روش‌های جدید درمانی آگاهی داشته باشند. به کمک آموزش مداوم، شاغلان حین انجام کار تجربیات و دانش کافی را کسب می‌نمایند و افرادی خودساخته بار می‌آیند، کارایی شغلی آنان بالاتر می‌رود و موفقیت اجرای برنامه‌های تضمین کیفیت فراهم می‌گردد. همچنین، آموزش مداوم می‌تواند به عنوان مهم‌ترین روش در حفظ رسمیت حرفه پزشکی و پیشگیری از رکود آن، نوعی تضمین کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی ارائه نماید که موجب افزایش سطح انگیزه و جسارت حرفه‌ای پزشکان شود (۲).

امروزه آموزش مداوم یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر محسوب می‌شود که هدف از آن، حفظ و ارتقای دانش و مهارت‌های حرفه‌ای دانش‌آموختگان جامعه پزشکی و در نهایت، افزایش سطح سلامت جامعه می‌باشد. در حال حاضر، آموزش مداوم به عنوان یک ضرورت مطرح شده است و یافتن مؤثرترین روش‌های آموزش مداوم که بتواند مهارت بالینی، مدیریتی، اجتماعی و اخلاقی پزشکان را افزایش دهد و باعث بهبود شرایط خدمات‌رسانی به بیماران گردد، در جریان می‌باشد. آموزش مداوم در دهه‌های اخیر با سرعت زیادی در حال توسعه و گسترش است، با این حال نگرانی‌هایی درباره کیفیت آن وجود دارد. نظام‌های آموزشی کنونی با فشارهایی از جمله اثربخشی سیاست‌ها و عملکردها، رقابت‌پذیری، محدودیت‌های مالی و اطمینان از تضمین کیفیت خود مواجه هستند. در واقع، نیاز به آموزش مداوم امر پذیرفته شده‌ای می‌باشد و اکنون مطالعات به کشف روش‌هایی با اثربخشی بیشتر معطوف شده

است (۲). از این‌رو، تلاش در جهت برگزاری شایسته و انتخاب روش‌های مناسب تدریس و اجرای برنامه‌های آموزش مداوم و سپس ارزیابی نظرات آموزش‌گیرندگان جهت ارتقای کیفیت آن، ضروری به نظر می‌رسد.

سیاست‌گذاری‌های کلان برنامه‌های آموزش مداوم پزشکان عمومی در وزارت بهداشت، در حوزه معاونت آموزشی انجام می‌گیرد و مسؤولیت صحت و نتیجه‌بخشی خدمات بهداشتی-درمانی انجام گرفته در هر دو بخش دولتی و خصوصی بر عهده وزارت بهداشت است (۳). در سال ۱۳۶۹ قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی با هدف ارتقای دانش و مهارت‌های شغلی و بهبود ارائه خدمات بهداشتی-درمانی در کشور مورد تصویب قرار گرفت و در حال حاضر دانش‌آموختگان رشته پزشکی در کشور، ملزم به رعایت قوانین آموزش مداوم برای تمدید مجوز فعالیت خود می‌باشند. یکی از چالش‌برانگیزترین بندهای این قانون، منوط شدن فعالیت پزشکان به ارائه گواهی شرکت در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم می‌باشد (۴). بیش از دو دهه از تصویب قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی و به دنبال آن، درگیر ساختن دانشگاه‌های علوم پزشکی در اجرای این قانون می‌گذرد. در حال حاضر، ضرورت این قانون مورد قبول همگان قرار گرفته و مقاومت‌ها در برابر آن کاهش یافته است. سازمان نظام پزشکی و انجمن‌های علمی نیز در این زمینه فعال شده‌اند و احساس مسؤولیت بیشتری در مورد ارائه این آموزش‌ها می‌کنند.

در مطالعات انجام شده در کشور، عمده‌ترین عامل انگیزشی شرکت در برنامه‌های آموزش مداوم، کسب امتیاز ذکر شده است که این امر در راستای هدف‌گذاری اولیه و اصلی آن که به روز نگه داشتن مهارت‌های حرفه‌ای کارکنان بخش سلامت جهت برآورده نمودن نیازهای بیماران و سیستم سلامت کشور است، نمی‌باشد (۵-۷). در حال حاضر اغلب برنامه‌های آموزش مداوم در دانشگاه علوم پزشکی قزوین به صورت سخنرانی (بیشتر در قالب سمینار و کنفرانس و در موارد معدود کارگاه) برگزار می‌گردد. در بعضی مطالعات، جذابیت و کارایی

عمومی شاغل در بخش‌های مختلف بهداشتی- درمانی بود، بررسی شود. برای شناسایی مشکلات و ابعاد مختلف آن به گونه‌ای که تجربه شده است و موجود می‌باشد، رویکرد کیفی با مشورت دست‌اندرکاران انتخاب شد تا با کنکاش عمیق، مشکلات و ابعاد مختلف آن‌ها شناسایی گردد. مطالعه حاضر می‌تواند مبنایی برای جهت‌گیری مطالعات دیگر باشد تا به حیطه‌های شناخته شده با تمرکز بیشتری پرداخته شود. انتخاب مشارکت کنندگان به صورت مبتنی بر هدف صورت گرفت. در این نوع انتخاب، افراد به دلیل اطلاعات دست اولی که درباره یک موضوع دارند و یا به دلیل این که پدیده مورد نظر را تجربه نموده‌اند یا دیدگاه خاصی درباره آن دارند، انتخاب می‌شوند و هنگامی که داده‌ها به اشباع رسید، انتخاب مشارکت کنندگان خاتمه می‌یابد (۱۱). از این‌رو، اعضای هیأت علمی علاقمند به آموزش مداوم که تمایل به بیان درک و تجربه خویش در این زمینه را داشتند، وارد مطالعه شدند. پژوهش حاضر در شورای پژوهشی مرکز مطالعات دانشگاه علوم پزشکی قزوین مورد تصویب قرار گرفت. مجوز لازم برای انجام بحث گروهی متمرکز در سطح دانشگاه، از دفتر آموزش مداوم دانشگاه کسب گردید. سپس، محقق اطلاعات لازم را در اختیار شرکت کنندگان بحث گروهی متمرکز قرار داد و آنان در صورت داشتن رضایت در بحث گروهی متمرکز، مشارکت می‌نمودند. سعی شد برای دستیابی به اطلاعات غنی‌تر، تنوع بیشتری در میان مشارکت کنندگان وجود داشته باشد و تنوع از نظر همه خصوصیات (مانند سن، سابقه کاری، دارای سمت اجرایی یا آموزشی و بدون آن، ایفای نقش در برنامه‌های آموزش مداوم بیشتر به عنوان مدرس و یا بیشتر به عنوان شرکت کننده، تمام وقت جغرافیایی و غیر جغرافیایی که در هر دو بخش دولتی و خصوصی (مطب شخصی) فعالیت داشتند، با سابقه کاری کم و زیاد، متخصص و فوق تخصص، رشته‌های داخلی و جراحی) وجود داشته باشد. داده‌های مطالعه از طریق مصاحبه بحث گروهی متمرکز به دست آمد.

