پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
ویژه‌نامه مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم (۱)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی -درمانی شهید بهشتی
سال ۲۲، شماره ۱، صفحات ۸۱-۱۰۶ (تیر- شهریور ۱۳۷۷)

آموزش مداوم جامعه پزشکی

مرضیه معطری* و دکتر فریدون عزیزی**

* مربی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
** استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

فرموده پیامبر عظیم‌الشأن اسلام که توسط شاعر ایرانی « زگهواره تا گور دانش بجوی » به نظم در آمده واقعیت شگرفی را در بردارد که انسان تا انتهای زندگی از کسب دانش بی‌نیاز نخواهد بود. توجه به امر آموزش مداوم در نیمه قرن اخیر در جهان، به ویژه در رشته‌های گروه پزشکی حائز اهمیت فراوان است. در رشته پزشکی آموزش در سه مرحله عمومی، تخصصی و آموزش مداوم صورت می‌گیرد. هر پزشک نیاز به داشتن مدرک یا گواهینامه پزشکی دارد. زیرا عموم مردم حق دارند که از پزشکان که مدعی داشتن دانش، تبحر و شایستگی هستند، انتظار داشته باشند که دوره آموزشی مدون و مناسبی را گذرانده، به حداقل مهارتها دست یافته باشند. کمتر از نیمی از کل پزشکان جهان به آموزش تخصصی وارد می‌شوند و بقیه به صورت پزشک عمومی باقی می‌مانند. حتی اگر آموزشهای دانشگاهی (عمومی و تخصصی) کافی باشند نمی‌تواند متضمن مهارتهای کافی در طول عمر حرفه‌ای پزشک باشد. زیرا عمر متوسط دانش مفید ۱۰ سال است (۱). به ویژه در قرن کنونی که عصر انفجار دانش است، تغییرات فرهنگی و تکنولوژی سریع، افزایش هزینه مراقبتها، توسعه فن‌آوریهای تشخیص و تغییر در الگوی بیماریها سبب شده‌اند که ظرفیت حرفه‌ای برای تطبیق با این تغییرات کاهش یابد لذا آموزش بزرگسالان یعنی آموزش مداوم و یادگیری فعال در همه عمر برای حفظ دانش و مهارتهای حرفه‌ای ضروری است (۱ و ۲).

برای انسان یکی از مشکل‌ترین امور، تلاش برای نگهداشتن دانشی است که کسب کرده است. زیرا پس از اتمام دوره تحصیلی- که توانایی خاصی حاصل شده- اغلب افراد باید برای امرار معاش و نیز خدمت به جامعه خود، قابلیت کسب شده را به کار گیرند. از این زمان به بعد مشغله‌های زندگی و پرداختن به امور خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی فرد را از منبع کسب فیض بدور می‌دارد و لذا آگاهی و معرفت علمی او رو به افول می‌رود. این واقعیت به خصوص در مورد علومی که دامنه آگاهیهای آنها سریعاً در حال تغییر است و یا وسعت می‌یابد و خدمات ارائه شده توسط صاحبان مشاغل آنها، نیاز به اطلاعات جدیدتر دارد به صورت یک مسئله مهم در

می‌آید. صاحبان علوم پزشکی در زمره افرادی هستند که کاهش اطلاعات در زمینه‌های علمی برای خود و افراد جامعه که از خدمات آنان بهره می‌برند، ضایعه زیادی را به دنبال دارد (۳).

بررسیهای متعدد نیز نشان داده است که پزشکان نسبت به داوریهای بالینی خود احساس ناراحتی‌می‌کنند و هنگام اشتغال به حرفه پزشکی احساس تنهایی، جدایی و عدم کفایت دارند (۴). رها کردن پزشک به مدت ۳۰ سال پس از فارغ‌التحصیلی- که از طریق خودآموزی و استماع آزاد خود را با علم روز تطبیق دهد- برای همه پزشکان امکان‌پذیر نیست و نیاز به یک فرآیند منظم جهت کسب علم و مهارتها و در نتیجه تمدید گواهی طبابت دارد (۵).

آموزش مداوم در بیست وهفتمین اجلاسیه جهانی بهداشت در ۱۹۷۴ به رسمیت شناخته شد و از کشورهای عضو خواسته شد که این مسئله را به مثابه یک ضرورت فوری به صورت زیر در دستور کار خود قرار دهند:

۱) توسعه سیستمهای ملی آموزش مداوم برای صاحبان مشاغل بهداشتی بر مبنای نیازها و تقاضای بهداشت ملی و منطقه‌ای هماهنگ با سیستمهای آموزشی و خدمات بهداشتی با استفاده کامل از منابع دانشگاهی و مدارس کارکنان بهداشتی.

۲) تکامل سیستمهای مربوط به برنامه‌ریزی آموزشی برای آموزش مداوم و ارزشیابی دوره‌ای کیفیت عملکرد پرسنل بهداشتی در ارائه خدمات بهداشتی- درمانی و خدمات بهداشتی پیشگیری.

برای اثبات نیاز پزشکان به آموزش هفت دلیل عمده وجود دارد (۶):

۱) کاربرد دانش، منابع یا دیدگاههای جدید (معرفی یک دارو یا یک وسیله جدید و یا یک نظریه برای تکمیل خدمات بهداشتی اولیه)؛

۲) تطبیق با نیازهای بهداشتی تغییر یافته (تغییرات جمعیتی، تغییر در الگوی شیوع بیماریها و افزایش تقاضا برای خدمات بیشتر)؛

۳) تصحیح شیوه‌های نادرست یا نامناسب آموزشی (عدم وجود آموزش در زمینه راه‌حلهای ارائه شده در مورد مشکلات بهداشتی جامعه)؛

۴) تطبیق کارکنان بهداشتی با مقررات در حال تغییر (مانند تغییر در سازمان خدمات بهداشتی- درمانی که موجب تغییر وظائف کارکنان بهداشتی می‌شود)؛

۵) جبران کاهش کیفی تامین خدمات توسط هر یک از کارکنان بهداشتی؛

۶) آماده‌ساختن کارکنان بهداشتی برای تغییر یا ارتقاء شغلی؛

۷) پاسخگویی به علاقه کارکنان بهداشتی به امر یادگیری.

اهمیت و لزوم توجه به آموزش پزشکی به صورت یک طرح سامان داده شده و همگانی منجر به شکل‌گیری فدراسیون جهانی آموزش پزشکی شده است که تحت عنوان فدراسیون جهانی آموزش پزشکی (World Federation for Medical Education) مسائل مختلف مربوط به آموزش پزشکی را مدنظر دارد. این فدراسیون در گردهمائی جهانی آموزش پزشکی در ادینبورک در سال ۱۹۹۳ بر اهمیت آموزش مداوم پزشکی به عنوان یک وسیله ضروری جهت حفظ مهارتهای حرفه‌ای فارغ‌التحصیلان توافق و اعلام داشت که برای اثربخشی و مرتبط بودن آموزش مداوم پزشکی بایستی از قبل به نحوی طراحی شود که متناسب با نیازهای یادگیرندگان باشد. و بایستی توجه داشت که این نیازها براساس مسئولیتهای حرفه‌ای آنان تغییر یابد (۷).

طبق تعریف، آموزش مداوم کارکنان بهداشتی عبارتست از تجارب به دست آمده بعد از آموزش اولیه

که در کارکنان خدمات بهداشتی در زمینه تامین خدمات بهداشتی شایستگی‌های مناسب را به وجود می‌آورد. آموزش مداوم، بخش اساسی مدیریت سیستم بهداشتی است و از نظر سازمان جهانی بهداشت می‌تواند به کارکنان بهداشتی در انجام وظایف زیر کمک کند:

۱) بهبود استاندارد کار و استفاده درست از منابع موجود. مسئله بسیار مهم این است که کارکنان بهداشتی ممکن است بعضی وجوه فعالیتهای اولیه خود را فراموش کرده، یا انگیزه‌های آن را از دست داده باشند.

۲) یادگیری استفاده از ابزار جدید یا تطبیق با یک محدودیت ناگهانی در منابع موجود.

۳) تطبیق وظایف با تغییر سیاست خدمات بهداشتی.

۴) تطبیق وظایف با تغییرات وضعیت بهداشتی کشور.

۵) پذیرش مسئولیتهای جدید.

۶) یادگیری شیوه‌های غلبه بر نقاط ضعف در آموزش اولیه که ممکن است برای مثال در ارائه مهارتهای لازم برای حل مشکل کارآیی نداشته، حتی بعضاً نابجا باشد.

۷) صرفه‌جویی دراستفاده از منابع که در نهایت به کاهش هزینه خدمات بهداشتی منجر می‌شود (۶).

گروه هدف در آموزش مداوم پزشکی

برای فعالیتهای آموزش مداوم پزشکی گروه هدف عمدتاً پزشکان در حال کار، پزشکان عمومی و یا متخصصان می‌باشند و توجه خاص به کسانی مبذول می‌شود که در مراکز عمده پزشکی و یا در دانشکده‌های پزشکی فعالیت می‌کنند. معهذا کادر دانشگاهی علوم پایه و علوم بالینی، متخصصان دانشگاهی و مدیران نیز نیاز به آموزش مداوم پزشکی دارند. آموزش مداوم، تمام بخشهای حرفه پزشکی و رشته‌های مختلف گروه پزشکی و نیز دانشگاهیانی که در گستره بالینی وظائف اندکی دارند و یا اصلاً وظیفه‌ای ندارند را نیز شامل می‌شود.

تدوین برنامه‌های آموزش مداوم

جهت تدوین برنامه‌ها می‌بایست نیاز یادگیرندگان را تشخیص داد و جهت ارائه آموزش دانش و مهارتها روشهای مناسب انتخاب و سپس سیستم ارزشیابی صحیح جهت بهبود کیفیت برنامه‌های آموزشی مداوم را تدوین کرد. عدم پرداختن به سه مقوله فوق سبب شده است که بسیاری از برنامه‌های آموزش مداوم در جهان نتوانند به اهداف مورد نظر دست یابند و در مورد تاثیرگزاری آنها برای بهبود کیفیت ارائه خدمات بهداشتی- درمانی شک و تردید وجود داشته باشد.

تشخیص نیازها. متأسفانه بسیاری از برنامه‌های آموزش پزشکی حتی تلاش نکرده‌اند که برای مشکلات و نیازهای واقعی اجتماع یا سیستم بهداشتی پاسخی پیدا کنند. در نتیجه، آموزش مداوم تدارک دیده شده از ارزش کمی برخوردار بوده است. نیاز به آموزش مداوم شامل مشکلاتی است که اجتماع با آن روبرو است، مانند نیازهای سیستم بهداشتی- درمانی برای دستیابی به استانداردهای بهداشتی و نیز مشکلاتی که کارکنان بهداشتی هنگام انجام وظیفه مشخص به وجود می‌آورند. در واقع شناسایی نیاز، یک ضرورت است زیرا موجب افزایش مشارکت افراد در طراحی برنامه‌های آموزش مداوم، بالا رفتن انگیزه و در نهایت ارتقاء سطح کیفی برنامه‌ها می‌شود. نیازهای عمده یادگیران شامل نیازهای زیر می‌باشد: نیازهای احساس شده (Percieved needs)، نیازهای واقعی (Real needs)، نیازهای کنونی (Present needs)، نیازهای آینده (Future needs)، نیازهای عمومی (Common needs) و نیازهای ویژه (Critical needs).

اصطلاح نیاز احساس شده معمولاً به درخواست‌های افراد اطلاق می‌شود که بر دو نوع است:

۱) درخواست جهت تجدید اطلاعات. درخواست افراد برای یادگیری بیشتر درباره موضوعاتی که برای آنان مهم بوده، یا به مرور زمان به فراموشی سپرده شده است.

۲) درخواست جهت ایجاد قابلیت. درخواست افراد برای یادگیری فعالیتی که توانایی لازم آن را ندارند.

نیاز احساس شده نشانگر درخواست آگاهانه فرد، یا علاقه او به دانستن یک موضوع خاص است.

نیاز واقعی، تفاوت موجود در اطلاعات، نگرش یا مهارت افراد در مقایسه با استانداردهاست؛ به عبارت دیگر، نیاز واقعی تفاوت میان شرایط موجود و مطلوب است.

نیازهای مشترک مواردی هستند که در فراگیران عمومیت دارند.

نیازهای ویژه بر مبنای وقایع خاص ایجاد می‌شوند.

