مقاله پژوهشی اصیل

مجلـه‌ی توســـعه‌ی آمـوزش در علـوم پزشـــکی

دوره‌ی ۱۰، شماره ۲۵، بهار ۹۶ ، صفحات ۳۵ تا ۵۰

# دیدگاه پزشکان عمومی شهر قزوین از اثربخشی برنامه‌های آموزش مداوم

سید هادی حکاک[۱]، عباس علامی[۲]، فریبا درخشان[۳]، مهناز عباسی[٤]

**نویسنده‌ی مسوول**: قزوین ، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده‌ی پزشکی allami9@yahoo.com

دریافت: ۹۵/٦/۲۱ پذیرش: ۹۵/۹/۱۷ چاپ: ۹٦/۳/۳۱

## چکیده

***زمینه و هدف:*** *آموزش مداوم طی سال‌های اخیر با چالش‌هایی مواجه بوده است. بیشتر مطالعات، اثربخشی برنامه‌های برگزارشده را متوسط ارزیابی نموده‌اند؛ بنابراین با توجه به اهمیت موضوع و پیشینه تحقیقات به آسیب‌شناسی آموزش مداوم کنونی به روش کیفی از دیدگاه پزشکان عمومی پرداخته شد.*

***روش بررسی:*** *این پژوهش در سال ۱۳۹٤ با رویکرد کیفی، در میان جامعه‌ی پژوهش پزشکان عمومی قزوین با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف تا اشباع داده‌ها و روش جمع‌آوری اطلاعات با بحث گروهی متمرکز انجام شد. تمامی گفتگوها ضبط شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای استقرایی انجام شد.*

***یافته‌ها:*** *۲۳ نفر در سه بحث گروهی متمرکز شرکت داشتند. تحلیل داده‌ها، منجر به استخراج ٦ درون‌مایه، ۲۲ طبقه، ۵۱ زیر طبقه، و ٦۷ راه‌حل پیشنهادی گردید. درون‌مایه شرکت‌کنندگان (۲ طبقه)، مدرسین (۳ طبقه)، سیاست‌گذاری (۵ طبقه)، طراحی (٤ طبقه)، موضوع (۳ طبقه) و محتوا (۲ طبقه) نمایان شدند. در طبقه شرکت‌کنندگان: مشکلات پایه‌ای یادگیری و انگیزه پایین پزشکان؛ در طبقه مدرسین: نداشتن بیان خوب، ناآشنایی با مشکلات پزشکان، فراموش‌شدن هدف؛ در سیاست‌گذاری: دخیل نبودن نظرات پزشکان، انگیزه پایین دانشگاه‌ها در برگزاری باکیفیت برنامه‌ها، زیرساخت نامناسب آموزش‌ها، زمان نامناسب برگزاری، جدایی دفتر آموزش مداوم از پزشکان، عدم توجه به نتایج ارزشیابی‌ها و عدم اطلاع مدرسین از نتایج آن‌ها؛ در طراحی: عدم استفاده از فناوری مناسب، هم‌سطح نبودن گروه هدف و کسل‌کننده بودن؛ در موضوع: متناسب نبودن موضوعات با نیازها، عدم تمرکز روی موضوع برنامه، متنوع نبودن موضوعات؛ در محتوا: عدم تعیین اولویت‌ها در تولید محتوا، کاربردی و به‌روز نبودن محتوای برنامه‌ها، بومی و ملموس نبودن محتوا و عدم هماهنگی بین مدرسین در ارایه محتوا بود.*

***نتیجه‌گیری:*** *تمامی مراحل آموزش مداوم از نیازسنجی تا ارزشیابی برنامه‌ها نیاز به بازنگری و مداخله دارد. توجه به افزایش توانمندی‌های مدرسین، تطابق اهداف آموزش با نیازهای پزشکان، بازنگری روش‌های آموزشی مورداستفاده، ارایه‌ی بازخورد ساختارمند به برگزارکنندگان و مدرسین ضروری است. همچنین به‌کارگیری شاخص‌های واقعی‌تر جهت ارزشیابی برنامه‌ها همچون بهبود عملکرد بالینی پزشکان باید مدنظر قرار گیرد.*

***واژگان کلیدی:*** ***اثربخشی، آموزش مداوم، پزشکان عمومی، پژوهش کیفی.***

این مقاله بدین صورت ارجاع داده شود:

Hakak SH, Allami A, Derakhshan F, Abbasi M. The viewpoint of Qazvin city s General Physicians on the Effectiveness of steady Educational Programs. J Med Edu Dev. 2017; 10 (25) :35-50

---

۱- مرکز توسعه آموزش مداوم، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

۲- گروه بیماری‌های عفونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

۳- دفتر توسعه آموزش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

٤- گروه بیماری های داخلی، دانشیار مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

[ Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.22519521.1396.10.25.5.7 ]

## مقدمه

در حال حاضر پزشکان عمومی، خط مقدم ارایه خدمات درمانی در بسیاری از مناطق کشور می‌باشند. حفظ و ارتقای سطح دانش و عملکرد پزشکان عمومی که حدود ۴۰-۳۰ سال در نظام ارایه‌ی خدمت باقی می‌مانند و تعداد آن‌ها نیز هر روز افزوده می‌شود، اهمیت کمتری از آموزش دانشجویان این رشته ندارد(۱). تغییر پروتکل‌های درمانی، ورود داروهای جدید به بازار مصرف، فنّاوری‌های جدیدی که روش‌های درمان را دگرگون می‌سازد و فراموشی اطلاعات قبلی فراگرفته در دوره پس از دانش‌آموختگی بخشی از دلایل ضرورت تداوم آموزش پزشکان عمومی است(۳, ۲). یکی از راهکارهای حفظ و ارتقای توانمندی‌های پزشکان عمومی دانش‌آموخته، آموزش مداوم است(٤). آموزش مداوم مجموعه‌ای از فعالیت‌ها و برنامه‌هایی است که شاغلین به کمک آن‌ها در بهبود سطح آگاهی، رفتارها، گرایش‌ها و استعدادهای ذهنی خویش گام برمی‌دارند تا بتوانند مهارت و شایستگی کامل خود را در انجام وظایف مربوط به شغلشان نشان دهند(۵). واضح است که برای ارایه‌ی خدمات صحیح باکیفیت، آموزش مداوم پزشکان عمومی بایستی موردتوجه قرار گیرد. در حال حاضر برنامه‌های آموزش مداوم یکی از رایج‌ترین روش‌های روزآمد نمودن جامعه‌ی پزشکی است و مهم‌ترین معیاری که از طرف مراکز تخصصی پزشکی برای تایید مجدد مدارک پزشکی دانش‌آموختگان مورداستفاده قرار می‌گیرد، شرکت در برنامه‌های مختلف آموزش مداوم و کسب امتیاز سالانه است(٦). اگرچه این آموزش‌ها بستر ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی به‌حساب می‌آید، بااین‌حال کمتر با اهداف روشن و شیوه‌های صحیح علمی صورت گرفته است. در حال حاضر انجمن‌ها، نهادهای علمی و بخش دولتی که همان دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌باشند به امر آموزش مداوم اقدام می‌نمایند(۷). آموزش مداوم پزشکان عمومی به دلیل ارتباط نزدیکی که با سلامت مردم دارد از اهمیت خاصی برخوردار است و ضروری است کیفیت آن ارتقا یابد. برنامه‌های آموزش مداوم شامل سمینارها، کنگره‌ها، کارگاه، کنفرانس، دوره‌های آموزشی کوتاه‌مدت حرفه‌ای، برنامه‌های مدون، فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی و خودآموزی است(۸). آموزش مداوم در ایران طی سال‌های اخیر اگرچه از رشد و روند مثبتی برخوردار بوده است ولی با چالش‌هایی مواجه بوده است(۹). بیشتر مطالعات، اثربخشی برنامه‌های آموزش مداوم برگزارشده را متوسط ارزیابی نموده‌اند(۲).

ازآنجاکه مطالعات کیفی با تبیین درک یا تجربه افراد مطلع، به شناسایی عمیق‌تر پدیده‌ها کمک می‌کنند(۱۰) و با توجه به عدم وجود مطالعه‌ی کیفی در این زمینه، ضرورت انجام مطالعه‌ای با هدف تبیین درک پزشکان عمومی در این زمینه با رویکرد کیفی حایز اهمیت است تا اطلاعات مفیدی را برای استفاده سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و متولیان آموزش مداوم جهت بهبود آن فراهم کند. بنابراین با توجه به اهمیت موضوع، پیشینه تحقیقات انجام‌شده و نتایج به‌دست‌آمده، ما در این مقاله به آسیب‌شناسی آموزش مداوم کنونی به روش کیفی از دیدگاه پزشکان عمومی می‌پردازیم، البته مطالب طرح‌شده رد کننده‌ی نقاط قوت آموزش مداوم در شرایط فعلی نیست. آموزش مداوم بستر مناسبی فراهم کرده است که با توجه بیشتر مدیران وزارت بهداشت و بهره‌گیری هرچه بیشتر از این بستر آماده و با برنامه‌ریزی برای کاستن از ضعف‌های آن می‌توان شاهد افزایش کارایی و بهبود کیفیت ارایه‌ی خدمات بهداشتی درمانی بود.