قبل از انجام مصاحبه گروهی، طی تماس تلفنی و یا

برنامه‌های ارایه شده ناکافی دانسته شده و موانع متعددی برای اثربخشی و سودمندی این برنامه‌ها عنوان شده است (۸-۱۰). در بیشتر این تحقیقات، مشکلات از دیدگاه شرکت کنندگان برنامه‌ها بررسی شده است. به نظر می‌رسد که شناسایی دلایل تأثیرگذار بر اثربخشی برنامه‌های آموزش مداوم بر اساس نظرات یکی از ذی‌نفعان اصلی یعنی اعضای هیأت علمی دانشگاه که بیشتر به عنوان مدرس در این برنامه‌ها حضور می‌یابند و گاهی خود نیز به عنوان شرکت کننده این برنامه‌ها را تجربه نموده‌اند، بتواند راهگشا باشد و مورد استفاده متصدیان آموزش مداوم قرار گیرد تا از این طریق بتوانند برنامه‌های اجرایی مناسب‌تری جهت بهبود آموزش مداوم ارایه نمایند.

طی بررسی‌های صورت گرفته، مطالعه مشابه داخلی از دیدگاه مدرسان این برنامه‌ها یافت نشد. از این‌رو، مطالعه حاضر به مرور مشکلات موجود در برنامه‌های آموزش مداوم پزشکان عمومی و راه‌های برطرف شدن آن از دید اعضای هیأت علمی به روش کیفی پرداخت.

روش کار

این پژوهش با رویکرد کیفی و با استفاده از روش تحلیل محتوای استقرایی (Inductive approach) در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه پژوهش را صاحبان فرایند آموزش شامل اعضای هیأت علمی دانشکده پزشکی تشکیل دادند. این افراد اغلب متولی و عهده‌دار آموزش برنامه‌های آموزش مداوم در کشور هستند. محیط پژوهش، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین بود. دانشگاه علوم پزشکی قزوین یکی از واحدهای مجری آموزش مداوم جامعه پزشکی در سطح کشور می‌باشد. بنابراین، شناسایی مشکلات و معضلات این سیستم دانشگاهی در بخش آموزش مداوم و اخذ تدابیری برای رفع آن‌ها، تضمین کننده کیفیت خدمات بهداشتی- درمانی به مردم این استان خواهد بود.

در گام نخست تصمیم گرفته شد تا تجربه صاحب‌نظران فعال در این سیستم که دغدغه آن‌ها نیز کارآمد نمودن پزشکان

نفر از شرکت کنندگان پژوهش داده شد که کدهای به دست آمده توسط محققان، توسط شرکت کنندگان نیز مورد تأیید قرار گرفت. در انتها، برای واضح‌تر شدن کلیه عوامل احتمالی مؤثر و با هدف ارایه به صورت بصری، کدها دوباره در قالب یک دیاگرام علت و اثر (Cause and effect diagram) خلاصه گردید. عللی که حداقل پیچیدگی داشتند، با کمترین فاصله نسبت به سر ماهی و عللی که دارای بیشترین پیچیدگی بودند، در قسمت دم ماهی به صورت یک زنجیره پیوسته نوشته شد (۱۳).

یافته‌ها

۱۵ نفر از استادان بالینی دانشکده پزشکی با دامنه سنی ۳۸ تا ۶۲ سال در مطالعه حاضر شرکت نمودند. سابقه فعالیت در سمت هیأت علمی آنان در دانشکده پزشکی از ۴ تا ۲۷ سال بود. ۱۲ نفر از نمونه‌ها را مردان و ۳ نفر آن‌ها را زنان تشکیل دادند که از نظر رتبه علمی، ۶ نفر دانشیار و بقیه استادیار بودند. تحلیل داده‌ها منجر به استخراج سه درون‌مایه (حوزه مشکل)، ۱۲ طبقه، ۴۲ زیرطبقه و ۶۸ راه‌حل پیشنهادی گردید. داده‌ها در سه درون‌مایه «کاهش انگیزه برای حضور در برنامه‌ها (۴ طبقه)، اثربخشی پایین برنامه‌های اجرا شده (۵ طبقه) و اثربخش نبودن ارزشیابی برنامه‌ها (۳ طبقه)» نمایان شد. مضمون‌های مربوط به مشکلات در حیطه کاهش انگیزه برای حضور در برنامه‌ها شامل «استقبال کم پزشکان عمومی از برنامه‌ها، کاهش استقبال استادان از مشارکت در برنامه‌های بازآموزی، سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اطلاع‌رسانی نامناسب برنامه‌ها» بود. در مضمون اثربخشی پایین برنامه‌های اجرا شده نیز کدهای «عدم توجه به مشکلات زمینه‌ای شرکت کنندگان، متناسب نبودن موضوعات با نیاز پزشکان عمومی، کسل کننده بودن برنامه‌ها، عدم تمرکز بر نکات مهم و عدم ارایه مناسب بعضی مدرسان» ذکر شد (جدول ۱).

حضور با مشارکت کنندگان، اهداف مطالعه برای آنان بیان گردید و پس از اعلام موافقت برای مصاحبه حضوری، هماهنگی لازم از نظر زمان و مکان مصاحبه انجام گرفت. در مطالعه حاضر موردی از امتناع مشاهده نشد. بحث گروهی متمرکز در سالن تحصیلات تکمیلی واقع در دانشکده پزشکی انجام گردید. در هر جلسه حدود ۷ نفر از اعضای هیأت علمی دعوت شدند تا زمان مناسب جهت مشارکت در اختیار شرکت کنندگان جلسه قرار داده شود. پس از تشریح اهداف مطالعه و دادن اطمینان جهت بی‌نام ماندن داده‌های حاصل و اختیار برای شرکت و قطع همکاری برای کلیه شرکت کنندگان، اجازه ضبط بحث گروهی متمرکز کسب گردید. راهنمای بحث گروهی متمرکز شامل چند سؤال باز و کلی شامل «درک شما از وضعیت فعلی آموزش مداوم چیست؟، چالش‌های آموزش در آموزش مداوم چه مواردی است؟ و الزامات آموزش مداوم مؤثر چیست؟» بود. پس از انجام هر بحث گروهی متمرکز، اطلاعات ضبط شده چندین بار گوش داده شد و روی کاغذ پیاده گردید. هر یک از جلسات بحث گروهی متمرکز بین ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه به طول انجامید. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به طور هم‌زمان و تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوا انجام شد. تحلیل محتوا روشی برای تفسیر داده‌های متنی از طریق فرایند منظم کدگذاری، طبقه‌بندی و شناسایی درون‌مایه‌ها و الگوها می‌باشد (۱۲).