منابع نیازسنجی عبارتند از (۲):

۱) اطلاعات اپیدمیولوژیک؛
۲) تصمیمات سیاستگزاران؛
۳) وقایع ویژه؛
۴) شکایات؛
۵) متخصصان؛
۶) بیماران و مددجویان؛
۷) درخواست گروههای تخصصی؛
۸) درخواست مدیران؛
۹) درخواست فراگیران؛
۱۰) اطلاعات جدید و مهارتهای کلیدی؛
۱۱) مطالعات بهداشتی؛
۱۲) تحقیقات بیمارستانی و کلینیکی.

جهت به دست آوردن نیازها صاحب‌نظران روشهای مختلفی را پیشنهاد کرده‌اند. برخی روش واقعی (میزگرد افراد صاحبنظر)، بررسی وقایع بحرانی و مصاحبه در مورد وقایع و رفتار، را بهترین راهنما برای تعیین مهارتهای لازم می‌دانند (۸). همچنین ارتباط بین آموزش مداوم پزشکی و CPD (Continuing Professional Development) را تاکید می‌کنند. زیرا که در حیطه پیچیده مراقبتهای بهداشتی، آموزش مداوم تنها در یک فیلد تخصصی کافی نیست. پزشکان بالینی مدرن همراه با پیشرفتشان باید در محدوده وسیعی از مهارتهای بالینی و مدیریتی از طریق CPD به تبحر بیشتر دست یابند. در مراحل اولیه حرفه پزشکی به نحوی که بخشی از فرآیند یادگیری آنان در نظر گرفته شود، بسیار حائز اهمیت است (۵).

برای طراحی آموزش براساس نیازهای واقعی راه‌حل مناسب دیگری ارائه شده است. از آنجا که شکاف بین نیازهای واقعی و نیازهای درک شده موجب صرف وقت و گرانی نسبی آموزش مداوم پزشکی بوده است، کالج پزشکان خانوادگی کانادا برای اطمینان از اینکه آموزش براساس نیاز واقعی صورت گیرد برنامه‌ای تحت عنوان «کنفرانس خود را طراحی کنید (Design your own conference) را پیشنهاد کرد که براساس آن پزشکان از یک پرسشنامه استفاده می‌کنند تا زمینه‌های مورد علاقه خود را تشخیص دهند. بعد از این مرحله می‌توان مطالعات موردی را طوری طراحی کرد که جنبه‌های مهم برای یادگیری تشخیص داده شده را در برگیرد و در نتیجه، نیازهای واقعی رابا نیازهای درک شده تلفیق کرد (۹).

در سال ۱۹۸۲ در یک گردهمایی جهت بررسی آموزش پزشکی در کامبریج (مجمع آموزش پزشکی در اروپا) برای اولین بار CRISIS معرفی و از آن به بعد به طور وسیعی در برنامه‌های آموزش مداوم پزشکی به کار گرفته شد.

CRISIS حروف اول ویژگیهای زیر است(۱۰).

***Convenience* (سهولت):** به معنی فراوانی و در دسترس بودن برنامه‌ها به نحوی که شرکت داوطلبانه پزشکان را تسهیل کند.

***Relevance* (ارتباط):** مرتبط بودن موضوع و محتوای آن با نقش روزانه شرکت کنندگان.

***Individualization* (فردی ساختن):** فردی نمودن به نحوی که یادگیرنده برنامه را براساس نیازهای یادگیری خود هماهنگ کند.

***Self-assessment* (خودارزشیابی):** مشوقی است برای پزشکان که درک خود را از موضوع ارزیابی کرده، کمبودهای خود را جبران کنند.

***Interest* (علاقه):** موجب جلب توجه می‌شود فراگیر را به شرکت در برنامه تشویق می‌کند.

***Speculation* (اندیشیدن):** تشخیص مباحثی که در آن اتفاق نظر وجود ندارد و نکات تاریک را روشن می کند.

***Systematic* (نظام‌مند):** نظام‌دار و همه‌جانبه بودن برنامه را می‌رساند. هر یک از هفت ویژگی بالا در برنامه‌های بازآموزی مداوم دارای ویژگیهای علمی هستند که در زیر شرح داده می‌شود:

***Convenience*:** برای استفاده بهتر، برنامه‌های آموزش مداوم باید در محل و زمان مناسب در دسترس باشد و طوری طراحی شود که هر فرد بتواند با سرعت خاص خود قادر به یادگیری باشد.

محل ارائه: مسافرت پزشکان برای شرکت در برنامه آموزشی دور از خانه یا محل کار از نظر وقت، هزینه مسافرت و اقامت مشکل‌آفرین است. یادگیری می‌تواند در خانه، ضمن انجام عمل جراحی و یا هر جای دیگر - مثلاً در حال تردد یا بازگشت از محل کار- صورت گیرد. این موقعیتهای یادگیری از هدر رفتن وقت ارزشمند آنان در یک مسافرت به یک مکان دور دست جلوگیری می‌کند.

دسترسی بیشتر به برنامه‌های آموزش مداوم به معنای این است که آن برنامه بایستی کمتر به صورت سخنرانی و گروههای برنامه‌ریزی شده تعلیمی اجرا شود و در مواردی بایستی یادگیری به محل ارائه مراقبتهای بهداشتی منتقل شود. موقعیتهای یادگیری در زمینه فعالیتهای پزشکی در بیمارستان و جامعه فراهم می‌شود، لذا در آموزش مداوم دوره‌های تخصصی با تسهیل یادگیری در ضمن کار یا یادگیری در محل کار مشکل تعارض بین انجام خدمات و آموزش تا حدودی حل خواهد شد (۱۱).

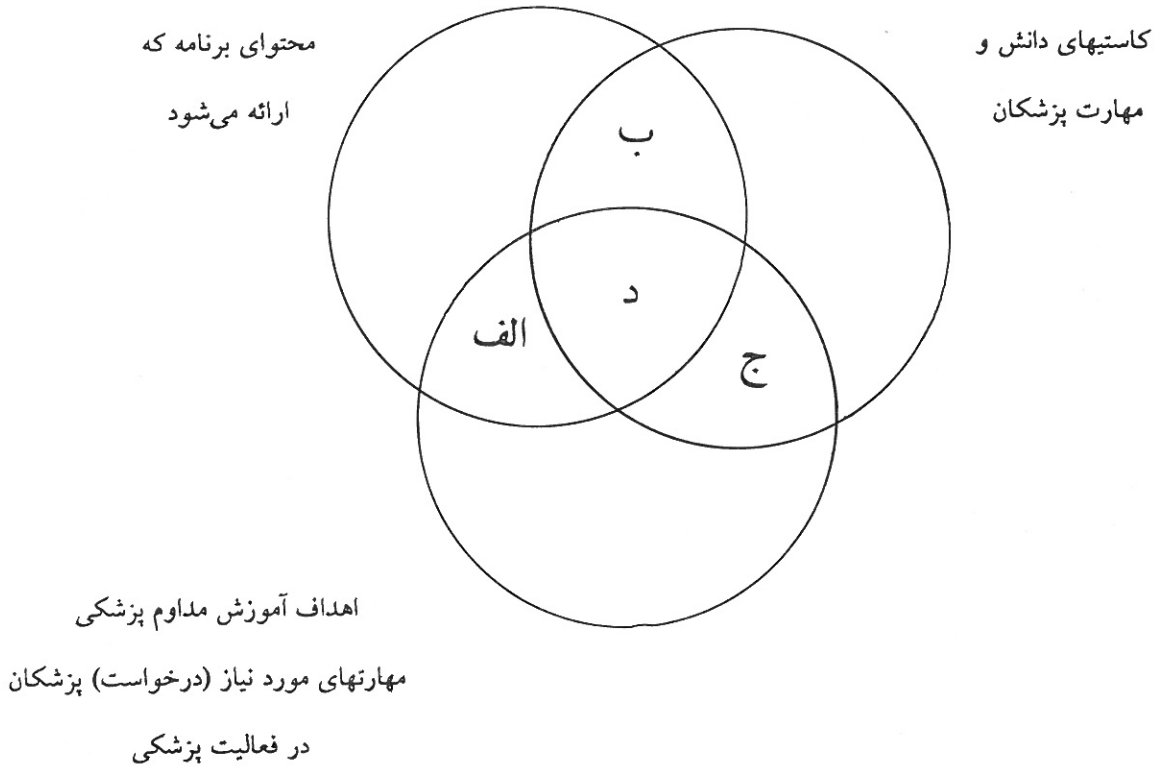
در سالهای گذشته مشخص شد که برنامه‌های آموزش مداوم باید با گسترش فعالیتهای از راه دور در دسترس قرار گیرد. در ارتباط با زمان شرکت در این برنامه‌ها پزشکان باید وقت خود را با برنامه هماهنگ کنند و این برای پزشکانی که کارشان زیاد است و تعهداتی نیز دارند مشکل است. علاوه بر این، مراقبت از بیمار اولین اولویت هر پزشک می‌باشد و در بهترین حالت، آموزش اولویت دوم است. همکاری سایر همکاران در گروه نیز ممکن است ضروری باشد- چرا که در زمان غیبت پزشک برای شرکت در فعالیت آموزشی بایستی کار او را نیز انجام دهند (۱۰).

***Relevance*:** موضوعاتی که در برنامه‌های آموزش مداوم منظور می‌شود باید از نظر عملی حائز اهمیت و در برگیرنده مشکلات روزانه آنها باشد و فقط در قالب موضوعات مورد علاقه آکادمیک نباشد. ارائه یک سری حقایق غالباً پایه برنامه‌های آموزش مداوم است اما امکان دارد به تنهایی مرتبط به نظر نیایند. چگونگی کاربرد حقایق در عمل است که موجب مرتبط شدن آن می‌شود. حقایق به تنهایی دانش درونی هستند و کاربرد کمی دارند.

مرتبط بودن باید دقیق باشد یعنی باید به یادگیرنده

موارد استفاده از دانش نشان داده شود. در یک ارزشیابی از برنامه برای پزشکان خانواده معلوم شد که پزشکان در زمینه موضوعاتی که می‌توانستند به سرعت و یا در آینده نزدیکی آن را به کار برند بهتر عمل کردند (۱۱). عدم وجود ارتباط برنامه‌های آموزش مداوم پزشکی شکایتی است که به طور مکرر از سوی شرکت کنندگان مطرح می‌شود.

نمودار ۱ ارتباط بین سه عنصر مرتبط بودن را نشان می‌دهد: همان طور که مشاهده می‌شود مهارتهائی که مورد نیاز است و پزشکان در آن زمینه‌ها کاستیهایی در کارشان وجود دارد و در برنامه‌ها نیز منظور شده است (قسمت هـ) بخش کوچکی از برنامه‌ها را تشکیل می‌دهد.



الف) جنبه‌هایی از برنامه که نشان دهنده عدم سازگاری فعالیت آموزشی با نیازهای پزشکان و اهداف آموزش مداوم می‌باشد.

ب) جنبه‌هایی از برنامه که با آموزش مداوم ربط دارد اما در ارتباط با کاستیهای پزشکان نیست.

ج) جنبه‌هایی از برنامه که نشانگر کاستی مهارت پزشکان بوده، اما با فعالیت پزشکی آنان ارتباطی ندارد.

د) کاستیهای مهارت پزشکان که در برنامه ارائه نمی‌شود.

هـ) قسمت مرتبط برنامه: شایستگی‌هایی که در پزشکی مورد نیاز است و پزشکان در آن دارای نواقصی هستند که در برنامه آموزشی نیز منظور شده است.