## روش بررسی

این پژوهش بحث گروهی متمرکز با رویکرد کیفی و با استفاده از روش تحلیل محتوای استقرایی (Inductive



[ Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.22519521.1396.10.25.5.7 ]

Approach) در سال ۱۳۹٤ انجام شد. جامعه‌ی پژوهش را ذینفعان اصلی آموزش مداوم یعنی پزشکان عمومی تشکیل می‌دادند. محیط پژوهش دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین بود. روش نمونه‌گیری به‌صورت مبتنی بر هدف بود تا از تجربه‌های افرادی که بیشترین اطلاعات در مورد عوامل تاثیرگذار را بازگو می‌کنند، استفاده گردد. در این نوع نمونه‌گیری، افراد به خاطر اطلاعات دست اولی که درباره یک موضوع دارند، یا به دلیل این‌که پدیده موردنظر را تجربه نموده یا دیدگاه خاصی درباره آن دارند، انتخاب می‌شوند و هنگامی‌که داده‌ها به اشباع رسیدند، نمونه‌گیری خاتمه می‌یابد(۱۱). نمونه‌های این مطالعه شامل پزشکان عمومی شاغل در استان قزوین بودند. طرح این پژوهش در شورای پژوهشی مرکز مطالعات دانشگاه علوم پزشکی قزوین مورد تصویب قرارگرفته است. مجوز لازم برای انجام بحث گروهی متمرکز در سطح دانشگاه از دفتر آموزش مداوم دانشگاه کسب گردید. سعی شد برای دستیابی به اطلاعات غنی‌تر تنوع بیشتری در مشارکت‌کنندگان وجود داشته باشد، ازاین‌رو از پزشکان عمومی شاغل در هر دو بخش دولتی و خصوصی، با سابقه‌ی کاری کم و زیاد، دارای پست اجرایی و بدون آن، شاغل در بخش بهداشت و درمان، دارای مطب شخصی و بدون آن، فعال در یک حوزه خاص از طبابت (مانند کلینیک اعتیاد، پوست و زیبایی) و یا فعالیت عام‌تر در عرصه‌های متنوع از رشته‌ی پزشکی دعوت به عمل آمد. طی تماس تلفنی اهداف مطالعه برای مشارکت‌کنندگان بیان گردید و پس از اعلام موافقت، هماهنگی لازم از نظر زمان و مکان انجام گرفت. داده‌های این مطالعه از طریق بحث گروهی متمرکز در سالن تحصیلات تکمیلی دانشکده‌ی پزشکی به دست آمد. محقق مجددا اطلاعات لازم را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار می‌داد و در صورت داشتن رضایت در بحث مشارکت می‌نمودند. پس از تشریح اهداف مطالعه و دادن اطمینان جهت بی‌نام ماندن داده‌های حاصل و اختیار برای شرکت و قطع همکاری برای کلیه‌ی شرکت‌کنندگان، اجازه ضبط بحث گروهی متمرکز کسب گردید. هر یک از سه جلسه بحث گروهی متمرکز (مشتمل بر ۷ تا ۸ نفر شرکت‌کننده در هر جلسه) بین ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه طول کشید. راهنمای بحث گروهی متمرکز شامل چند سوال باز و کلی بود. جهت آمادگی بیشتر جامعه هدف و به‌منظور مشارکت فعال در جلسه، راهنمای بحث گروهی متمرکز قبل از جلسه در اختیار مدعوین قرار داده می‌شد. برخی از سوالات عبارت بودند از: درک شما از وضعیت فعلی آموزش مداوم چیست؟ چالش‌های آموزش در آموزش مداوم چه مواردی است؟ الزامات آموزش مداوم موثر چیست؟ ارزشیابی برنامه‌های بازآموزی را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ در هر جلسه یک نفر تسهیل‌کننده بحث و یک نفر دیگر موارد مهم مطروحه را یادداشت می‌نمود. پس از انجام هر بحث گروهی متمرکز، اطلاعات ضبط‌شده توسط دو نفر از نویسندگان مقاله به‌طور جداگانه چند بار گوش داده شد و روی کاغذ پیاده شد. درصورتی‌که دانش قبلی به اندازه کافی درباره یک پدیده وجود نداشت و یا اگر دانش موجود تکه‌تکه و پراکنده بود، رویکرد استقرایی توصیه می‌شد(۱۲). جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به‌طور هم‌زمان انجام شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای استقرایی انجام شد. تحلیل محتوا یک روش برای تفسیر داده‌های متنی از طریق فرایند منظم کدگذاری، طبقه‌بندی و شناسایی درون‌مایه‌ها و الگوها بود(۱۱). به این منظور، ابتدا متن مصاحبه‌ها به واحدهای معنایی تقسیم شد و در مرحله بعد خلاصه و به کدها تبدیل گردید. کدهای مختلف بر اساس تفاوت‌ها و شباهت‌هایشان با هم مقایسه شد و به طبقاتی دسته‌بندی گردید. در این مرحله، طبقه‌های اولیه توسط دو پژوهشگر برای رسیدن به درون‌مایه‌ها بحث و بازنگری شد. جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل آن‌ها ۸ ماه (از دی‌ماه سال ۱۳۹٤ تا آخر مردادماه سال ۱۳۹۵) به طول انجامید. پس از سه جلسه بحث گروهی متمرکز اشباع



[ Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.22519521.1396.10.25.5.7 ]

داده‌ها حاصل شد. برای مقبولیت داده‌ها چهار معیار اعتبار، تاییدپذیری، قابلیت اعتماد و قابلیت انتقال به‌طور پیوسته مورد نظر محققان بوده است. در طول مطالعه روش‌هایی برای اطمینان از صحت داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. ابتدا نمونه‌ای از نتایج بحث گروهی متمرکز، که قبلا کدهای آن‌ها توسط محققین استخراج گردیده بود، مجددا در اختیار یک ناظر که صاحب‌نظر در تحقیق کیفی بود، قرار گرفت و از او خواسته شد که کدهای متن را بازبینی نماید و سپس نتایج مجددا ارزیابی شد. در بیشتر موارد کدهای به‌دست‌آمده توسط محققین مورد تایید ناظر خارجی قرار گرفت. علاوه بر موارد ذکر شده با وجود اختصاص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها، حسن ارتباط با شرکت‌کنندگان، سعی بر تحقق آن‌ها شده است.

## یافته‌ها

تعداد ۲۳ نفر از پزشکان عمومی استان در قالب سه جلسه بحث گروهی متمرکز در این پژوهش شرکت داشتند. از نظر مشخصات شرکت‌کنندگان، دامنه‌ی سنی پزشکان عمومی از ۳۵ تا ٦٧ سال بود. دامنه‌ی سابقه کار از ۸ تا ٤٠ سال بود. ۱۸ نفر از مشارکت‌کنندگان مرد و ۵ نفر زن بودند. دلایل اثربخشی پایین برنامه‌های بازآموزی پزشکان عمومی از دو نظر ساختاری و موضوع و محتوای برنامه‌ها دسته‌بندی شدند. تحلیل داده‌های این تحقیق، منجر به استخراج ٦ درون‌مایه (حوزه مشکل)، ۲۲ طبقه، ۵۱ زیر طبقه، ٦٧ راه‌حل پیشنهادی گردید. داده‌ها در شش درون‌مایه شرکت‌کنندگان (مشتمل بر ۲ طبقه)، مدرسین (مشتمل بر ۳ طبقه)، سیاست‌گذاری (مشتمل بر ۵ طبقه)، طراحی آموزشی (مشتمل بر ٤ طبقه)، موضوع (مشتمل بر ۳ طبقه) و محتوای برنامه‌ها (مشتمل بر ۲ طبقه) نمایان شدند. طبقه *شرکت‌کنندگان*: مشکلات پایه‌ای یادگیری و انگیزه پایین پزشکان؛ *مدرسین*: نداشتن بیان خوب، ناآشنایی با مشکلات پزشکان، فراموش‌شدن هدف؛ *سیاست‌گذاری*: دخیل نبودن نظرات پزشکان، انگیزه‌ی پایین دانشگاه‌ها در برگزاری باکیفیت برنامه‌ها، زیرساخت نامناسب آموزش‌ها، زمان نامناسب برگزاری، کاهش استقبال، جدا بودن دفتر آموزش مداوم از پزشکان، عدم توجه به نتایج حاصله از ارزشیابی و عدم اطلاع مدرسین از نتایج آن‌ها؛ طراحی: عدم استفاده از فناوری مناسب، هم‌سطح نبودن گروه هدف، کسل‌کننده بودن و نامناسب بودن شکل برگزاری بود. (جدول ۱)