در طول مطالعه روش‌هایی برای اطمینان از صحت داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. ابتدا نمونه‌ای از نتایج بحث گروهی متمرکز که پیش‌تر کدهای آن‌ها توسط محققان استخراج شده بود، دوباره در اختیار یک ناظر که صاحب‌نظر در تحقیق کیفی بود، قرار گرفت و از او درخواست گردید که کدهای متن را بازبینی نماید و نتایج مجدد مورد ارزیابی قرار گرفت. در بیشتر موارد کدهای به دست آمده توسط محققان مورد تأیید ناظر خارجی قرار گرفت. همچنین، از روش بازنگری شرکت کنندگان نیز استفاده گردید؛ بدین معنی که متن بحث گروهی متمرکز به همراه کدهای استخراج شده از متن به دو

جدول ۱: مشکلات برنامه‌های آموزش مداوم پزشکان عمومی و راه‌های برطرف شدن آن از دید اعضای هیأت علمی

درون‌مایه (حوزه مشکل)	طبقه	زیرطبقه	راه‌حل پیشنهادی
کاهش انگیزه برای حضور در برنامه‌ها	استقبال کم پزشکان عمومی از برنامه‌ها (کاهش تعداد شرکت کننده در هر برنامه)	فراموشی هدف اصلی از آموزش مداوم (کسب امتیاز از برنامه‌ها)	خارج نمودن برنامه‌ها از حالت دستوری
		انگیزه پایین پزشکان عمومی برای بهبود عملکرد	افزایش نظارت بر عملکرد پزشکان عمومی و ارایه بازخورد به آنان
		امکان کسب امتیاز از برنامه‌های غیر مرتبط	الزام پزشکان به شرکت در برنامه‌های مرتبط با حوزه فعالیتشان (درج شده در تابلو)
		محدود نمودن دایره حضور شرکت کنندگان مجاز به حضور در برنامه‌ها	محدود نمودن دایره حضور شرکت کنندگان مجاز به حضور در برنامه‌ها
		تمرکز بیشتر برنامه‌ها در انتهای سال	توزیع یکنواخت برنامه‌ها در طول سال
		کاهش تعداد برنامه‌های برگزار شده در سال	کاهش تعداد برنامه‌های برگزار شده در سال
		حذف یا حداقل کاهش برنامه‌های مشابه که به صورت موازی برگزار می‌گردد (ارایه یک عنوان توسط دو گروه آموزشی مختلف به صورت مجزا و یا هم‌زمان به وسیله دانشگاه و نظام پزشکی با فاصله کوتاه از یکدیگر)	حذف یا حداقل کاهش برنامه‌های مشابه که به صورت موازی برگزار می‌گردد (ارایه یک عنوان توسط دو گروه آموزشی مختلف به صورت مجزا و یا هم‌زمان به وسیله دانشگاه و نظام پزشکی با فاصله کوتاه از یکدیگر)
		گروه‌های مینور بهتر است در کنار گروه‌های ماژور برنامه برگزار کنند.	گروه‌های مینور بهتر است در کنار گروه‌های ماژور برنامه برگزار کنند.
		زیاد بودن امتیاز بعضی برنامه‌ها	منطقی تر شدن امتیاز اختصاص داده شده به برنامه‌های آموزش مداوم به ویژه موارد دارای اولویت از نظر وزارت بهداشت و یا برگزار شده توسط دانشگاه‌های بزرگ
		ابهام در نقش‌های پزشکان عمومی در عرصه درمان	استقرار سیستم ارجاع و پزشک خانواده
نگاه منفی پزشکان به محتوای ارایه شده (شاید مدرسان برای حفظ بازار خودشان نکات عملی را نمی‌گویند).	آموزش اخلاق حرفه‌ای برای مدرسان		
عدم احساس نیاز پزشکان برای تغییر رفتار	ایجاد هماهنگی بین بخشی (هماهنگی بین نظام پزشکی، بیمه‌ها، معاونت درمان و بخش آموزش)		
کاهش استقبال استادان از مشارکت در برنامه‌های بازآموزی	کمی امتیازات و جذابیت سخنرانی در برنامه‌ها	کمی امتیازات و جذابیت سخنرانی در برنامه‌ها	چاپ کتاب مقالات (جذابیت برنامه برای سخنران)
		کمی جذابیت برای پذیرش دبیری علمی و	فراهم‌سازی امکانات رفاهی برای سخنرانان
		کمی امتیازات و جذابیت برای پذیرش دبیری علمی و	افزایش امتیازات (ارتقا و ترفیع پایه) هر سخنرانی
		کمی امتیازات و جذابیت برای پذیرش دبیری علمی و	افزایش امتیازات (ارتقا و ترفیع پایه) هر مورد دبیری علمی و

اجرای برنامه‌های بازآموزی	اجرائی	
یکی بودن سیاست گذار و اجرا کننده	از همکاری نظام پزشکی استفاده شود.	
عدم مرور تجربیات موجود و استفاده از آن	مرور تجربیات سایر دانشگاه‌ها و کشورها در زمینه افزایش جذابیت و اثربخشی برنامه‌های آموزش مداوم	
عملکرد ضعیف شورای آموزش مداوم در دانشگاه	برگزاری جدی تر جلسات شورای آموزش مداوم	
سیاست گذاری و برنامه ریزی نامناسب	دعوت از پشتیبان‌ها (حامی بخش خصوصی) جهت برگزاری بهتر برنامه‌های بازآموزی	
بودجه محدود برگزاری برنامه‌ها	اختصاص بودجه بیشتر برای پذیرایی، تهیه هدیه و پرداخت حق الزحمه جهت سخنرانان و عوامل اجرایی	
عدم وجود برنامه‌های جانبی و یا کیفیت پایین آن	دعوت از شرکت‌های دارویی برای برگزاری نمایشگاه (غرفه) و کارگاه‌های جانبی مرتبط	
عدم توجه به ظرفیت‌های در حال گسترش	استفاده از روش‌های نوین ارتباطی مانند تلگرام	
ضعیف بودن تبلیغات میدانی برنامه‌ها	افزایش تبلیغات میدانی برنامه‌ها	
نامشخص بودن عنوان و تاریخ برگزاری برنامه‌ها از ابتدای سال	در ابتدای سال عنوان و تاریخ برگزاری کلیه برنامه‌ها مشخص و اطلاع‌رسانی گردد.	
اطلاع‌رسانی نامناسب برنامه‌ها	فراخوان مقاله در تمام کشور پخش شود.	
نبود پیش‌زمینه ذهنی کافی از مطالب طرح شده در برنامه	مقالات قبل از اجرای برنامه آماده و روی سایت باشد.	
عدم توجه به مشکلات زمینه‌ای شرکت کنندگان	برای بعضی پزشکان باید دوباره اصول معاینه صحیح، تفسیر نتایج آزمایشگاهی، نحوه خواندن و تفسیر ساده گزارش‌های پاتولوژی و رادیولوژی، نسخه‌نویسی و نحوه برخورد با بیمار آموزش داده شود.	
عدم انجام نیازسنجی یا نیازسنجی ناکافی	انجام نیازسنجی و توجه به نتایج آن	
تعیین نیاز تنها بر اساس نظرات گروه‌های آموزشی	تعیین نیاز بر اساس ارزشیابی عملکرد پزشکان عمومی	
تعیین نیازها به خصوص معاونت بهداشتی باید پیشنهاد بدهند.	توجه به تطابق محتوای ارائه شده با مهارت‌های شغلی معاونت‌ها به خصوص معاونت بهداشتی باید پیشنهاد بدهند.	
بهبتر است موضوعات مدون کمتر باشد.	بهبتر است موضوعات مدون کمتر باشد.	
برنامه‌های مرتبط با اعتیاد افزایش یابد.	برنامه‌های مرتبط با اعتیاد افزایش یابد.	
عدم توجه به نوع فعالیت‌های پزشکان در فیلد	آموزش پزشکان در همان شاخه‌ای که کار می‌کنند.	
متناسب نبودن موضوعات با نیاز پزشکان عمومی	مطالب مربوط به پزشکان عمومی بیان شود، نه موارد مربوط به پزشکان متخصص	
تخصیص زمان ناکافی به مباحث مرتبط با درمان بیماری‌ها	اختصاص زمان بیشتری از برنامه به درمان بیماری‌ها (به ویژه درمان‌های سرپایی)	
	طرح درمان‌های جدید	
بستری محور بودن مطالب ارائه شده	پزشک عمومی باید سرپایی محور آموزش ببیند	
		اثربخشی پایین برنامه‌های اجرا شده