نمودار ۱) ارتباط میان سه عنصر Relevance

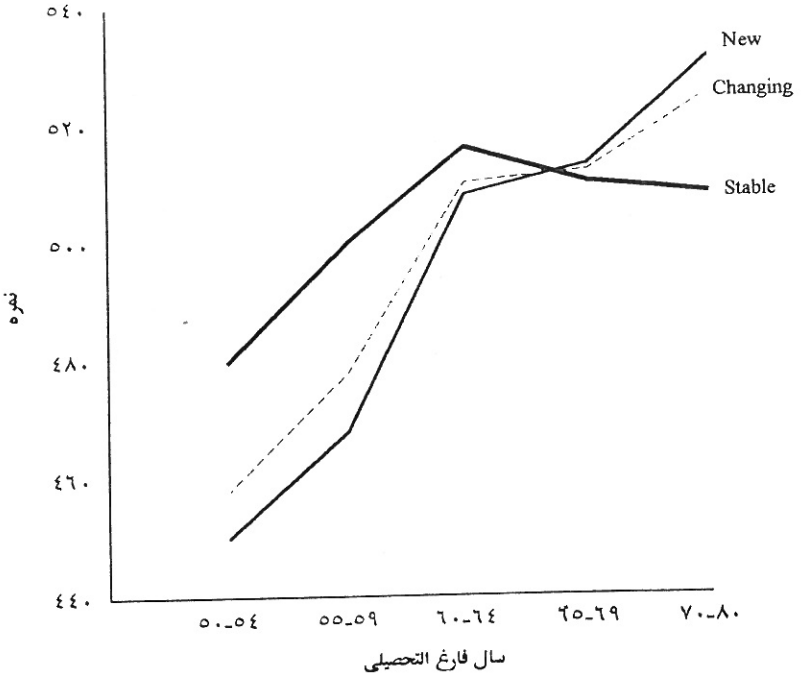
درک یک پزشک به عنوان یکی از اعضای گروه مراقبتهای سلامت و نه به عنوان یک فرد حرفه‌ای مجزا جنبه دیگری از دیدگاه «مرتبط بودن» است. لذا باید بر آموزش چند حرفه‌ای تاکید بیشتری شود.

***Individualization* (فردی ساختن):** افرادی که برنامه‌های آموزش مداوم را دنبال می‌کنند با سوابق آموزشی متفاوت می‌آیند و شرایط حرفه‌ای یا محلی آنان متفاوت است، لذا نیازهای آنان نیز متفاوت می‌باشد. یک پزشک که به تازگی فارغ‌التحصیل شده ممکن است در مورد یک موضوع اطلاعات روزآمد داشته اما فاقد تجربه باشد. همکاران مسن‌تر وی ممکن است مجرب بوده ولی از جهت نظری روز آمد نباشند. تفاوت در نیازهای فردی به ده قسمت زیر تقسیم می‌شود (۱۰):

۱) نوع فعالیت پزشکی، بیمارستان، جامعه شهری یا روستایی.
۲) تجارب قبلی و اطلاعات در مورد موضوع برنامه.
۳) درجه علاقمندی به موضوع مورد بحث.
۴) راهبرد و روش ترجیحی آنان برای یادگیری: سخنرانی، کار گروهی و حل مسئله.
۵) توانایی و سرعت یادگیری.
۶) مدت زمانی که برای فعالیتهای آموزش مداوم منظور کرده‌اند.
۷) زمان و روزی که در هفته می‌توان برای یادگیری اختصاص داده شود.
۸) محل ترجیحی برای یادگیری. مثلاً خانه، کار مرکز آموزشی پژوهشی، ماشین.
۹) یادگیری به تنهایی و یا همراه با سایر اعضای گروه مراقبتهای بهداشتی.
۱۰) مسئولیتهای آموزشی.

برای هماهنگ کردن موضوع با نیازهای فردی لازم است که افراد شرکت کننده در یک برنامه، تا حد امکان، شبیه هم باشند. افراد مایل نیستند مدت زیادی از وقت خود را صرف کنند تا فقط از دقایقی از مطالب مربوط به خودشان بهره‌مند شوند.

نتایج برگزاری امتحاناتی که در سالهای اخیر در بعضی کشورها معمول شده، طی آن افرادی که سالها پیش دوره‌های آموزشی برخی از تخصص‌ها را به اتمام رسانیده‌اند و برای گرفتن گواهینامه مجدد تخصصی مورد آزمون قرار می‌گیرند، نشان می‌دهد که میزان اطلاعات و آگاهی علمی فرد هرچه از زمان پایان دوره تحصیلی او بگذرد بیشتر کاهش می‌یابد (۱۲ و ۱۳). نمرات پایین‌تر افرادی که مدت طولانی‌تری از آموزش به دور بوده‌اند ممکن است به علت کاهش اطلاعات اولیه‌ای که کسب کرده‌اند؛ انواع جدید امتحانات (۱۴)؛ نحوه ارائه خدمات و محل کار آنان (۱۳) باشد. ولی آنچه از مطالعات جدیدتر حاصل شده این است که عدم آگاهی از تغییراتی که در علم ایجاد شده و نیز آشنا نبودن با اطلاعات جدید علمی در رشته مربوطه، دلیل اصلی عدم موفقیت در این آزمونها می‌باشد (۱۵).



نمودار ۲) رابطه بین نمرات کسب شده در امتحان و سال فارغ‌التحصیلی از دانشکده پزشکی

نمودار ۲ نتیجه امتحانات برای گرفتن گواهینامه مجدد بورد داخلی آمریکا را در سال ۱۹۸۰ برای ۱۷۸۰ متخصص داخلی که از سال ۱۹۵۰ تا ۱۹۸۰ فارغ‌التحصیل شده‌اند، نشان می‌دهد. سئوالات تحت نظر اساتید به سه گروه تقسیم شده‌اند: سئوالاتی که حاوی اطلاعات پایه و قبلی بودند و در سال فارغ‌التحصیلی فرد تدریس می‌شده است (Stable)؛ آنها که تغییر کرده‌اند (Changing) و اطلاعاتی که کاملاً نوین هستند (New). در این نمودار به خوبی دیده می‌شود که در اطلاعات پایه و قبلی تغییر کمتری وجود دارد. در این زمینه بهترین اطلاعات را افرادی داشته‌اند که ۱۵ تا ۲۰ سال قبل از امتحان، تخصص داخلی خود را به اتمام رسانده بودند. آنچه که فارغ‌التحصیلان سالهای مختلف را از همدیگر متمایز می‌سازد، میزان اطلاعات جدید و اطلاعاتی است که طی سالهای بعد از پایان تحصیل تغییر کرده‌اند. در این نوع اطلاعات بین افرادی که جدیداً دوره آموزشی را به پایان رسانیده‌اند با فارغ‌التحصیلان سالهای قبل تفاوت فاحشی وجود دارد و هر چه سالهای زیادتری از پایان تحصیلات می‌گذرد، نمرات مربوط به این گونه اطلاعات کاهش نشان می‌دهد. اگرچه انجام بررسیهای مشابه در مملکت ما و در صاحبان حِرَف رشته‌های مختلف پزشکی لازم است تا بتوان به طور قطعی نتیجه‌گیری کرد ولی می‌توان حدس زد که در کشور ما نیز همکارانی که سالها از اتمام دوره تحصیلی آنان می‌گذرد با اطلاعات جدید ویا تغییراتی که در آگاهیهای علمی صورت می‌گیرد کمتر آشنایی پیدا می‌کنند؛ در حالی که، اطلاعات پایه‌ای که قبلاً کسب کرده‌اند تغییر زیادی پیدا نمی‌کند و حتی در ۱۵ تا ۲۰ سال اول پس از خاتمه تحصیل، ممکن است با تجربه‌ای که کسب می‌کنند و احتمالاً مراجعاتی که به این اطلاعات دارند، افزایش نیز پیدا کند.

اطلاعات دیگری نیز از نتایج این امتحانات به دست آمد که با اهمیت می‌باشند. واضح است که اگر افراد در محیطهای دانشگاهی به انجام خدمات بپردازند آگاهی علمی بیشتری دارند. در امتحانات برای کسب گواهینامه مجدد بورد مذکور، متخصصان داخلی شرکت کننده را به سه گروه تقسیم کرده‌اند: پزشکانی که مطب خصوصی دارند؛ افرادی که در یک گروه پزشکی کار می‌کنند؛ و افراد دانشگاهی. مقایسه بین نمرات کسب شده توسط این سه گروه نشان می‌دهد افرادی که دارای مطب شخصی هستند در انواع اطلاعات، بخصوص اطلاعات جدید، نسبت به آنان که کار دانشگاهی انجام می‌دهند، کاهش چشمگیری را نشان داده‌اند. پزشکانی که در کار گروهی هستند در همه انواع اطلاعات بهتر از متخصصانی هستند که مطب شخصی دارند و از نظر اطلاعات تغییر یافته نیز توانسته‌اند همانند پزشکان دانشگاهی باشند؛ ولی از نظر اطلاعات جدید بین متخصصانی که مطب خصوصی دارند و افرادی که دانشگاهی هستند، قرار می‌گیرند. مجدداً متذکر می‌شود که انطباق این اطلاعات با آنچه که در مملکت ما اتفاق می‌افتد قطعی نیست و نیاز به بررسیهای مشابه در کشور دارد. ولی می‌توان فرض کرد که اگر همین روند در کشور ما نیز وجود داشته باشد، برای افرادی که خدمات پزشکی را به صورت انفرادی ارائه می‌دهند بسیار دشوار است که خود را با اطلاعات جدید و با تغییرات علم پزشکی هماهنگ نمایند.

Self-assessment (خودارزشیابی). به منظور کمک به یادگیرنده در انتخاب مناسبترین موقعیتهای یادگیری است. به این ترتیب که برای آنان امکاناتی فراهم می‌شود که مهارتهای خود را بررسی و نقاط ضعف وقوت خویشتن را ارزیابی کنند. با این دیدگاه نقش خود ارزشیابی در تمام مراحل آموزش پزشکی حائز اهمیت است و کاربرد خودارزشیابی به این شیوه توصیف شده است (۱۰ و ۱۱):

۱) به عنوان یک آزمون تشخیصی برای تعیین نیاز یادگیرندگان به شرکت در یک فعالیت یادگیری و کمک به افراد در انتخاب قسمتهایی از برنامه که برای آنان مفید است.

۲) می‌تواند بسنجد که آیا فراگیران از مهارتهای لازم برخوردارند یا به یک پیش نیاز برای شرکت در برنامه احتیاج دارند.

۳) می‌تواند بررسی کند که در مورد موضوع یا موضوعات ارائه شده در برنامه مهارت یافته‌اند.

۴) می‌تواند به پزشکان نشان دهد که آنان می‌توانند از محتوای برنامه فراتر روند و با توجه به زمینه خودشان آن را به کار گیرند.

خودارزشیابی یک فرآیند سه مرحله‌ای است که شامل پرسش، پاسخ و پس‌نورد می‌باشد. در مرحله اول یک سئوال به یادگیرنده داده می‌شود که ممکن است به صورت یک مورد بیماری باشد. در مورد نحوه تشخیص، درمان و اداره بیمار روشهای متفاوتی از کار یک پزشک مطرح و از او خواسته می‌شود تا نحوه عمل خود را با موارد مطرح شده مقایسه کند.

در مرحله دوم پزشک پاسخ خود را به صورت یک یادداشت و به طور خلاصه می‌نویسد.

در مرحله سوم به عنوان بخش کلیدی خودارزشیابی باز خورد به یاد گیرنده داده می‌شود. پس‌نورد یا بازخورد شامل توضیحی از چرایی و صحیح یا غلط بودن پاسخهاست.

به منظور فردی نمودن آموزش جهت نیازهای آموزشی پزشکان بایستی در آموزش پزشکی طراحی بیشتری صورت گیرد و از فن‌آوریهای آموزشی استفاده شود. به دانشجویان به طور فزاینده‌ای فرصت انتخاب موقعیت یادگیری از یک سری فهرست داده می‌شود تا یادگیری خود را با نیازهای فراگیری خویشتن مرتبط کنند.

برنامه می‌تواند طوری طراحی شود که راهبردهای مختلف یادگیری را در نظر بگیرد. شرکت در برنامه آموزشی، مطالعه شخصی، انتخاب آزاد برنامه براساس حل مسئله یا رویکرد ارائه اطلاعات، اجرای برنامه در زمانهای متفاوت نیز برای در نظر گرفتن وقت آزاد پزشکان برای مطالعه موضوع امکان‌پذیر است. در این صورت پزشکان می‌توانند با سرعت مورد نظر خود و انتخاب مناسب‌ترین روشهای یادگیری به نحو احسن آموزش ببینند.

از بین همه ویژگیها، خود ارزشیابی را مهمترین تعیین کننده اثربخشی برنامه آموزش مداوم دانسته‌اند. بوسیله آن می‌توان اهداف آموزشی پزشکان را روشن و یا آن را تغییر داد. همچنین، به وسیله آن می‌توان اطلاعات را به صورت عمیق دریافت کرد.

Interest (علاقه). هر برنامه آموزش مداوم باید صحیح و جالب و نه مبهم و خسته‌کننده باشد. برای این منظور مرتبط ساختن یادگیری با کار پزشک مفید است. مثلاً در یادگیری براساس شغل (Task-based learning) وظایفی که افراد در کارشان با آنها روبرو می‌شوند مرکزیت یادگیری آنان می‌باشد. یک شرکت کننده توانا مایل نیست که به صفحات منگنه شده با تایپ نامطلوب و تکثیر سایه دار نگاه کند. حتی یک چنین چیز ساده همانند عنوان برنامه دوره یا سخنرانی ممکن است تصمیم یک پزشک را برای شرکت در برنامه تغییر دهد.