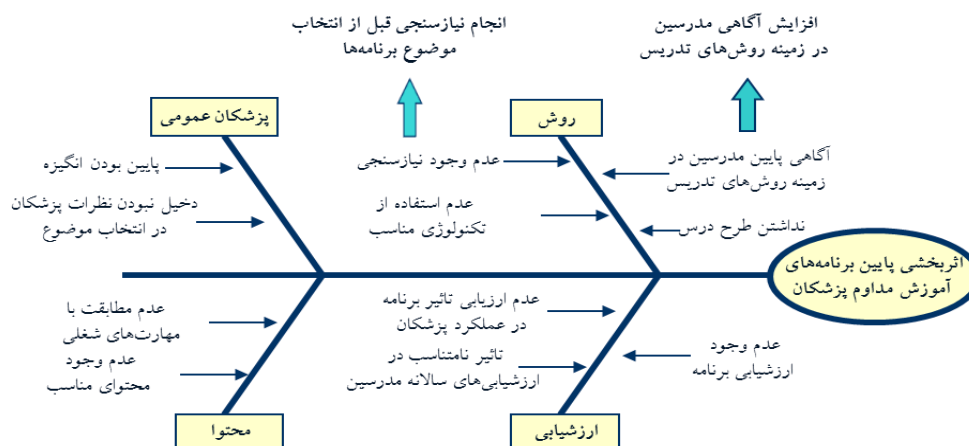
اجرای برنامه‌هایی که مهارت‌های حرفه‌ای پزشکان را افزایش می‌دهد (مانند احیای قلبی-ریوی، خواندن نوار قلب، تزریقات و...)	تأکید بر انتقال دانش صرف		
توانمندسازی واقعی پزشکان با آموزش روش‌های کار با نرم‌افزارهای کمک‌کننده در تصمیم‌سازی پزشک همچون UP to date و نحوه جستجوی پاسخ سؤالات در فضای مجازی			
توجه به اصول آموزش بزرگسالان در برنامه‌ها (اجازه به مخاطب برای مشارکت و اظهارنظر و صرف بیشتر وقت برنامه بر مطالب کلیدی)	برگزاری بیشتر برنامه‌ها به صورت سخنرانی بدون وجود تعامل	کسل کننده بودن برنامه‌ها	
استفاده از هیأت رئیسه (پانل) و طرح Case در طول سخنرانی برای افزایش جذابیت آن (نکات کلیدی به صورت پرسش و پاسخ بیان شود)			
استفاده از روش‌های جایگزین سخنرانی مانند روش‌های با تعامل بیشتر همچون کارگاه آموزشی			
بعضی برنامه‌ها به پزشکان عمومی اختصاص یابد.	هم‌سطح نبودن گروه هدف برنامه (حضور هم‌زمان پزشکان عمومی و متخصص و رشته‌های پیراپزشکی)		
مباحثی مانند رادیولوژی و پاتولوژی به صورت ساده بیان شود.			
ایجاد هماهنگی برای پیشگیری از تکرار بخش مقدمه در سخنرانی‌ها	گسترده بودن موضوعات مورد سخنرانی		
اصل مطلب گفته شود و موارد غیر ضروری مطرح نشود.			
ایجاد هماهنگی بین سخنرانان برای پیشگیری از تکراری شدن محتوای ارائه شده در یک برنامه	عدم هماهنگی بین مدرسان در ارائه محتوای مطالب	جا افتادن مطالب مهم و کاربردی و تکراری شدن مطالب ارائه شده در برنامه‌ها (عدم تمرکز بر نکات مهم)	
توجه به بهبود عملکرد دبیر علمی و اجرایی برای افزایش کیفیت برنامه‌ها			
بیماری‌های شایع در نظر گرفته شود.	وجود مطالب با اولویت کم در محتوای تولید شده		
مسائل قانونی آموزش داده شود.			
نکات کاربردی در قالب گزارش مورد (Case report) مطرح شود.	بیان مطالب با همان ساختار و عبارات داخل کتاب		
استفاده از مدرسان آموزش دیده در زمینه روش تدریس	نداشتن فن بیان خوب بعضی مدرسان		
توانمندسازی اعضای هیأت علمی در روش تدریس	آگاهی پایین مدرسان در زمینه روش‌های تدریس		
ارایه بازخورد به مدرس در صورت استفاده از چنین محتواهای آموزشی	به روز نبودن محتوا و طرح مطالب قدیمی (استفاده از اسلایدهای قدیمی بازبینی نشده توسط مدرسان)	عدم ارایه مناسب بعضی مدرسان	
بازبینی ارایه استادان قبل از برگزاری توسط دبیر علمی	ناآشنایی بعضی مدرسان با مشکلات پزشکان عمومی و بی توجهی به آن در هنگام ارائه		

در مضمون اثربخش نبودن ارزشیابی برنامه‌ها نیز کدهای «بی تأثیری نتایج ارزشیابی برنامه‌ها در برنامه‌های بعدی، مبنای غلط ارزشیابی و زمان نامناسب ارزشیابی» استخراج گردید (جدول ۲).

جدول ۲: وضعیت فعلی ارزشیابی برنامه‌های آموزش مداوم و راه‌های پیشنهادی افزایش اثربخشی آن از دید اعضای هیأت علمی

درون‌مایه (حوزه مشکل)	طبقه	زیرطبقه	راه‌حل پیشنهادی
اثربخش نبودن ارزشیابی برنامه‌ها	بی تأثیری نتایج ارزشیابی برنامه‌ها در برنامه‌های بعدی	عدم اطلاع مدرسان برنامه‌ها از نتایج ارزیابی‌ها	مدرسان در جریان ارزیابی از برنامه و سخنرانی خود قرار گیرند.
		عدم توجه به نتایج حاصل شده از ارزشیابی (عدم ترتیب اثر به نظرات پزشکان در مورد ارزشیابی از برنامه‌ها)	تغییر آیین‌نامه‌های مرتبط عدم دعوت مجدد از سخنرانی با نمره ارزشیابی پایین
		عدم انعکاس اعتراضات از دانشگاه‌ها به وزارت و ناآشنایی تصمیم‌سازان وزارت از وضعیت پزشکان عمومی و دانشگاه‌ها	دانشگاه نظر خود را به وزارتخانه انعکاس دهد که استادان این روش‌ها را قبول ندارند.
	مبنای غلط ارزشیابی	یکی بودن مجری و ارزیاب (عدم انجام ارزشیابی بیرونی)	انجام ارزشیابی بیرونی برنامه‌های آموزش مداوم به طور مثال توسط سازمان نظام پزشکی
		بی‌توجهی به تعداد شرکت کننده در ارزشیابی برنامه به عنوان شاخص مهم کیفیت برنامه‌های آموزش مداوم	افزایش ضریب اهمیت شاخص تعداد شرکت کنندگان در ارزشیابی برنامه‌ها
	زمان نامناسب ارزشیابی	ارزشیابی مبتنی بر رضایت صرف شرکت کنندگان	تغییر رویکرد ارزشیابی‌ها به سنجش میزان تغییر عملکرد پزشکان شرکت کننده در برنامه
		کاهش انگیزه شرکت در ارزشیابی روزهای پس از انجام برنامه	ارزشیابی حین انجام و انتهای برنامه از شرکت کنندگان به صورت شفاهی توسط دبیر علمی نتایج واقعی‌تری خواهد داشت.