در مجموع آموزش مداوم باید به سه دلیل جالب باشد تا موفق شود:

۱) جلب توجه افرادی که تمایل دارند در برنامه شرکت کنند.

۲) تشویق افرادی که تمایل دارند و تبدیل آنان به شرکت کننده، به نحوی که وقت، تلاش و منابع خود را در این جهت سرمایه‌گذاری کنند.

۳) حفظ توجه و انگیزه شرکت کنندگان برای تکمیل برنامه.

باید توجه داشت که بهترین دلیل برای مطالعه ارضای نیاز دریافتن مطالب جدید و بهبود استعدادهاست.

Systematic (نظام‌مند). پزشک می‌تواند مجلات پزشکی را بخواند و در تمام همایشها در مراکز آموزشی- پژوهشی به مدت یک سال شرکت کند، اما در آخر برنامه از اینکه چه چیزی فراگرفته است مطمئن نباشد. برنامه‌ای نظام‌دار است که یادگیرندگان آن بدانند که چرا و چگونه ابعاد مختلف موضوع مورد علاقه آنان در یک دوره زمانی معین آموزش داده می‌شود. به عبارت دیگر، در یک برنامه منظم برنامه آموزشی تمام آنچه را که یادگیرندگان در زمینه یک موضوع نیازمند یادگیری هستند، فراهم می‌کند.

نحوه ارائه آموزش

آموزش مداوم پزشکی برای افرادی است که بین ۲۵ تا ۷۰ سال سن دارند و باید کلیه امور مربوط به آموزش بزرگسالان را در نظر داشته باشد و از نوآوریهای فنون و روشهای آموزش مؤثر بهره گیرد.

سخنرانی. تجارب نشان داده‌اند که روش آموزشی زمانی کمترین اثر را دارد که یادگیرنده در آن، تنها یک شنونده غیرفعال در سخنرانی باشد. مهم نیست که سخنرانی چگونه مهیا شده است و یا چگونه سخنران را تحت تأثیر قرار داده باشد. توقف طولانی شنوندگان در موضوع ارائه شده معمولاً نامطلوب است. این مسئله فقط به سخنرانیهای ارائه شده در کنفرانسهای پزشکان عمومی اختصاص ندارد بلکه به سخنرانیهای ارائه شده در کنفرانسهای تخصصی برای متخصصان نیز مربوط می‌شود. به هر حال بسیاری از کنفرانسها فاقد جهت‌دهی مناسبند و در آنها شنونده‌های متفاوتی از جمله پزشکان عمومی و

متخصصان با سطوح بسیار متفاوت - از نظر میزان دانش و مهارت در کار- حضور دارند و این امر بر مشکلات سخنرانان در تنظیم مناسب محتوا، روش و جزئیات سخنرانی آنان می‌افزاید.

روش‌های فعال. این روشها امروزه جایگزین سخنرانی شده‌اند زیرا برای یادگیری و یاددهی مناسب‌ترند. برخی از روشهای مفید یادگیری به شرح زیر می‌باشند:

۱) در روش گروههای کوچک (Tutorial) فراگیران شرکت کنندگان فعالی هستند که در صورت طراحی مناسب، این گونه فعالیتها مستلزم آمادگی قبلی یادگیرندگان خواهد بود؛ به گونه‌ای که، مطالب از قبل معین شده باشد و تحلیل منطقی از اطلاعات جدید صورت گیرد.

۲) روش دیگر یادگیری مؤثر آن است که فرد خود را برای یک سخنرانی (ارائه) آماده کند. بخصوص که از مدتی قبل جهت مطالعه مناسب هدایت شده باشد. بعد از یک ارائه مختصر از طرف یکی از اعضای گروه، وقت کافی برای بحث و پرسش منظور خواهد شد و در شرایطی که گروه کوچک باشد امکان مشارکت فعال در بحث و تحلیل داده‌ها برای تمامی اعضای گروه فراهم خواهد شد. نقش تسهیل کننده (Tutor) در این روش انتخاب مواد کافی جهت مطالعه قبلی است. همچنین به عنوان یک رهبر بحث گروهی را به صورت معنی‌دار و جذاب هدایت کند.

گردهمائی‌های آموزشی بصورت گروههای‌کوچک ممکن است براساس موضوع (Subject oriented) و یا مسئله (Problem oriented) و یا ترکیبی از هر دو باشد.

۳) روش اثربخش دیگر جلسات ملاقات با افراد ماهر بالینی است. با استفاده از این روش مشارکت فعال یادگیرنده و تعامل با مدرس فراهم می‌شود. موفقیت این روش بستگی به انتخاب مناسب موضوعات، تجارب و انگیزه افراد ماهر بالینی دارد. آنچه حائز اهمیت است اینکه جلسات به سخنرانی تبدیل نشود و روش تعاملی،فرم و محتوا و متمرکز بر مورد بودن آن (Case oriented) نیز حفظ شود (۱۶).

تجربه نشان داده است که اگر به معیارهای زیر توجه شود یادگیری در جریان آموزش مداوم کارآیی بیشتری خواهد داشت:

۱) یادگیری باید با علائق پزشکان متناسب باشد.

۲) با تنظیم سئوالات و جستجوی پاسخ آنها، بحث در مورد نتایج بدست آمده و به اجرا در آوردن آنچه که یاد گرفته شده است.

۳) پزشکان باید با مشکلات روبرو شوند؛ برای حل مشکلات مورد تشویق قرار گیرند، در حل مشکلات به آنان کمک شود تا آنچه را که باید فراگیرند خود تشخیص دهند. به آنان فرصت داده شود تا دانش، درک و بینش خود را در زمینه حل مشکل به کار بندند.

یک فرآیند یادگیری وقتی اثربخش است که براساس توانائیهای قبلی، مانند مهارتهای حرفه‌ای استوار باشد و وضعیتی را ایجاد کند که دانش جدید بر اساس آن شکل گیرد. همچنین به منظور حفظ کارآیی لازم است آموزش با مشکلات بهداشت جامعه مرتبط باشد. جامعه از پزشک انتظار دارد که در کسوت یک دانشمند، نقش درمانگر و نیز یک روحانی را ایفا کند. به همین جهت جایگزین نمودن رویکرد حل مسئله بجای آموزش سنتی مورد توجه می‌باشد.

دامنه رویکردهای پذیرفته شده در آموزش مداوم پزشکی به طور وسیعی از دوره‌های رسمی سخنرانی تا بحثهای گروههای کوچک و یا جلسات علمی و برنامه‌های آموزش از راه دور متغیر است (۱۰). از فن‌آوریهای جدید، مثل آموزش به کمک کامپیوتر و ماهواره یا دیسک ویدیویی تعاملی و یا جزئیات

محتوایی موضوع نیز استفاده می‌شود.

در یک گردهمائی صاحبنظران که توسط سازمان جهانی بهداشت ترتیب داده شده بود، شیوه‌های گوناگون یادگیری در یک جلسه مشورتی در زمینه آموزش مداوم به شرح زیر ارائه شد:

الف) شیوه‌های آموزش در محیط کار

- تشکیل جلسات در زمینه خدمات بهداشتی
- گردش شغلی
- آموزش ضمن خدمت
- نظارت و راهنمایی در محل کار
- بازبینی مقالات نشریات
- تکالیف و پروژه‌های گروهی
- بازبینی پرونده‌های بیماران و گزارشهای ماهانه
- تشکیل جلسه با همکاران
- کنفرانس تلفنی
- جلسات و کنفرانسهای کارمندی.

ب) شیوه‌های آموزش خارج از محیط کار

- یادگیری از راه دور
- مطالعات دانشگاهی
- دوره‌های کارآموزی
- مطالعه شخصی
- مطالعه هدایت شده
- سمینارها و کارگاههای آموزشی
- کنفرانس
- جلسات سازمانهای حرفه‌ای
- جلسات انجمنهای علمی.

نکته مهم در آموزش مداوم توجه به شرایط شرکت کنندگان در برنامه به عنوان یادگیرندگان بزرگسال است.

لذا توجه به اصول یادگیری - که در زیر شرح داده شده- حائز اهمیت فراوان است (۱۷).

* یادگیرندگان بزرگسال از نیازها و علائق خود آگاهی دارند و دارای انگیزه درونی هستند زیرا می‌خواهند با یادگیری خود را غنی سازند.

* اهداف یادگیرندگان بزرگسال شامل یافتن راه حل برای مشکلات واقعی است که در کار یا زندگی شخصی‌شان با آن روبرو هستند.

* یادگیری بر اساس تجارب شخصی و حرفه‌ای به عنوان زمینه فرآیند یادگیری صورت می‌گیرد.

* یادگیرندگان بزرگسال برای آموزش خود احساس مسئولیت می‌کنند و مایل هستند که در تعریف اهداف یادگیری سهیم باشند.

* کارآترین روشهای یادگیری براساس تجارب هر یادگیرنده متفاوت است.

برخی برنامه ثبت وقایع روزانه را معرفی کرده‌اند (۹). در این روش، شرکت کننده باید نیازهای یادگیری خود را تشخیص دهد و روشهایی را که با آن می‌تواند به اهداف خود دست یابد، انتخاب کند. نقطه شروع این فرآیند در فعالیتهای روزانه پزشکان قرار دارد لذا نیازها و روشها بسیار متفاوتند. بسیاری از شرکت کنندگان بخش اعظمی از یادگیری خود را از طریق مطالعه فردی و تحقیق بر عهده می‌گیرند. این روش با روش سنتی انتخاب دوره و سخنرانی- که محتوا و زمان آن بوسیله شخص دیگری انتخاب می‌شد- متفاوت است. این روش همچنین شامل ثبت عناوین مورد نظر، روشهای یادگیری و مدت زمان صرف شده برای فعالیتهای انجام شده می‌باشد.

به شرکت کنندگان یک دفترچه نیز داده می‌شود تا به‌طور همزمان کلیه وقایع بحرانی را که ضمن کار ممکن است اتفاق افتد در آن ثبت کنند. واقعه بحرانی واقعه‌ای است که در آن عملکرد شخصی موجب تغییر در نتایج مربوط به بیمار شده باشد.

از این وقایع بحرانی می‌توان برای تعدیل یا فرمول‌بندی مجدد اهداف مربوط به طرح یادگیری استفاده کرد. این وقایع نقش مهمی در مشخص شدن

ابعاد جدید یادگیری یا موضوع مباحثه برای شرکت کنندگان دارد. این افراد می‌توانند در گروههای ۶ تا ۸ نفره با یک Tutor که نقش تسهیل کنندگی و صاحبنظری دارد ملاقات نموده و به این ترتیب در یادگیری خود راهبر مورد حمایت قرار گیرند (۱۸).

یکی از مقبول‌ترین نظریات آموزش مداوم پزشکی یادگیری Practice Based Small Group (PBSG) می‌باشد. بر این اساس که یادگیری خود راهبر در تمام طول عمر یک مهارت غریزی است و نتیجه طبیعی یک آموزش رسمی نیست. این برنامه که در سال ۱۹۹۲ آغاز گردید توسط کالج پزشکان خانوادگی کانادا پذیرفته شد و در تمام کشور به اجرا در آمد. پزشکان در گروههای ۵-۹ نفره با حضور یک فرد تسهیل کننده تعلیم دیده، به مدت ۱/۵ ساعت، دو بار در ماه و ۸ ماه در سال گرد هم می‌آیند و مطالب مرتبط با کار خود را به بحث می‌گذارند.

ارزشیابی برنامه‌های آموزش مداوم

ارزشیابی به یک فرآیند منظم (سیستماتیک) برای جمع آوری، تحلیل و تفسیر اطلاعات گفته می‌شود: به این منظور که تعیین شود آیا هدفهای مورد نظر تحقق یافته‌اند و یا در حال تحقق یافتن هستند و به چه میزان (۱۹). ارزشیابی غالباً به عنوان یک ابزار کنترل خارجی محسوب شده است نه یک وسیله برای کنترل فردی و یا ارائه بازخورد به مدرسان و تنظیم کنندگان برنامه. ارزشیابی دارای دو نوع اصلی تکوینی و تراکمی است که هر کدام باید جنبه‌های شناختی، سایکوموتور و عاطفی را دربر بگیرد. ایجاد ارتباط روشنی بین اهداف برنامه، روشهای اندازه‌گیری و نتایج ارزشیابی ضروری است (۲۰).

برای تعیین میزان موفقیت برنامه در رسیدن به اهداف مورد نظر ارزیابی باید در چهار مرحله انجام شود:

مرحله اول. ارزشیابی نظریات، ادراکات و نگرش افراد درباره برنامه آموزش مداوم. اطلاعات توسط فرم نظرخواهی معمولاً در طول برنامه یا بلافاصله پس از اتمام جمع‌آوری می‌شود.

مرحله دوم. اندازه‌گیری تغییرات عاطفی، شناختی، روانی. اندازه‌گیری میزان دانش کسب شده، مهارت توسعه یافته و نگرش اصلاح شده ضروری است.

مرحله سوم. تعیین وسعت تغییر رفتار ایجاد شده در فراگیران (به دنبال برنامه). این نوع ارزشیابی مشکل و پیچیده است زیرا ارزشیابی عملکرد پزشک در برخورد با بیمار مثلاً مبتلا به سنگ کلیه و یا بررسی ارتباط پزشک و بیمار کار ساده‌ای نیست.

مرحله چهارم. اثرات نهائی برنامه بر کمیت و کیفیت ارائه خدمات بهداشتی. این نوع ارزیابی از طریق کمیته بررسی نسخه‌ها، سطح سلامت جامعه و استفاده از شاخص‌هائی مانند کاهش مبالغ هزینه دارو، کاهش شکایات نظام پزشکی و ... صورت می‌گیرد.

موانع آموزش مداوم پزشکی

در سیر آموزش مداوم موانع زیادی وجود دارد که ممکن است در هر منطقه یا کشوری ویژگیهای خاص خود را داشته باشد؛ معهذا بعضی موانع مشترک را می‌توان به صورت زیر ذکر کرد:

۱) محدودیت زمانی. مانع بزرگی است برای بسیاری از پزشکان که بتوانند در برنامه‌های بازآموزی زیادی شرکت کند.

۲) نبود مهارتهای خودآموزی و تحلیل منطقی. که اکثراً مربوط به نوع آموزش سنتی در دانشکده‌ها و دانشگاهها است که فرد را به نحوی بار نمی‌آورد که بتواند پس از فارغ‌التحصیلی

انگیزه و ظرفیت خودآموزی و فعالیت جهت آموزش مداوم را دارا باشد.

۳) معلم محوری. آفتی است که در اکثر برنامه‌های بازآموزی مداوم وجود دارد. همین امر سبب می‌شود که اگر هم دانش افراد مختصری افزایش یابد، رفتار آنان تغییر نکند و مراقبتهای پزشکی آنان تحت تأثیر آموزش مداوم بهبود نیابد.

۴) کمبود تسهیل کنندگان مناسب. اکثر برنامه‌ها توسط افرادی اداره می‌شود که معلمان دانشکده‌ها و دانشگاهها هستند و آموزش و تجربه کافی برای آموزش بر مبنای حل مسئله و در گروههای کوچک را ندارند.

قانون بازآموزی و نوآموزی جامعه پزشکی

طرح بازآموزی جامعه پزشکی در سال ۱۳۶۸ در مجلس شورای اسلامی مطرح شد و کمیسیون بهداری و بهزیستی مجلس شورای اسلامی مطالعات کارشناسی آن را به عهده گرفت. نتایج حاصله از نظرخواهی ۷۴۸ پزشک و مسئولان توسط پرسشنامه و کارگاهی که با حضور مسئولان وزارت بهداشت، مقام محترم وزارت، معاونان وزارت، اعضا و ریاست کمیسیون بهداری و بهزیستی مجلس شورای اسلامی و تعدادی از اساتید دانشگاههای علوم پزشکی در محل دفتر بازآموزی تشکیل شد، به کمیسیون بهداری و بهزیستی مجلس شورا تقدیم شد. در نهایت، طرح مزبور پس از طی مراحل خاص و اصلاحات لازم در جلسه مورخ ۶۹/۷/۲۲ مجلس شورای اسلامی با پنج سال اجرای آزمایشی به تصویب رسید و با تأئید شورای نگهبان (در تاریخ ۶۹/۸/۱۷)، به صورت قانون لازم‌الاجرا درآمد.

با توجه به تصویب قانون لزوم بازآموزی و نوآموزی جامعه پزشکی کشور و ابلاغ آن به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت اجرا، دفتر بازآموزی معاونت آموزشی وزارت متبوع مسئولیت برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌ریزی و نوآموزی جامعه پزشکی را بر عهده گرفت.

با پایان یافتن دوره پنج ساله اول بازآموزی جامعه پزشکی کشور و اتمام مدت قانون یاد شده در آبان‌ماه سال ۴۷۳۱ بازنگری و اصلاح قانون و آئین‌نامه‌ها در جلسات پیاپی انجام و پیش‌نویس قانون تهیه شد. و با توجه به خلاء قانونی از آبانماه سال ۱۳۷۴، لایحه فوق با قید دو فوریت در اردیبهشت ۱۳۷۵ در مجلس شورای اسلامی مطرح و به تصویب نهائی رسید و در نیمه خرداد ماه به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ شد.

عملکرد پنج‌سال اول (۱۳۷۰-۱۳۷۵) بازآموزی (۲۱-۲۴)

در این مدت هدف عبارت از ترغیب، تشویق، راه‌اندازی و برگزاری برنامه‌ها بود و در مجموع ۲۱۴۰ برنامه اجرا شد.

در این مدت در حالی که دقت در مورد کیفیت برنامه‌ها مدنظر بوده، به همه سازمانها و مراکز و دانشگاه‌ها اجازه برگزاری برنامه داده شد تا تعداد برنامه‌ها و پوشش کلیه امتیازات مشمولان قانون به حد مطلوب برسد و همه با برگزاری برنامه‌ها آشنا شوند.

اشکال عمده پنج ساله اول این بود که برنامه به شیوه سنتی اجرا شد و اصول آموزش پزشکی و طراحی علمی برنامه‌ها (تعیین نیاز، اجرای مناسب برای محتوا و ارزشیابی) به عمل در نیامد.

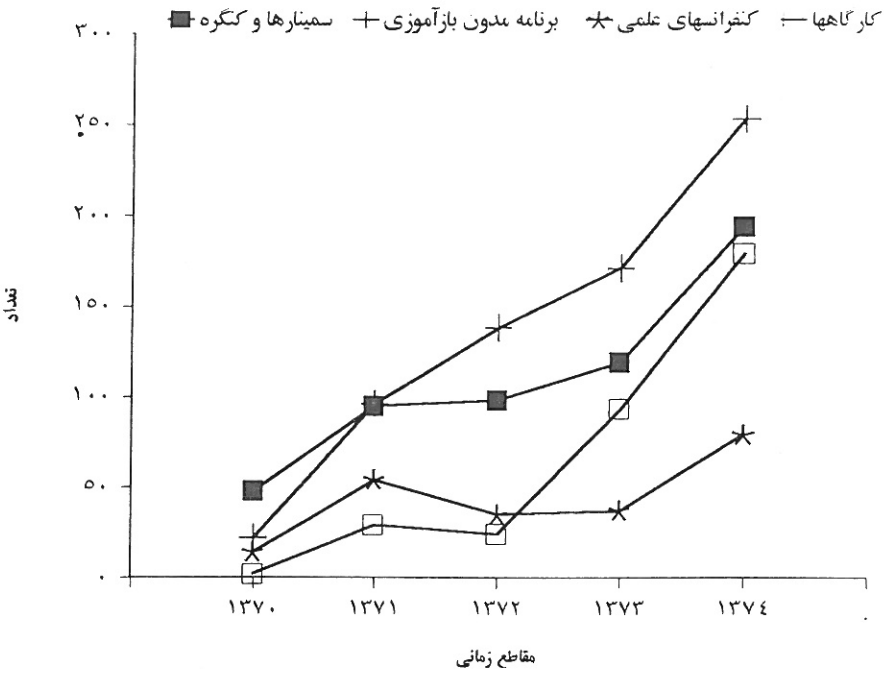
در پنج ساله اول طبق قانون و ضوابط به صدورگواهی نهائی و تمدید پروانه مشمولان قانون (فارغ‌التحصیلان قبل از ۱۳۷۰) نیز پرداخته شد که از نقاط قوت برنامه کشوری آموزش مداوم می‌باشد.

جدول ۱) نوع و تعداد برنامه‌های آموزش مداوم در پنج ساله اول

عنوان	تعداد
برنامه‌های اجرا شده	۲۱۴۰
افراد شرکت کننده	۴۲۸۰۰۰
دانشگاهها و سازمانهای اجرا کننده	۱۹۰
برنامه‌های مدون اجرا شده	۷۳۵
سمینارها و کنگره‌ها	۶۲۷
کارگاههای بهداشتی	۲۲۶
کارگاههای پژوهشی	۳۹
کارگاههای آموزشی	۱۲۶
کنفرانس‌ها	۲۷۵
برنامه‌های آموزشی کوتاه مدت	۱۱۲

در برنامه پنج ساله اول دانشگاهها، انجمن‌های علمی، سازمانها، مؤسسات علمی پژوهشی و واحدهائی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در برگزاری برنامه‌ها شرکت داشتند که کارنامه آن در جدول ۱ خلاصه شده است. تعداد افراد شرکت کننده بیش از ۴۰۰۰۰۰ نفر است که نشان می‌دهد هر یک از پزشکان چند برنامه را در طی پنجساله اول گذرانده‌اند. متوسط تعداد شرکت کنندگان برنامه ۲۰۰ نفر هستند که برای آموزش مداوم مطلوب نیست، زیرا در برنامه‌های مناسب بهتر است تعداد شرکت کنندگان کمتر باشد تا امکان تبادل نظر و آموزش از طریق حل مسئله موجود باشد. بدیهی است بسیاری از برنامه‌های غیرمدون را سمینارها و کنگره‌ها تشکیل داده‌اند که در برخی از آنها ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر شرکت کرده‌اند.

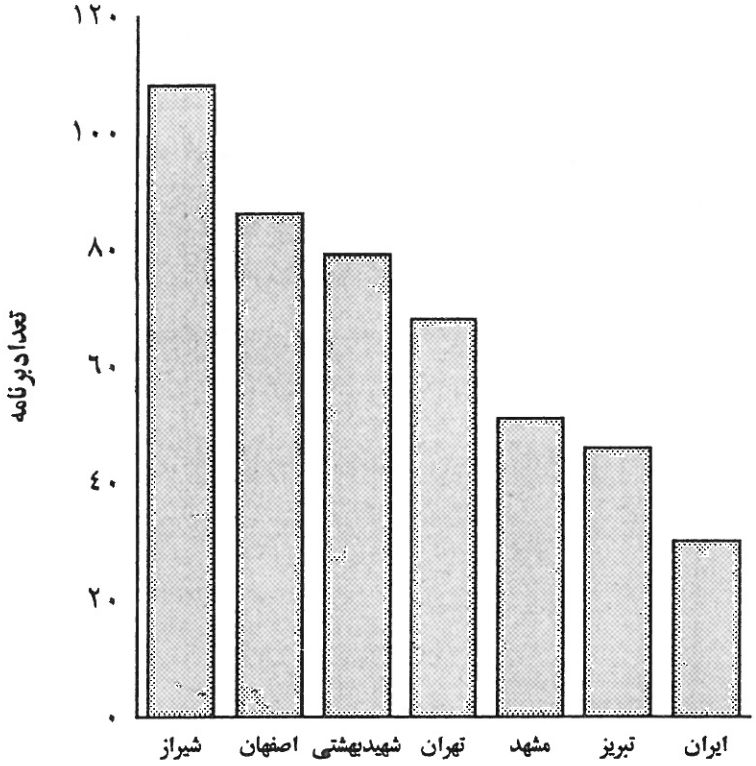
نمودار ۳، تعداد برنامه‌های بازآموزی اجرا شده در سالهای ۷۰ تا ۷۴ را به تفکیک کارگاهها، کنفرانسهای علمی، برنامه‌های مدون و سمینارها و کنگره‌ها نشان می‌دهد. کارگاههای آموزش، بهداشتی و پژوهشی حدود ۱۸% کل برنامه‌های اجرا شده در پنجساله اول را شامل شده است. مع‌هذا باید توجه نمود که تعداد کارگاههائی که از آموزش مداوم مجوز گرفته، در این آمار آورده شده‌اند، احتمالاً به مراتب کمتر از کارگاههای برگزارشده هستند. برای مثال بسیاری از کارگاههای پژوهشی اجرا شده توسط دانشگاهها بدون کسب مجوز از دفتر آموزش مداوم برگزار می‌شوند. بهر جهت، جای خوشوقتی است که نزدیک یک پنجم برنامه‌های اجرا شده از طریق کارگاهی و با مسئله‌گرایی همراه بوده است.