در ادامه، برای فهم بهتر علل احتمالی مشکل، لیست نسبت کاملی از صحبت‌های شرکت کنندگان در تحقیق ارایه شده است که به صورت بصری می‌تواند به درک نظرات اعضای هیأت علمی شرکت کننده کمک نماید (شکل ۱).



شکل ۱: دلایل پایین بودن اثربخشی برنامه‌های آموزش مداوم پزشکان عمومی

هیأت علمی انجام می‌دهند، دانستند که باعث گردیده است دیگر آنان رغبتی برای مشارکت در طراحی و اجرای برنامه‌های بازآموزی از خود نشان ندهند.

علل کیفیت پایین برنامه‌های آموزش مداوم از دیدگاه شرکت کنندگان، مواردی همچون «عدم وجود برنامه‌های جانبی جذاب، مستمع محور نبودن مطالب برنامه‌ها، بودجه محدود برای برگزاری برنامه‌ها، عملکرد ضعیف شورای آموزش مداوم در دانشگاه، یکی بودن سیاست‌گذار و اجرا کننده، نامناسب بودن سخنرانی به عنوان تنها روش مورد استفاده و تکراری بودن مطالب بعضی سخنرانی‌ها» بیان گردید. مشارکت کنندگان یکی از دلایل کاهش استقبال از برنامه‌های برگزار شده را اطلاع‌رسانی نامناسب برنامه‌ها عنوان کردند. از نظر آنان، ضعیف بودن تبلیغات میدانی برنامه‌ها، نامشخص بودن عناوین و تاریخ برگزاری کلیه برنامه‌ها از ابتدای سال و نبود پیش‌زمینه ذهنی کافی از مطالب طرح شده در برنامه باعث شده است که پزشکان عمومی نتوانند از بین برنامه‌های موجود مناسب‌ترین مورد را که برآورد کننده نیازهای شغلی آنان است، انتخاب نمایند و مجبور شوند به اجبار موضوعات غیر مرتبط را برای کسب امتیاز انتخاب نمایند.

از دید اعضای هیأت علمی شرکت کننده، عدم توجه به مشکلات زمینه‌ای شرکت کنندگان، باعث شده است که اثربخشی برنامه‌های آموزش مداوم کاهش یابد. مشکلات پایه‌ای یادگیری پزشکان عمومی که به طور عمده ناشی از آموزش‌های ناکافی دوران پزشکی عمومی آن‌ها می‌باشد و از سوی دیگر، ابهام در نقش‌های پزشکان عمومی در عرصه درمان، باعث شده است هم خود پزشکان عمومی ندانند دقیقاً به دنبال یادگیری چه چیزی باید باشند و هم مدرسان نمی‌دانند چه موضوعاتی را برای آموزش این گروه انتخاب نمایند.

نیازسنجی ناکافی و غیر مستمر از دیگر مواردی بود که شرکت کنندگان به عنوان یکی از عوامل کاهش اثربخشی برنامه‌های آموزش مداوم به آن اشاره داشتند. مواردی همچون عدم انجام نیازسنجی و تعیین نیازهای آموزشی پزشکان

شرکت کنندگان علت استقبال کم پزشکان عمومی از برنامه‌ها و کاهش تعداد شرکت کنندگان در هر برنامه را به دلایلی همچون انگیزه اصلی پزشکان عمومی جهت شرکت در برنامه‌های بازآموزی برای کسب امتیاز می‌دانستند و معتقد بودند تا زمانی که آموزش مداوم دستوری است و پزشکان برای بهبود عملکرد خود در برنامه‌ها حاضر نشوند، اوضاع تغییر چندانی نخواهد کرد. بعضی بر این باور بودند که امکان کسب امتیاز از برنامه‌های غیر مرتبط، تمرکز بیشتر برنامه‌ها در انتهای سال، تمرکز بر روی تعداد برنامه اجرا شده به جای کیفیت آن‌ها، زیاد بودن امتیاز بعضی برنامه‌های دارای اولویت از نظر وزارت بهداشت و یا برگزار شده توسط دانشگاه‌های بزرگ، از جمله علل تشدید کننده این شرایط می‌باشد.

بعضی استادان به موضوع چالش برانگیزی اشاره نمودند و این که نوعی نگاه منفی در پزشکان عمومی وجود دارد. از دید پزشکان عمومی، بعضی مدرسان برای حفظ بازار خودشان نکات عملی را نمی‌گویند و به عبارت دیگر، پزشکان عمومی فکر می‌کنند ترس مدرسان از کاهش تعداد بیماران مراجعه کننده خود به دنبال آموزش نکات عملی و تکنیک‌ها به پزشکان عمومی، باعث شده است آنان در برنامه‌های آموزش مداوم مطالبی را آموزش دهند که کاربردی نیستند و تنها جنبه تئوریک دارند. مشارکت کنندگان یکی از دلایل این سوء تفاهم را اشکالات موجود در سیستم ارجاع درمان کشور می‌دانند؛ بدین معنی که پزشک متخصص همان بیماران پزشک عمومی را ویزیت می‌نماید. این موضوع باعث تعارض منافع بین دو سطح از ارایه دهندگان خدمت شده و باعث گردیده است رغبت اعضای هیأت علمی به آموزش نکات عملی این بیماری‌ها کاهش یابد.

اعضای هیأت علمی، کاهش استقبال استادان از مشارکت در برنامه‌های بازآموزی و پذیرش دبیری علمی و اجرایی برنامه‌های بازآموزی، کمی امتیازات و جذابیت سخنرانی در برنامه‌ها توسط آنان را به دلیل کاهش امتیازات اختصاص داده شده برای این فعالیت‌ها در مقابل سایر فعالیت‌هایی که اعضای

اصلی شرکت کنندگان در بازآموزی، واقعیت انکارناپذیری در مناطق مختلف کشور باشد و در این زمینه نظر اعضای هیأت علمی به عنوان سخنرانان چنین برنامه‌هایی مشابه دریافت کنندگان این آموزش‌ها است. این موضوع می‌تواند تأثیر عمیقی بر کاهش کیفیت برنامه‌های آموزش مداوم بگذارد. عامل کسب امتیاز، به عنوان مهم‌ترین انگیزه شرکت در دوره‌های بازآموزی در راستای اهداف آموزش مداوم نبود و باید برای سوق دادن انگیزه پزشکان عمومی به سمت افزایش توان علمی و عملی خود، اقدامات متعددی انجام گیرد.

در مورد عوامل انگیزشی بیشتر شرکت کنندگان، عوامل مرتبط با سازمان‌های تصمیم گیرنده و مجری برنامه‌های بازآموزی مهم‌تر بود و آن‌ها اعتقاد داشتند تا در این سطح تغییراتی رخ ندهد، بعید است در سطح شرکت کنندگان تغییر چندانی اتفاق بیفتد. نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده ضعف سیستمی در ایجاد انگیزه برای شرکت پزشکان عمومی در برنامه‌های بازآموزی می‌باشد. در مطالعات متعدد نیز بیشتر عوامل سازمانی، موانع شرکت در برنامه‌های بازآموزی ذکر شد (۱۴، ۶) که با نتایج تحقیق حاضر همسو بود. در ضمن، از نظر اعضای هیأت علمی، جذابیت کم برنامه‌های آموزش مداوم که در تشدید بی‌علاقگی و عدم تمایل به آموزش مؤثر است، می‌تواند به دلیل کاهش اهمیت و جایگاه برنامه‌های بازآموزی، سادگی کسب امتیاز سالیانه و ضعف در برنامه‌ریزی مجریان برنامه‌های بازآموزی باشد. تأثیرگذاری این موارد و میزان سهم احتمالی آن‌ها در کاهش اثربخشی برنامه‌های آموزش مداوم، به بررسی بیشتری نیاز دارد.