نمودار ۳) تعداد برنامه‌های آموزش مداوم به تفکیک کارگاهها، کنفرانسهای علمی، برنامه‌های مدون، سمینارها و کنگره‌ها در سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۴

طی این سالها ۸۹۸ برنامه بازآموزی برای پزشکان عمومی، ۲۲۴ برنامه برای دندانپزشکان و ۲۰۵ برنامه برای داروسازان به اجرا در آمد. در بین تخصص‌ها، بیشترین برنامه‌های بازآموزی به ترتیب برای رشته‌های داخلی با ۳۷۷، اطفال با ۳۵۶، عفونی با ۲۴۴، زنان و زایمان با ۲۴۲ و جراحی عمومی با ۲۰۳ برنامه تعلق گرفته است (جدول ۲).

از نظر تعداد برنامه‌های بازآموزی به ترتیب دانشگاههای علوم پزشکی شیراز، اصفهان، شهید بهشتی، تهران، مشهد، تبریز و ایران بیشترین تعداد را برگزار کرده‌اند (نمودار ۴).



نمودار ۴) تعداد برنامه‌های آموزش مداوم در دانشگاههای بزرگ علوم پزشکی کشور

از نظر تعداد گواهینامه‌های صادر شده به ترتیب دانشگاههای شهید بهشتی، ایران، اصفهان، تهران، شیراز، تبریز، مازندران و گیلان بیشترین تعداد را داشته‌اند (جدول ۳).

تحلیلی از وضعیت آموزش مداوم ایران

دکتر حسینی و اصلانی (۲ و ۲۲) جهت ارزیابی برنامه‌های بازآموزی پنج ساله اول با استفاده از ابزارهایی نظیر ارسال پرسشنامه به معاونان آموزشی دانشگاهها، برگه‌های نظر سنجی، کتابچه زمان بندی برنامه، برنامهٔ تفصیلی ارسالی از مراکز جهت تخصیص امتیاز به نتایج زیر دست یافتند:

در طراحی برنامه‌های بازآموزی پنج سال اول، نیازهای فردی فراگیران، متغیرهای سن، محل فارغ‌التحصیلی و مدت زمان بعد از فارغ‌التحصیلی مطرح نبوده است. مع‌هذا طراحی انواعی از برنامه‌های آموزشی مداوم (برنامهٔ مدون) براساس رشتهٔ تحصیلی انجام گرفته است.

در طیف نیازهای بهداشتی جامعه به بسیاری از متغیرها توجه خاص نشده است؛ به طوری که، در تدوین برنامه‌ها ۸۸ درصد شکایتها و تخلفات، ۸۴ درصد اشکالات موجود در مدارک پزشکی و ۷۶ درصد فرهنگ جامعه در نظر گرفته نشده است. اگرچه ۶۰ درصداز معاونان آموزشی(یادبیران بازآموزی) پاسخ داده‌اند که به متغیرهای شاخصهای بهداشتی و شیوع بیماریها در برنامه‌ها توجه کرده‌اند، اما بررسی برنامه‌های سال ۷۵ حاکی از عدم همخوانی برنامه‌های بازآموزی با شیوع بیماریهاست؛ به طوری که، آسم با فراوانی تقریباً ۱ درصد در جامعه ۷/۲ ساعت را به خود اختصاص داده، برای بیماریهای انگلی با شیوع ۳۳ درصد، تنها ۶/۸ ساعت وقت صرف شده است. حال آنکه برای طراحی برنامه‌های

جدول ۳) آمار گواهینامه‌های بازآموزی صادر شده توسط دانشگاههای علوم پزشکی

نام دانشگاه	تعداد گواهی‌های صادره	نام دانشگاه	تعداد گواهی‌های صادره
۱) شهید بهشتی	۱۶۲۵	۱۴) همدان	۱۴۱
۲) ایران	۱۳۳۰	۱۵) ارومیه	۱۲۷
۳) اصفهان	۱۱۶۴	۱۶) قزوین	۱۲۱
۴) تهران	۱۰۲۶	۱۷) کرمانشاه	۱۰۰
۵) شیراز	۴۵۹	۱۸) سمنان	۸۶
۶) تبریز	۴۵۹	۱۹) زنجان	۸۰
۷) مازنداران	۳۸۹	۲۰) شهرکرد	۶۰
۸) گیلان	۳۵۲	۲۱) بندر عباس	۵۰
۹) اهواز	۳۳۴	۲۲) سنندج	۳۵
۱۰) مشهد	۳۲۹	۲۳) ایلام	۲۴
۱۱) کرمان	۳۲۵	۲۴) لرستان	۲۴
۱۲) شهید صدوقی یزد	۱۸۴	۲۵) بوشهر	۲۳
۱۳) اراک	۱۴۴	۲۶) زاهدان	۱۴
جمع کل	۹۰۰۵		

آموزش مداوم بایسته است که به یافته‌های اپیدمیولوژیک، شکایتها، مدیریت خطر و نیازهای بیماران توجه خاص مبذول شود.

براساس همین یافته‌ها ۸۸ درصد از معاونان آموزشی (یا دبیران بازآموزی) اذعان داشتند که در طراحی برنامه‌ها به نیازهای آموزشی افراد توجه داشتند و ۶۵ درصد نظریات شرکت کنندگان و متخصصان را در طراحی برنامه‌ها لحاظ کردند.

طبق نتایج استخراج شده، شرکت کنندگان در برنامه‌های بازآموزی از کیفیت علمی سخنرانیها، جنبهٔ کاربردی مطالب بحث شده، مدیریت و نظم جلسات، زمان و مکان برگزاری رضایت داشتند و عمده‌ترین نارضایتی به عدم همخوانی نیازهای شغلی افراد و مشکلات بالینی پزشکان با موضوعات مطرح شده در برنامه‌های بازآموزی مربوط می‌شود. با توجه به مطالب فوق به نظر می‌رسد که بررسی نیازها (Needs Assessment) در برنامه‌های پنج سال اول بازآموزی به طور نسبی و عمدتاً با نظریات متخصصان انجام گرفته، دانشگاهها در این زمینه فعالیت رسمی و جامعی به عمل نیاورده‌اند. در نظر نگرفتن زمانهای مناسب برای پرسش و پاسخ و فشردگی مطالب از دیگر عوامل نارضایتی مطرح شده‌اند که به طور عمده به ضعف شیوه‌های برگزاری برنامه‌های بازآموزی مربوط می‌شوند. به طوری که طبق نتایج به دست آمده ۵۷ درصد از برنامه‌ها به شیوهٔ سخنرانی برگزار شده، در بیش از نیمی از این برنامه‌ها اساساً

زمانی برای پرسش و پاسخ اختصاص داده نشده است.

برگزاری برنامه به صورت نظری و ضعف در جنبه‌های عملی از دیگر مواردی است که در برنامه‌های بازآموزی گذشته به چشم می‌خورد؛ به طوری که، حتی در برنامه‌های کوتاه مدت حرفه‌ای نیز به جنبه‌های نظری بیش از جنبه‌های عملی توجه شده است. ۸۳ درصد از کارگاهها نیز زمانی را به کار عملی اختصاص نداده بودند.

برای تطبیق برنامه‌های آموزش مداوم جامعهٔ پزشکی با نیازهای بهداشتی جامعه از ابزارهای زیر استفاده شده است: آمار علل بیماری از نشریهٔ آمار معاونت پژوهشی؛ اطلاعات دریافتی از مراکز بهداشتی- درمانی، شهری و روستایی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ محتوای برنامه‌های آموزش مداوم سال ۷۵ از طریق بروشور و یا برنامهٔ تفصیلی ارسالی جهت کسب مجوز.

نتایج به دست آمده نشان داد که در مورد بیماریهای دستگاه گوارش و گردش خون، میان زمان اختصاص یافته به آموزش و دفعات مراجعه مبتلایان با ۹۵ درصد اطمینان همبستگی وجود دارد. اما زمان اختصاص یافته به بازآموزی بیماریهای دستگاه تنفس، عفونی، انگلی، سرطانها، حوادث، مسمومیتها و خودکشی متأثر از دفعات مراجعه نبوده است.

بر طبق یافته‌ها بیشترین زمان در برنامه‌های بازآموزی سال ۷۵ به بیماریهای عفونی و انگلی اختصاص یافته است. سایر بیماریها به ترتیب: بیماریهای دستگاه تنفس، دستگاه گردش خون، سوانح، حوادث و سرطانها می‌باشد. در پایان نتیجه‌گیری شده است که در غالب موارد بین نیازهای جامعه با اوقات صرف شده جهت آموزش مداوم پزشکان همخوانی وجود ندارد. لذا لزوم برنامه‌ریزی صحیح جهت ایجاد هماهنگی هرچه بیشتر بین دو فراسنج فوق بشدت احساس می‌شود (۲).

همچنین در نظر گرفتن فرصت کافی برای بحث و تبادل نظر در انتهای برنامه مطابق برنامهٔ پیشنهادی، تهیهٔ بروشور برنامه سخنرانیها و توزیع آن بین شرکت کنندگان، تا حد امکان قبل از اجرا ضروری است.

به علاوه، نیاز به داشتن ارزشیابی کارآمد بیش از پیش احساس می‌شود: به نحوی که این سیستم، توانایی شناسایی مشکلات در هر مرحله از تدوین برنامه را داشته باشد. نتایج به دست آمده حاکی از آن است که در برنامه‌های بازآموزی پنج سال اول ارزشیابی به طور منظم انجام نشده، تنها در بعضی موارد از آزمون استفاده شده است. در مجموع به نظر می‌رسد که تقویت سیستم ارزشیابی باید در صدر فعالیتهای ادارهٔ کل آموزش مداوم جامعهٔ پزشکی قرار گیرد. یعنی سیستمی که قادر باشد ارزشیابی ورودی (فراگیر، مدرس، امکانات و ...)، فرآیند شیوه‌های برنامه‌ها و نتایج بازآموزی (کوتاه و دراز مدت) را به انجام رساند.

پنج ساله دوم آموزش مداوم (۱۳۷۵-۱۳۸۰)

هدف برنامه در این مدت «ارتقاء کیفیت برنامه‌ها» ذکر شده است (۲۳)

هدف از اجرای قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی کشور مصوب ۱۳۷۵ ارتقاء سطح دانش و مهارتهای شغلی، بهینه سازی خدمات بهداشتی- درمانی کشور و دستیابی به استانداردهای کارآمد و مطلوب خدمات پزشکی و حرفه‌های وابسته، منطبق با نیازهای جامعه به روشهای زیر می‌باشد:

الف) افزایش سطح آگاهیهای علمی، دانش فنی و مهارتهای حرفه‌ای مشمولان قانون.

ب) روزآمد کردن دانش پزشکی مشمولان قانون به منظور آشنائی با تازه‌های علمی حرفه مربوطه و انطباق آنها با نیازهای جامعه.

ج) آشنا کردن جامعه پزشکی با سیاستها، جهت

گیریها و الویتهای بهداشتی- درمانی کشور و جلب مشارکت آنان.

د) تقویت و تحکیم آموخته‌های درست قبلی.

هـ) آشنایی جامعه پزشکی با استانداردهای کارآمد، مطلوب خدمات پزشکی و حرفه‌های وابسته.

دفتر آموزش مداوم اهداف اختصاصی خود را به صورت زیر تدوین کرده است:

۱) تجدید نظر و مطالعه در اجرای برنامه پنج ساله قبلی از طریق تحقیق.

۲) تعیین برنامه جامع پنج ساله دوم بر اساس ارزشیابی برنامه‌های پنج ساله اول .

۳) تدوین برنامه ارزشیابی سازمان یافته پویا جهت تأمین کیفیت برنامه‌های آموزش مداوم.

۴) تقویت توانایی مدیران و مسؤلان آموزش مداوم جهت اجرای برنامه‌ها.

در این راستا سیاستهای زیر توسط دفتر آموزش مداوم تدوین شده است (۲۴):

* برگزارکنندگان برنامه فقط دانشگاهها و انجمن‌های علمی باشند.

* دبیر آموزش مداوم مطلع به آموزش پزشکی در هر دانشگاه منصوب شود.