سایر مواردی که شرکت کنندگان به آن اشاره نمودند، زمان نامناسب برگزاری برنامه‌ها، عدم برنامه‌ریزی آموزشی بر اساس نیازهای پزشکان عمومی و توجه به شرایط پزشکان عمومی شرکت کننده بود. در مطالعه عبادی و همکاران، یکی از عمده‌ترین دلایل نارضایتی شرکت کنندگان در این برنامه‌ها، همخوانی پایین موضوعات مطرح شده در برنامه‌ها با نیازهای شغلی مشمولان بود (۱۰) که با یافته‌های پژوهش حاضر

عمومی تنها بر اساس نظرات شخصی گروه‌های آموزشی و نه بر اساس سنجش عملکرد و تعیین نقاط ضعف آن‌ها در طبابت روزمره آن‌ها است.

کسل کننده بودن برنامه‌ها از موضوعات دیگری بود که در بحث‌های گروهی انجام شده به آن اشاره گردید. شرکت کنندگان دلایل این موضوع را هدف‌گذاری برنامه‌ها بر انتقال دانش صرف، برگزاری بیشتر برنامه‌ها به صورت سخنرانی بدون وجود تعامل و استفاده کم از روش‌های جایگزین سخنرانی و کم‌توجهی به ظرفیت‌های در حال گسترش از جمله شبکه‌های اجتماعی دانستند که در حال حاضر به صورت غیر رسمی جهت مقاصد آموزشی مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما در حوزه آموزش مداوم به صورت رسمی از شبکه‌های اجتماعی بهره‌برداری نمی‌شود. از نظر آنان، عدم هماهنگی بین مدرسان در ارائه محتوای مطالب، باعث شده است که مطالب مهم و کاربردی فراموش شود و یا بسیاری از مطالب ارائه شده در برنامه‌ها تکراری باشد. نداشتن فن بیان خوب بعضی مدرسان، از موضوعات دیگر مورد اشاره مشارکت کنندگان بود که به نظر آنان از آگاهی پایین مدرسان در زمینه روش‌های تدریس به خصوص روش‌هایی که در آن‌ها نیاز به جلب مشارکت شرکت کننده وجود دارد، می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر به بررسی مشکلات برنامه‌های آموزش مداوم پزشکان عمومی و راه‌های برطرف شدن آن از دید اعضای هیأت علمی پرداخته شد. از دید مشارکت کنندگان، انگیزه اصلی بیشتر پزشکان عمومی شرکت کننده در برنامه‌های بازآموزی، کسب امتیاز است. بیشتر بررسی‌های انجام شده در زمینه آموزش مداوم از جمله مطالعات پشنیدی و همکاران (۶)، وحیدشاهی و همکاران (۱۴)، مرادی و همکاران (۱۵) و بنی‌آدم و همکاران (۱۶)، انگیزه اصلی شرکت در برنامه‌های بازآموزی را کسب امتیاز ذکر نمودند که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی داشت. به نظر می‌رسد، کسب امتیاز به عنوان انگیزه

مطابقت داشت.

از بررسی یافته‌های مطالعه حاضر و مرور مطالعات صورت گرفته در زمینه آموزش مداوم پزشکان عمومی، به نظر می‌رسد شناسایی نیازهای جامعه در زمینه سلامتی و تعریف روشن نقش پزشک عمومی در سیستم بهداشت و درمان و تعیین دانش و توانمندی‌های مورد نیاز پزشکان عمومی برای پاسخگویی به این نیازها، می‌تواند منجر به بهبود کارایی و اثربخشی سیستم سلامت شود (۱۷). همچنین، توجه به ابعاد مختلف کیفیت برنامه‌های برگزار شده و به کارگیری روش‌های مؤثر آموزشی، از جمله عوامل افزایش اثربخشی برنامه‌های آموزش مداوم به شمار می‌رود (۱۸، ۱۹).

یکی از اشکالاتی که مشارکت کنندگان در سطح سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی نامناسب بر آن تأکید داشتند، یکی بودن سیاست‌گذار و اجرا کننده بود. مسئولیت آموزش مداوم در بسیاری از کشورها در سطح ملی به عهده دولت است، اما تفاوت‌هایی از نظر مسئولیت اجرایی وجود دارد؛ به طوری که در بیشتر کشورهای پیشرفته، انجمن‌های پزشکی بیشترین فعالیت را در زمینه اجرایی دارند، اما در کشورهای در حال توسعه، دانشگاه‌ها مسئولیت اجرایی را بر عهده می‌گیرند (۲۰). برخی از شرکت کنندگان، یکی از دلایل کاهش کیفیت برنامه‌های آموزش مداوم را اشکالات موجود در سیستم ارجاع درمان کشور عنوان کردند. از دیدگاه آنان، این که پزشک متخصص همان بیماران پزشک عمومی را ویزیت می‌نماید، باعث تعارض منافع بین دو سطح از ارائه دهندگان خدمت شده و رغبت اعضای هیأت علمی به آموزش نکات عملی این بیماری‌ها را کاهش داده است. در واقع، نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی- درمانی بر اساس سه اصل «اولویت خدمات پیشگیری بر خدمات درمانی، اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری برخوردار از امکانات و اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری» پایه‌ریزی شده است (۲۱). در برنامه ارجاع، پزشک عمومی و تیم وی، مسئولیت کامل سلامت افراد و خانواده‌های تحت پوشش خود را بر عهده

دارند و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز بر عهده می‌گیرند (۲۲).

سطح‌بندی خدمات در صورت پیاده‌سازی مناسب، از مراجعه مکرر و غیر ضروری به سطوح تخصصی‌تر و اتلاف منابع مادی و انسانی جلوگیری می‌کند و ابزار مناسبی جهت کنترل هزینه‌های مراقبت و افزایش همسویی میان پزشکان عمومی و متخصصان تلقی می‌شود. همچنین، ارجاع بیماران به سطوح بالاتر، فرصتی را برای آموزش مداوم پزشکان عمومی ایجاد می‌نماید (۲۳). شاید دلیل این که با چنین تعریفی هنوز نگرانی‌های برای اجرای سیستم ارجاع و موضوع پیاده‌سازی وجود دارد، روشن نبودن استراتژی دولت در مورد این تعارض‌ها می‌باشد. نگاه عمومی جامعه پزشکی به سیستم ارجاع، درمان محور است؛ در حالی که در سیستم ارجاع، سلامت‌نگری باید محور فعالیت‌های پزشکان عمومی قرار گیرد و هدف کلی طرح، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و ارائه خدمات سلامتی در حدود بسته تعریف شده به فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش باشد (۲۴). در مطالعه جنتی و همکاران، عدم تأمین شغلی ثابت و عدم توجیه پزشکان عمومی و متخصصان در مورد این طرح، از نقاط ضعف اصلی در پیاده‌سازی سیستم ارجاع و طرح پزشک خانواده عنوان گردید (۲۵). همان‌طور که چند نفر از اعضای هیأت علمی مشارکت کننده به آن اشاره نمودند، وجود این نگرانی در پزشکان متخصص، یکی از دلایل ضعف در آموزش مداوم و پیاده‌سازی سیستم ارجاع می‌باشد.