* شورای آموزش مداوم دانشگاه/استان جهت بررسی نیاز مشمولان (مشکلات درمانی، شاخص‌های بهداشتی، شکایتهای پزشکی) طراحی برنامه‌های مورد نیاز، ارزشیابی برنامه‌ها و تعیین برنامه‌های سالیانه، نظارت و تنظیم بودجه عمل کنند.

* دبیر هر برنامه با آموزش پزشکی آشنا باشند.

* برنامه‌ها علت بررسی نیازها (Needs assessment)، چگونگی (بهترین روش اجرا) و نتیجه ارزیابی خود را بیان کنند تا امتیاز کامل دریافت دارند.

* سقف امتیاز کنگره‌ها کاهش یافته تا نظم مناسب به دست آید و جایگاه آموزشی پیدا کنند. به علاوه امتیاز آنها بیشتر از امتیاز هر فرد در سال نباشد.

* شاخه‌ها و نماینده‌های انجمن علمی در شهرستانها برنامه‌ها را با تأئید هیأت مدیره مرکزی و زیر نظر شورای استان به اجرا در آورند.

ساختمان اجرایی به نحوی طراحی شده است که نظارت و کنترل برنامه‌ها به صورت عمودی، از بالا به پائین، اما طراحی و اجرای برنامه‌ها از پائین به بالاست و با پیشنهاد انجمن‌ها، دانشگاهها و مجریان برنامه به اجرا درمی‌آید.

دفتر آموزش مداوم مشکلات موجود را به شکل زیر مشخص کرده است:

* تشکیلات متناسب در دانشگاهها وجود ندارد.

* دبیر آموزش مداوم تمام وقت می‌باشد و عضو هیأت علمی نیست.

* شورای آموزش مداوم دانشگاهها به طور مرتب تشکیل نمی‌شود.

* دانشگاهها، آموزش مداوم را در زمره وظایف اصلی محسوب می‌کنند.

* اجرا کنندگان برنامه به اجرای سنتی بیشتر تمایل دارند تا اجرای علمی برنامه‌ها.

* در مورد تمدید پروانه‌ها، و جهت پشتیبانی از اجرای برنامه قاطعیت نشان داده نشده است.

* بودجه یک درصد فروش شرکتهای داروئی تا به حال به طور کامل اخذ نشده، برنامه فقط با حق ثبت نام اجرا می‌شود و در نتیجه کیفیت مناسبی ندارد.

جهت رفع مشکلات یاد شده این پیشنهادها ارائه شده است:

* دانشگاهها با اهمیت آموزش مداوم آشنا شوند.
* شورای آموزش مداوم دانشگاه جهت تحقق اهداف به طور مرتب تشکیل شود.
* دبیر آموزش مداوم به طور تمام وقت تعیین شود.
* کمیته بررسی نسخه‌های دارویی به عنوان یکی از راههای کنترل کیفیت ارائه خدمات درمانی و برنامه‌های آموزش مداوم تعیین شود.
* بودجه مناسب جهت کمک به اجرای هر چه بهتر برنامه‌ها تأمین شود.
* شورای عالی آموزش مداوم به دفعات مناسب تشکیل شود.
* کمیسیون مشترک معاون آموزشی، معاون پژوهشی وزارت جهت نظارت بر عملکرد کنگره‌ها تشکیل شود و برای برگزاری کنگره‌ها کمک مالی داده شود.

آنچه مسلم است قانون بازآموزی و نوآموزی گروه پزشکی کشور و برنامه‌های آموزش مداوم یکی از موفقیتهای شگرف جمهوری اسلامی می‌باشد که با قانونگزاری مناسب و تلاش و کوشش اعضای هیأت علمی و مسؤلان دانشگاهها و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به ویژه مسؤلان دفتر آموزش مداوم و همکارانشان از سالهای ۱۳۷۰ به بعد، جهت ارتقاء کیفیت پزشکی کشور گامهای استوار و مؤثری برداشته‌اند. اگرچه برنامه پنج ساله اول دچار کاستیهای متعدد بوده ولی این تجربه در کشورهای منطقه بی بدیل و در بین کشورهای دنیا از معدود برنامه‌هایی است که همهٔ پزشکان و بسیاری از صاحبان حرف گروه پزشکی را در بر گرفته، به طور گسترده اجرا می‌شود، باید تقویت گردد و با رفع مشکلات و نقایص، بویژه نحوهٔ ارائه آموزش و استفاده از روشهای نوین یادگیری و ابداع روند ارزشیابی مطلوب جهت آموزش مداوم نیروی انسانی پزشکی گامهای مؤثرتری برداشته شود. در خاتمه گزارشی از کارشناس سازمان جهانی بهداشت از وضعیت آموزش مداوم پزشکی در کشور و نیز خلاصه‌ای از قانون، آئین‌نامه اجرایی و ضوابط برنامه‌های آموزش مداوم جامعه پزشکی کشور- که در سال ۱۳۷۶ توسط کارشناس دفتر آموزش مداوم جامعه پزشکی تدوین شده- به این مجموعه اضافه می‌شود.

گزارش کارشناس سازمان جهانی بهداشت. در تیر ماه ۱۳۷۶ آقای دکتر طاهر مصطفی کارشناس سازمان جهانی بهداشت به دعوت ادارهٔ کل آموزش مداوم جامعهٔ پزشکی از سیستم آموزش مداوم ایران بازدید به عمل آورد و گزارش سفر خود را ارسال داشت. در قسمتهایی از این گزارش چنین آمده است (۲۵):

آموزش مداوم برای حفظ اثر بخشی و اجرای بهتر کارها در تمام کارکنان بهداشتی یک راهبرد اساسی است. در سال ۱۹۹۰ مرکز آموزش مداوم یک برنامهٔ پنج سالهٔ آزمایشی را برای سالهای ۱۹۹۱-۱۹۹۶ طراحی کرد. این دورهٔ پنج ساله پزشکان، داروسازان، دندانپزشکان، دکترای علوم آزمایشگاهی و پزشکان بهداشت اجتماعی را تحت پوشش خود قرار داد. از آوریل ۱۹۹۶ سایر حرفه‌ها به ویژه پرستاران، ماماها، تکنیسین‌های آزمایشگاه و پرتوشناسی، تکنیسین‌های دندانساز، اپتومتریستها و دیگران نیز زیر پوشش قرار گرفتند. در حال حاضر برای تمدید جواز کار، شرکت در برنامه‌های آموزشی مورد تأیید الزامی است. همچنین یک شورای ملی و شوراهای استانی برای آموزش مداوم پزشکی ایجاد شده است که کار طراحی، هدایت و ارزشیابی برنامه‌ها را به عهده دارند. برای تمدید مجوز کار افراد باید یک حداقل از این واحدهای آموزشی را گذرانده باشند.

براساس ملاقاتهای انجام شده مشاهدات زیر

صورت گرفته است:

ادغام آموزش و خدمات و قانون آموزش مداوم پزشکی شالودهٔ اصلی سیستم ارائه خدمات است. ایجاد یک مرکز آموزش پزشکی و سازمانهای فعال دیگر در سطح دانشگاه ویژگی مثبت و مهم این برنامه محسوب می‌شود.

بیش از ۲۰۰۰ فعالیت آموزشی مداوم بین سالهای ۱۹۹۱-۱۹۹۶ انجام شده است. کمیتهٔ تشخیص نیازها تلاش صمیمانه‌ای برای ارزشیابی فعالیتهای پنج ساله آغاز کرده است که باید تداوم یابد تا با یک پروتکل ارزشیابی ویژه، برنامه را از جنبه‌های مختلف ارزشیابی کند.

به نظر می‌رسد که بایستی در روشهای آموزشی و نیز فعالیتهای آموزشی نوآوریهایی گنجانده شود. به ویژه باید آموزش‌ها از سخنرانی به رویکردهای جدید آموزشی همچون مطالعات موردی، حل مسئله و یادگیری خود راهبر اضافه شود و مرکز توسعه آموزش در سطح وزارتخانه و دانشگاهها می‌تواند در این رابطه با اهمیت تلقی شود.

هزینه. هزینه CME که مشکل عمده در سایر کشورهاست در برنامه آموزش مداوم ایران هرگز مطرح نشده، یا مورد بحث قرار نگرفته است. لذا این پیش فرض وجود دارد که هزینهٔ برنامه با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاههابه خوبی پرداخت می‌شود.

توصیه‌ها شامل موارد زیر است: تجربهٔ برنامه باید در سالهای ۱۹۹۱-۱۹۹۶ مورد ارزشیابی قرار گیرد. کمیتهٔ تشخیص نیازها- که افراد صاحبنظر در آن فعالیت دارند- می‌تواند پروتکل ارزشیابی را برای این منظور طراحی کند. رویکردهای نو بایستی در فعالیت‌های آموزشی متفاوت ارائه شود. مرکز توسعه آموزش باید در فعالیتهای خود بیشتر به معرفی روشهای نوین آموزشی بپردازد. مرکز می‌تواند یک برنامهٔ آموزشی برای آموزش دهندگان برنامه‌های آموزشی خود ارائه دهد.

بررسی نیازهای جامعه و افراد ذینفع بایستی صورت گیرد. استفادهٔ بهتر از اطلاعات موجود با یک بررسی ملی- بهداشتی و بررسیهای اختصاصی، بهره‌گیری از اطلاعات موجود در بیمارستانها و موارد ثبت شده در مراکز بهداشتی و سایر اطلاعات مربوط به مرگ و میر و بیماری پیشنهاد می‌شود.

تجربهٔ منحصر به فرد جمهوری اسلامی در آموزش مداوم باید برای سایر اعضا در منطقه فراهم شود. بهترین رویکرد برگزاری همایش منطقه‌ای با عنوان آموزش مداوم کارکنان بهداشتی به عنوان یک جزء لاینفک در نظام ملی- بهداشتی است. این چنین گردهمآییها برای اعضای سازمان جهانی بهداشت بسیار مفید خواهد بود.

براساس این گزارش فعالیتهای ارائه شده در برنامه‌های آموزش مداوم طی سالهای ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۶ در پاسخ به قانون تمدید مجوز، افزایش تدریجی داشته است. در سال ۱۹۹۱ کل فعالیتهای آموزش مداوم شامل ۲۱۴۰ برنامه بوده که در پنج طبقهٔ زیر قابل تقسیم بندی است:

۱) برنامه‌های ترکیبی. برای گروههای متفاوت براساس نیازشان تدوین شده است: مثلاً برای پزشکان عمومی ۹ دورهٔ متفاوت در زمینه‌های مورد علاقه آنان ارائه شده که بر اساس مدت زمان و محتوای برنامه واحدهایی (Credits) برای آن منظور شده است. معمولاً یک ساعت سخنرانی معادل یک واحد محسوب می‌شود که شیوه‌ای متداول است. علاوه بر آن، دوره‌های کوتاه مدت نیز ۴۰ درصد برنامه‌های آموزش مداوم را به خود اختصاص داده است.

۲) سمینارها، کنگره‌ها و کارگاههای آموزشی. سازمانهای عمومی و خصوصی مثل

شوراها، بوردهای پزشکی دانشگاهی و سازمانهای حرفه‌ای می‌توانند سمینار، کنگره و کارگاهها را در یک سطح ملی یا استانی ارائه دهند. سازمانها معمولاً تقاضای خود را به واحد آموزش مداوم در سطح وزارتخانه منعکس می‌کنند و مجوز ارائه و میزان واحد تخصیص یافته به آن از ادارهٔ آموزش پزشکی دریافت می‌شود.

۳) کنفرانسهای کوتاه مدت. دانشگاهها، شوراها (انجمن‌ها)، بیمارستانها و سایر سازمانهای حرفه‌ای می‌توانند هر هفته یا ماهانه برنامه‌های آموزشی را برای اعضای خود فراهم کنند. این برنامه‌ها می‌توانند مورد ارزشیابی قرار گرفته، واجد متناسبی به آن تعلق گیرد.

۴) تحقیقات و سایر فعالیتهای آموزشی. تألیف کتاب و یا مقالات حرفه‌ای، هدایت پژوهشی و سایر فعالیتهای مربوط به آن نیز می‌تواند به عنوان فعالیتهای آموزشی مورد تأیید قرار گرفته، به آن واحدهای مربوط به آموزش مداوم پزشکی تعلق گیرد.