تعدادی از شرکت کنندگان معتقد بودند که باید آمادگی مورد نیاز جهت تصمیم‌سازی پزشک و نحوه جستجوی پاسخ سؤالات در فضای مجازی را در پزشکان شرکت کننده در دوره‌های آموزش مداوم ارتقا بخشید. نتایج به دست آمده از سایر مطالعات نشان می‌دهد که فراگیران دوره‌های آموزش مداوم پزشکی، با وجود نگرش و آمادگی مورد نیاز جهت دریافت اطلاعات از طریق الکترونیک، آگاهی لازم را در این زمینه ندارند. در مطالعه مهرآرام و همکاران پیشنهاد گردید که بهتر است دوره‌های

آموزشی به صورت الکترونیک و با هدف آشنایی و ارتقای سطح دانش افراد در این زمینه برگزار شود (۲۶).

تعدادی از مشارکت کنندگان انجام ارزشیابی تا زمان انجام اصلاحات در سایر بخش‌های مرتبط با آموزش مداوم را بی‌فایده و بدون تأثیر دانستند و معتقد بودند که ابتدا باید برای تدوین برنامه‌های آموزشی نیاز یاد گیرندگان را تشخیص داد، روش‌های مناسب برای آموزش دانش و مهارت‌ها را انتخاب کرد و در نهایت، سیستم ارزشیابی صحیحی را برای بهبود کیفیت برنامه‌های آموزش مداوم تدوین نمود. تعدادی از شرکت کنندگان بر غلط بودن معیارهای ارزشیابی آموزش مداوم تأکید نمودند؛ بدین معنی که صرف رضایت‌سنجی نمی‌تواند نشان دهنده کارایی و اثربخشی یک برنامه باشد. Tian در یک بررسی سیستماتیک، نیاز به طراحی ابزاری معتبر و قابل اعتماد جهت ارزشیابی برنامه‌های آموزش مداوم را مطرح نمود. این ابزار، پرسش‌نامه استاندارد با مضامین اصلی سنجش نگرش‌ها و خودکارآمدی بود که بتواند برای ارزیابی و مقایسه کارایی برنامه‌های مختلف آموزش مداوم مورد استفاده قرار گیرد. مقایسه این نتایج استاندارد به محققان کمک خواهد کرد تا درک بهتری از عوامل مؤثر بر اثربخشی برنامه‌های مختلف آموزش مداوم پیدا کنند و در نتیجه، این ابزار بتواند به عنوان راهنمای طراحی مداخله در زمینه آموزش مداوم در آینده مورد استفاده قرار گیرد (۲۷).

نتیجه‌گیری

از آنجایی که انگیزه اصلی پزشکان عمومی از شرکت در برنامه‌های آموزش مداوم از نظر اعضای هیأت علمی، کسب امتیاز است (انگیزه غیر سازنده)، مسئولان باید برای تغییر آن برنامه‌ریزی نمایند؛ به طوری که انگیزه شرکت کنندگان به‌روز شدن و اصلاح عملکرد حرفه‌ای خود شود. به نظر می‌رسد امکان‌پذیری مداخله در حوزه روش اجرا و ارزشیابی برنامه، از حوزه انگیزه شرکت کنندگان بیشتر است؛ چرا که انگیزه تحت تأثیر عوامل متعددی قرار دارد که بسیاری از آن‌ها تنها در سطح تصمیم‌سازان وزارتی قابل تغییر است. برای مداخله در حوزه

روش اجرا و ارزشیابی می‌توان از راهکارهایی همچون برگزاری کارگاه‌های آموزشی روش تدریس به ویژه برای اعضای هیأت علمی تازه‌کار، بهبود اطلاع‌رسانی جهت آگاهی بیشتر پزشکان عمومی از اهداف برنامه‌ها، برگزاری برنامه‌ها در قالب کارگاه‌های آموزشی، تغییر ملاک ارزشیابی‌ها از رضایت‌سنجی به سنجش اصلاح عملکرد و بازخورد دادن نتایج ارزشیابی‌ها استفاده نمود. با این حال، بهتر است در مورد اثر کم‌رنگ‌تر نمودن نقش شرکت در این‌گونه آموزش‌ها در ارتقای شغلی و استفاده از راهکارهای دیگر با هدف افزایش انگیزه شرکت کنندگان، بررسی‌های بیشتری صورت گیرد. در زمینه ارزشیابی با استفاده از نتایج مطالعه حاضر، مسئولان نظام سلامت می‌توانند گام‌های مؤثرتری در طراحی، برنامه‌ریزی و ارتقای کیفیت برنامه‌های آموزش مداوم بردارند؛ به طوری که موجبات شرکت بیشتر و مؤثرتر پزشکان عمومی را در این برنامه‌ها فراهم آورند تا سبب ارتقای علمی آنان شود.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، برای افزایش اثربخشی برنامه‌های آموزش مداوم پزشکان عمومی، توجه به نیازسنجی و تعیین اولویت‌ها (به ویژه بر اساس نیازهای منطقه‌ای و نوع اشتغال و ویژگی‌های متفاوت پزشکان عمومی) ضروری است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود نیازسنجی‌ها با دقت بیشتری صورت گیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود دبیران برنامه‌ها و سخنرانان زمان بیشتری برای برگزاری بهتر و تهیه محتوای پوشش دهنده اولویت‌ها صرف نمایند. به طور مثال، سخنرانان سعی کنند محتوای برنامه‌های آموزشی را با جذابیت بیشتری ارائه دهند و یا از روش‌های با تعامل بیشتر در ارائه مطالب خود بهره‌جویند تا جلب توجه و تمرکز شرکت کنندگان افزایش یابد. همچنین، دبیران علمی برنامه‌ها با همکاری دفاتر آموزش مداوم دانشگاه‌ها پس از اجرای برنامه‌ها، اقدام به برآورد میزان اثر آموزش‌ها (به ویژه در عملکرد پزشکان عمومی) نمایند. در حوزه سیاست‌گذاری نیز پیشنهاد می‌گردد که وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها فضای بیشتری برای ورود بخش غیر دولتی در عرصه آموزش مداوم

سیاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از نتایج پایان‌نامه دوره MPH و گزارش پایانی طرح مصوب در مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین با کد ۱۱۹ مورخه ۱۳۹۴/۱۰/۱۴ می‌باشد. بدین‌وسیله نویسندگان از اعضای هیأت علمی برای شرکت در مطالعه و از مسؤولان دفتر آموزش مداوم جامعه پزشکی و مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین به جهت حمایت مالی پژوهش، تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند.

فراهم نمایند و بیشتر به نقش نظارتی خود بپردازند. با فراهم آوردن توصیف‌های غنی (از نظر اعضای هیأت علمی) از آنچه در زمینه آموزش مداوم پزشکان عمومی مطرح است، سعی گردید مشکلات مهم پیش روی آن روشن شود. با توجه به این که مشارکت کنندگان تحقیق حاضر را فقط اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین تشکیل دادند و در نتیجه، شرایط حاکم بر آموزش مداوم در این دانشگاه بر نظرات آنان تأثیرگذار بود، باید در تعمیم نتایج یافته‌های پژوهش حاضر به سایر مراکز آموزش مداوم دانشگاه‌های علوم پزشکی، احتیاط لازم صورت گیرد.

References:

- Luchtefeld M. Continuing medical education. The ASCRS textbook of colon and rectal surgery. New York: Springer; 2011: 901-5.
- Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson LM, Ashar BH, Magaziner JL, et al. Effectiveness of continuing medical education. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2007;149:1-69.
- The law continuing education of medical community. [cited 2017 Mar 6]. Available from: <http://mehr.tums.ac.ir/ShowLaw.aspx?LawID=18>. [In Persian]
- Obeidi N, Motamed N, Najafizadeh S. Assessment of Continuous Education Procedure for Laboratory Staff in Bushehr University of Medical Sciences. *Res Med Educ*. 2010;2(2):18-23. [In Persian]
- Mohammad Hosseini S, Karimi Z, Moemeni E, Abassi A, Sadat S. Perspective of nurses working in medical-training hospitals in Kohkiluyeh and Boyer-Ahmad province towards continuing education. *J Hormozgan Univ Med Sci*. 2012;16(1):73-80. [In Persian]
- Pashandi S, Khoshab H, Rafiei H, Abbaszadeh A, Borhani F. Facilitating and inhibiting factors in health care personnel participation in in-service education programs. *J Nurs Educ*. 2015;3(4):37-47. [In Persian]
- Mahmoudi MT, Taghipour H. Effectiveness of retraining courses for physicians in the participant's point of view in these courses in Chaharmahal and Bakhtiari provic IR Iran, 2011. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2012;14(4):79-87. [In Persian]
- Bahador H, Pazooki A, Kabir A. Effectiveness of continuing medical education considering participant's idea in Iran University. *J Pak Med Assoc*. 2010;60(6):435-9.
- Vahidshahi K, Mahmudi M, Abbaskhanian A, Shahbaznejhad L, Rnjbar M, Emadi A. Efficacy of continuing medical education on knowledge of general practitioners. *Koomesh*. 2008;9(4):255-62. [In Persian]
- Ebadi A, Vanaki Z, Nahrir B, Hekmatpou D. Pathology of continuing educational programs in Iran Medical Society. *Strides Dev Med Educ*. 2008;4(2):140-5. [In Persian]
- Tongco MDC. Purposive sampling as a tool for informant selection. *Ethnobotany Research & Applications*. 2007;5:147-58.
- Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):107-15.
- Phillips J, Simmonds L. Using fishbone analysis to investigate problems. *Nurs Times*. 2013;109(15):18-20.
- Vahidshahi K, Mahmoudi M, Shahbaznejhad L, Ghafari Saravi V. The viewpoints of general physicians toward continuing medical education programs' implementation status and the participants' motivation. *Iran J Med Educ*. 2007;7(1):161-7. [In Persian]
- Moradi A ZZ, Hiri M, Arazi S, Borji A. Evaluation of a continuing education program in view of participants held in Zahedan University of Medical Sciences. *Proceedings of the first international conference on the set and change management reforms in medical education*; 2002 Sep 6-10; Tehran, Iran. 2002: 82. [In Persian]
- Baniadam A SSR, Emrani M, Rahimi B, editor. Assessment of motivational factors of participate in continuing education training programs in Urumia university of medical sciences. *Proceedings of the first international*

- conference on the set and change management reforms in medical education; 2002 Sep 6-10; Tehran, Iran. [In Persian]
17. Mersel A. Continuing education: obligation or duty? The European dilemma. *Int Dent J*. 2007;57(2):109-12.
 18. Kousha A, Khoshnevis P, Sadeghzadeh M, Kazemi N, Nourian A, Mousavinasab N. General physicians' viewpoints on continuing education programs in Zanzan province. *Iran J Med Educ*. 2011;11(2):165-6. [In Persian]
 19. Sanaiey NZ. The Comparative Study of the Effectiveness of Using E-Learning, Blended Learning and Presence Learning in Continuous Medical Education. *World J Med Sci*. 2014;10(4):488-93.
 20. Hosseini SJ AA. A review of medical education in developing countries. *Tehran Univ Med J (Special Issue Fourth National Conference on Medical Education)*. 2000; 58:3. [In Persian]
 21. Naghavi M, Jamshidi H. Utilization of health services in Iran 2002. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2005. [In Persian]
 22. Ministry of Health. Administrative guide direction of family physician. Ministry of Health: Iran, Tehran. 2005.
 23. Chen AH, Kushel MB, Grumbach K, Yee HF. A safety-net system gains efficiencies through 'eReferrals' to specialists. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(5):969-71.
 24. Canada Tcofpo. The role of family doctors in public health and emergency preparedness (Discussion Paper): The college of family physician of Canada; 2005 [cited 2017 Mar 3]. Available from: http://www.cfpc.ca/local/files/communications/role_fam_doc_dec05.pdf.
 25. Janati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani M, Vakili S. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program. *J Knowledge & Health*. 2010;4(4): 38-43. [In Persian]
 26. Mehraram M, Bahadorani M, Baghersad Z. Evaluation of knowledge, attitude, ability and preparedness for E-learning among continuing medical education learners. *Iran J Med Educ*. 2015;15:631-9. [In Persian]
 27. Tian J. (dissertation). Instrument Development for Continuing Medical Education Evaluation. Maryland: University of Maryland, College Park; 2007.

Problems of Continuing Medical Education Programs and Their Solutions from the Viewpoint of Faculty Members

Seyed Hadi Hakak¹, Abbas Allami^{2}, Fariba Derakhshan³, Mahnaz Abbasi⁴*

1. General Physician AND MPH Student, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

2. Specialist in Infectious Diseases, Associate Professor, Department of Infectious Diseases, School of Medicine, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

3. M.Sc. in Medical Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Rheumatologist, Associate Professor, Metabolic Disease Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

•Received: 24 Oct, 2016

•Received Corrected Version: 7 Mar, 2017

•Accepted: 11 Mar, 2017

Background & Objective: The majority of surveys have demonstrated the inadequate success rate of continuing education programs in Iran from the viewpoint of participants. However, no studies have been conducted on the viewpoints of lecturers (influential individuals and beneficiaries in this issue) in this regard. Thus, the present study aimed to investigate the problems of continuing education programs and their solutions from the perspective of lecturers.

Methods: This qualitative study was conducted in 2015 on 15 university faculty members who had previous experience of lecturing continuing education programs. The participants were selected using purposive sampling (n = 15). Data were gathered through focus group discussion. All discussions were recorded on audiotapes, transcribed, and then, analyzed through inductive content analysis.

Results: Data analysis led to the extraction of 3 main themes (problems), 12 categories, 42 subcategories, and 68 suggested solutions. The main themes included the reduction of incentive to participate in programs (4 categories), low effectiveness of implemented programs (5 categories), and the ineffective evaluation of programs (3 categories).

Conclusion: The main motivation for general practitioners to participate in these programs must be the correction of professional practice. It seems that intervention in the implementation and assessment fields are more likely than participants' motivation. Providing teaching methods workshops for faculty members, improving awareness of the goals and timetable of workshops, holding workshops rather than lectures, evaluating performance instead of satisfaction, and providing feedback on the assessment results are effective factors in the efficiency of programs.

Key Words: Effectiveness, Continuing education, General practitioner, Evaluation, Qualitative study

*Correspondence: School of Medicine, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

• Tel: (+98) 28 3333 3031

• Fax: (+98) 28 3334 2009

• Email: allami9@yahoo.com