۵) خودآموزی. آموزش مداوم به شکل خودآموزی و خود تعلیمی به عنوان فعالیت آموزش مداوم برای اخذ واحد با پذیرش قانونی همراه است. آموزش از راه دور با نوار و سایر روشها یا یادگیری الکترونیکی نیز مورد توجه است. تعیین واحد برای این فعالیتها کار مشکلی است و نیاز به مطالعه و بررسی دارد. اداره آموزش مداوم پزشکی در تلاش است تا ویژگیها و راهنمائیهایی برای ارزشیابی این فعالیتها و تعیین واحد آموزشی آن طراحی کند.

خلاصه‌ای از قانون مصوب ۱۳۷۵/۲/۱۲ مجلس شورای اسلامی و آئین‌نامه اجرایی مصوب ۷۶/۲/۱۰ هیأت وزیران آموزش مداوم جامعه پزشکی کشور (۲۶)

الف) اهداف

۱) افزایش سطح آگاهیهای علمی، دانش فنی و مهارتهای حرفه‌ای مشمولان قانون.

۲) روزآمد کردن دانش پزشکی مشمولان قانون به منظور آشنایی با تازه‌های علمی و عملی حرفه مربوطه و انطباق آنها با نیازهای جامعه.

۳) آشنا کردن جامعه پزشکی با سیاستها، جهت‌گیریها و اولویت‌های بهداشتی- درمانی کشور و جلب مشارکت آنها.

۴) تقویت و تحکیم آموخته‌های درست قبلی.

۵) آشنایی جامعه پزشکی با استانداردهای کارآمد و مطلوب خدمات پزشکی و حرفه‌های وابسته.

ب) مشمولان قانون

۱) پزشکان، دندانپزشکان، دکترهای داروساز، متخصصان علوم آزمایشگاهی، دکترای حرفه‌ای علوم آزمایشگاهی و دکترای علوم بهداشتی.

۲) شاغلان حرف وابسته پزشکی نظیر مامائی، فیزیوتراپی، ساخت اندام مصنوعی، ساخت عینک طبی، لیسانسهای داروسازی، توانبخشی، دندانسازان تجربی و کلیه مشمولان قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی و ... .

۳) کلیه اقشار پرستاری شاغل در حد لیسانس و بالاتر.

۴) صاحبان پروانه تأسیس و مسئول فنی مؤسسات پزشکی (بیمارستان، درمانگاه،مرکز جراحی محدود و معین، رادیولوژی، فیزیوتراپی، طب هسته‌ای، داروخانه، آزمایشگاه و نظایر آن) که دارای یکی از مدارک دکترای پزشکی، دندانپزشکی، علوم آزمایشگاهی، داروسازی و دکترای حرفه‌ای علوم آزمایشگاهی باشند.

ج) صدور پروانه اشتغال

۱) مشمولان قانون در زمان صدور پروانه اشتغال اعم از پروانه مطب دائم و یا موقت، یا پروانه تأسیس و مسئول فنی مؤسسه از زمان فارغ‌التحصیلی موظف به ارائه گواهی شرکت در برنامه‌های آموزش مداوم تا آن زمان هستند. پس از آن نیز باید هر پنج سال یک بار برای تمدید آن، پس از کسب امتیازهای لازم آموزش مداوم اقدام کنند. در غیر این صورت، پروانه اشتغال اشخاص یادشده تا تمدید مجدد و شرکت در دوره‌های آموزشی، مطابق ضوابط اعتبار ندارد.

۲) کلیه پرستاران مشمول برای ارتقای گروه و ارزشیابی موظف به ارائه گواهی شرکت در دوره‌های آموزش مداوم مربوط هستند.

۳) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز است هر پنج سال یک بار نسبت به تمدید پروانه اجازه فعالیت مشمولان اقدام کند و از تمدید پروانه فعالیت آن عده از مشمولان که بدون عذر موجه در این گونه فعالیتها شرکت ننموده‌اند، خودداری کند.

۴) کلیه شاغلان حرف وابسته پزشکی در بخش خصوصی که نیاز به مجوز یا پروانه کار ندارند طبق قانون موظف به شرکت در دوره‌های بازآموزی بوده، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دستورالعمل مربوطه را تنظیم و اجرا می‌کند. دانشگاه علوم پزشکی برای این گروه کارت اشتغال صادر می‌کند.

د) مورد معافیت

تنها مورد معذوریت از شرکت در برنامه‌های آموزش مداوم، در پنج ساله دوم عدم فعالیت حرفه‌ای فرد مشمول قانون است. مرجع تشخیص و تطبیق معذوریت بر اساس دستورالعملی که وزارت بهداشت با همکاری سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران تهیه می‌کند، تعیین می‌شود. شایان ذکر است که در پنج ساله اول موارد معافیت در نهمین جلسه شورای عالی آموزش مداوم، به این شرح تصویب شد:

۱) مشمولان قانون بازآموزی از ۷۰ سال به بالا معاف خواهند بود، مگر آن که شخصاً مایل به شرکت در دوره‌های بازآموزی باشند.

۲) مشمولان قانون در صورتی که دارای بیماریهای غیرقابل علاج و یا ناتوان کننده باشند در صورت تمایل از شمول قانون مستثنا خواهند شد.

موارد استثنائی با ذکر دلائل موجه و توجیهی به تشخیص هیئتهای بدوی و تأیید هیئت عالی انتظامی نظام پزشکی خواهد بود.

هـ) میزان حق ثبت نام

تعیین میزان حق ثبت نام شرکت کنندگان در برنامه‌های مختلف آموزش مداوم توسط شورای عالی آموزش مداوم جامعه پزشکی تعیین و ابلاغ می‌شود.

میزان حق ثبت نام برنامه‌های آموزش مداوم در یازدهمین جلسه شورای عالی آموزش مداوم به شرح ذیل تصویب شد:

۱) حداکثر مبلغ ثبت نام برای هر برنامه مدون ۶۰،۰۰۰ ریال می‌باشد.

۲) حداکثر مبلغ ثبت نام سمینارها و کنگره‌ها با نظر کارشناسی دفتر آموزش مداوم روزانه ۲۰،۰۰۰ ریال می‌باشد.

خلاصه‌ای از ضوابط کلی اجرای برنامه‌های آموزش مداوم جامعه پزشکی کشور

الف) انواع برنامه‌های آموزش مداوم

۱) سمینارها و کنگره‌ها
۲) دوره‌های آموزشی کوتاه مدت حرفه‌ای
۳) برنامه‌های مدون
۴) فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی
۵) خودآموزی.

توضیحاتی راجع به انواع برنامه‌های آموزش مداوم

- برنامه‌های مدون بر اساس ضوابط کلی مصوب شورای عالی بازآموزی توسط گروههای آموزشی ذیصلاح در مرکز بازآموزی در چهار قسمت مستقل (برنامه‌های الف، ب، ج و د) تدوین و عرضه شده است (در برخی رشته‌ها تعداد این برنامه‌ها افزایش یافته است).

هر برنامه مدون شامل ۲۵ ساعت آموزش نظری و یا معادل آن به طور عملی و ۲۵ امتیاز (به ازای هر ساعت ۱ امتیاز) می‌باشد.

این برنامه‌ها از نظر شکل عرضه متنوع بوده، می‌تواند شامل سخنرانی، پانل، کارگاه آموزشی، کار گروهی، بازدید، کار عملی و ... باشد و از طریق استفاده از انواع وسائل کمک آموزشی و متون چاپی (کتاب، مجله، نشریه و ...) تقویت شود.

- فعالیتهای آموزشی و پژوهشی شامل سخنرانی در برنامه‌های آموزش مداوم و ... .

- خودآموزی مجموعه فعالیتهای انفرادی را شامل می‌شود که شخص از راههائی غیر از انواع برنامه‌های بازآموزی جمعی (کنفرانسها، سمینارها، برنامه‌های مدون و ...) جهت ارتقاء علمی و عملی خویش و بر اساس علاقه و تمایل شخصی انجام می‌دهد.

ب) میزان امتیاز

- هر یک از افراد مشمول قانون می‌باید طی پنج سال دستکم ۱۲۵ امتیاز کسب کنند؛ یعنی به طور متوسط ۲۵ امتیاز در هر سال.

- کسب حداقل ۵۰ امتیاز از برنامه‌های مدون برای کلیه مشمولان قانون - به استثناء اعضای هیأت علمی- **الزامی** است.

مراجع

1) Barbero MG. Medical education in the light of the World Health Organization- health for all strategy and the European Union. Medical Education 1995; 29: 3-12.

۲) حسینی ج، اصلانی ا. تطبیق برنامه‌های آموزش مداوم جامعه پزشکی، با نیازهای بهداشتی جامعه. پژوهش در علوم پزشکی و مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی استان اصفهان، سال ۳، پیوست ۱، ۱۳۷۷.

۳) عزیزی ف. ز گهواره تا گور. دارو و درمان، سال نهم. ۱۳۷۰ ، صص ۳-۵.

4) Parry KM. Effective continuing education. Medical Education 1990; 24: 546-550.

5) Calman KC. Certification in post graduate medical education. Medical Education 1995; 29 (supp 1): 100-102.

۶) اف.آر.آبات - آ - مجیا. آموزش مداوم کارکنان بهداشتی و راهنمای کارگاه آموزشی. (ترجمه پرویز صالحی و عبدالمحمد طباطبایی)، سازمان جهانی بهداشت ژنو، ۱۹۸۸.

۷) شادپور کامل. توصیه‌های گردهمایی جهانی آموزش پزشکی ادینبورگ. ۸ الی ۱۲ اگوست ۱۹۹۳. شورای آموزش پزشکی جامعه‌نگر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۸) معطری م. آموزش مداوم پزشکی. متن سمینار کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، مرکز توسعه آموزش، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، ۱۳۷۷.

9) Cottrel KA. Innovations making CME more clinically relevant and attractive. Can Med Associ J 1997; 125: 1449-51.

10) Harden RM, Laidlaw JM. Effective continuing education: the CRISIS criteria. Medical

Education 1992; 26: 408-422.

11) Harden RM. Progress in medical education. Medical Education 1995; 29 (Suppl): 79-82.

12) Newton J, Newton DP. How relevant are primary science schiemes of work? Educational and Training Technology International 1991; 28:43-54.

13) Meskauskas JA, Webster GD. The American Bord of Internal Medicine Recertification Examination: Process and results. Ann Intern Med 1975; 82: 1-5.

14) Norcini JJ, Benson JA, webster GD. An analysis of the knowledge base of practicing internists as measured by the 1980 Recertification examination. Ann Intern Med 1985; 102: 385-389.

15) Aring CD. Recertification. JAMA 1975; 233: 1063-4.

16) Day SC, Norcini JJ, Webster GD, Viner ED, Chirico AM. The effect of changes in the medical knowledge on examination performance at the time of Recertification. Proceeding of 27th Conference on Research in Medical Education; Washington, DC, 1988; PP 139-144.

17) Salti IS. Continuing Medical Education. Medical Education 1995; 29 (Suppl): 97-99.

18) Chastonay P, Bernner P, et al. The need for more efficacy and relevance in medical education. Medical Education 1996; 30: 235-238.

۱۹) عزیزی ف. ارزیابی برنامه‌های آموزشی. مجله پژوهش در پزشکی، سال ۱۹، شماره‌های ۳ و ۴، مهر- اسفند ۱۳۷۴، صص ۱-۱۰.

20) Chellis M, Mathers NG, Howe AC, et al. Portfolio-based learning: Continuing medical education for general practitioners - a mid-point evaluation. Medical Education 1997; 31: 22-26.

۲۱) شمائلیان ن. گزارش روند صدور گواهی نهائی و تمدید پروانه در همایش یک روزه کشوری. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۶.

۲۲) حسینی ج، اصلانی ا. بررسی وضعیت آموزش مداوم جامعه پزشکی در ایران. دفتر آموزش مداوم جامعه پزشکی کشور. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۶.

۲۳) حسینی ج. نامه مورخ ۱۳۷۶/۷/۱۳ به معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر آموزش مداوم جامعه پزشکی کشور.

۲۴) لطفی ی، شمائلیان ن. تجدید نظر در برنامه‌های مدون. دفتر آموزش مداوم جامعه پزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دی ۱۳۷۶.

۲۵) مصطفی ط. گزارش کارشناسی به سازمان جهانی بهداشت در مورد وضعیت آموزش مداوم پزشکی در ایران، ۶ نوامبر ۱۹۹۷.

۲۶) شمائلیان ن. خلاصه‌ای از قانون، آئین‌نامه اجرائی و ضوابط برنامه‌های آموزش مداوم جامعه پزشکی کشور. دفتر آموزش مداوم جامعه پزشکی، وزار بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مهر ۱۳۷۶.