***جدول ۱: دلایل ساختاری اثربخشی پایین برنامه‌های بازآموزی و راه‌های افزایش اثربخشی آن از دید پزشکان عمومی***

| درون‌مایه (حوزه مشکل) | طبقه | زیر طبقه | راه‌حل پیشنهادی |
|---|---|---|---|
| **مشکلات شرکت‌کنندگان** | مشکلات پایه‌ای یادگیری پزشکان عمومی | مشکلات متعدد آموزش پزشکی قبل از دانش‌آموختگی (شرح‌حال گیری، معاینه فیزیکی، پروسیجرها و نسخه‌نویسی) | حصول اطمینان از کسب حداقل مهارت لازم در پزشکان تازه دانش‌آموخته |
| | | عدم فعالیت تعداد زیادی از پزشکان عمومی در کارهای مرتبط با پزشکی | آموزش مجدد اصول معاینه کردن، نسخه‌نویسی و نحوه برخورد با بیمار برای بعضی پزشکان بر اساس وضعیت عملکردی |
| | | افت کیفیت پزشکان تازه دانش‌آموخته به دلیل تعداد زیاد پذیرش دانشجوی پزشکی | کاهش تعداد پذیرش دانشجوی پزشکی و توجه بیشتر به کیفیت آموزش |
| | | اشتغال فکری بیشتر دانش‌آموختگان به آمادگی | کاهش اختلاف درآمد پزشک عمومی و |



[ Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.22519521.1396.10.25.5.7 ]

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | برای آزمون دستیاری | متخصص |
| | انگیزه پایین شرکت‌کنندگان | پایین بودن انگیزه | ایجاد انگیزه برای شرکت‌کنندگان |
| | | مشخص نبودن جایگاه پزشک عمومی در عرصه درمان | استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده |
| | | هدف اصلی کسب امتیاز از برنامه‌ها | خارج شدن آموزش مداوم از حالت اجباری |
| | نداشتن فن بیان خوب بعضی مدرسین | استفاده از مدرسین تازه‌کار که دوره‌های روش تدریس را نگذرانده‌اند | آموزش مدرسین در زمینه روش‌های تدریس در دوره دستیاری یا بدو استخدام به‌عنوان هیات علمی |
| | | آگاهی پایین مدرسین در زمینه روش‌های تدریس | – به‌کارگیری کمتر مدرسین با نمره کمتر در ارزیابی‌های قبلی |
| **مشکلات مدرسین** | ناآشنایی بعضی مدرسین با مشکلات پزشکان عمومی | عدم ارایه‌ی مناسب به دلیل نداشتن تجربه کار در مطب در دوران پزشکی عمومی بسیاری مدرسین | انتخاب متناسب مدرسین با توجه به گروه هدف |
| | فراموش‌شدن هدف برنامه‌های بازآموزی | به‌اجبار آمدن بعضی سخنرانان | برنامه‌ریزی صحیح |
| | | عدم تخصص بعضی مدرسین در موضوع مربوطه | |
| | | به رخ کشیدن معلومات هدف بعضی مدرسین | آموزش اخلاق حرفه‌ای برای مدرسین |
| | | افت آموزش به دلیل افت شدید اخلاق پزشکی | |
| **حوزه سیاست‌گذاری** | دخیل نبودن نظرات پزشکان عمومی در انتخاب موضوعات برنامه‌ها | بدنه وزارت بهداشت پزشک عمومی را قبول ندارد | تعریف جایگاه پزشک عمومی در نظام سلامت |
| | | عدم انجام نظرسنجی و نیازسنجی از پزشکان عمومی | توجه مستمر به نظرسنجی از پزشکان عمومی قبل از انتخاب موضوع و استفاده از نظرات آن‌ها در اجرای برنامه‌ها |
| | | تعیین اولویت‌ها توسط گروه‌های آموزشی (متخصصینی که بسیاری از آن‌ها اصلا تجربه کار به‌عنوان پزشک عمومی را نداشته‌اند) | |
| | انگیزه پایین دانشگاه‌ها در برگزاری باکیفیت برنامه‌ها (رقابتی نبودن) | پایین بودن ارزش مشارکت گروه‌ها در آموزش مداوم | ایجاد فضای رقابتی در برگزاری برنامه‌ها برای گروه‌ها |
| | | یکی بودن سیاست‌گذار، مجری و ناظر | استفاده از همکاری هلال‌احمر، نظام پزشکی و انجمن پزشکان عمومی |
| | | عدم حضور مؤثر بخش خصوصی در آموزش مداوم | استفاده از توان‌بخش خصوصی در برگزاری برنامه‌های بازآموزی به‌ویژه در حوزه مهارت‌ها |
| | ساعت و زمان نامناسب برگزاری | مخالفت مسوولین ادارات با شرکت پزشکان در ساعات صبح به دلیل اختلال در ارایه خدمات | برگزاری بیشتر برنامه‌ها در روزهای آخر هفته، روزهای تعطیل و یا حداقل بعدازظهرها |
| | کاهش استقبال از برنامه‌های اجراشده | تعدد برنامه‌های برگزارشده | کاهش تعداد برنامه‌های برگزارشده خصوصاً برنامه‌های با امتیاز بالا |
| | | تراکم برگزاری برنامه‌ها در بازه زمانی کوتاه | توزیع برنامه‌ها در طول سال |
| | | جدا بودن دفتر آموزش مداوم از پزشکان | برگزاری جلسه با انجمن پزشکان عمومی |
| | | اطلاع‌رسانی در مورد برنامه‌ها خوب نیست. | حساس سازی برای احساس نیاز بیشتر |
| | عدم وجود ارزشیابی و یا عدم | عدم اطلاع مدرسین برنامه‌ها از نتایج ارزیابی‌ها | – در جریان قرار گرفتن مدرسین از نتایج |



[ Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.22519521.1396.10.25.5.7 ]

| | | | |
|---|---|---|---|
| | توجه به نتایج حاصله از ارزشیابی برنامه‌ها | عدم ترتیب اثر به نظرات پزشکان در مورد ارزشیابی از برنامه‌ها (تغییری در برنامه‌های بعدی داده نمی‌شود) | ارزیابی سخنرانی خود<br>– انجام ارزیابی همه مدرسین<br>– ارزیابی کیفیت برنامه‌ها به‌صورت دوره‌ای به‌ویژه با روش بحث گروهی<br>–پیش و پس‌آزمون در برنامه<br>–افزایش تاثیر کیفیت خوب سخنرانی در برنامه در عملکرد اعضای هیات علمی<br>–تغییر آئین‌نامه‌های مرتبط |
| | عدم توجه به استفاده از فناوری مناسب | عدم توجه به ظرفیت‌های به‌سرعت در حال گسترش در حوزه آموزش | – استفاده از وسایل کمک‌آموزشی مناسب<br>– اجرای برنامه در مرکز مهارت‌های بالینی که مهارت‌های حرفه‌ای را افزایش می‌دهد |
| | | زیرساخت نامناسب برای استفاده از آموزش‌های غیرحضوری | توجه بیشتر به زیرساخت‌های این بخش از جمله افزایش سرعت اینترنت در برنامه‌های غیرحضوری |
| | هم‌سطح نبودن گروه هدف برنامه | شرکت هم‌زمان پزشکان تازه‌کار و باتجربه | تقسیم‌بندی شرکت‌کنندگان بر اساس سابقه‌ی کار و تجربه |
| | | حضور هم‌زمان پزشکان عمومی و متخصص در اکثر برنامه‌ها | – اختصاص بعضی برنامه‌ها به پزشکان عمومی<br>– بیان ساده مباحثی مانند پاتولوژی |
| **طراحی آموزشی** | کسل‌کننده بودن برنامه‌های آموزش مداوم | عدم مشارکت شرکت‌کنندگان در مباحث | – تهیه و اجرا نکات کلیدی به‌صورت پرسش و پاسخ<br>– استفاده از پزشکان عمومی برای سخنرانی برنامه‌ها |
| | | تکراری بودن اساتید آموزش‌دهنده | دعوت از اساتید مطرح کشوری در برنامه‌ها |
| | نامناسب بودن شکل برگزاری | برگزاری اکثر برنامه‌ها به‌صورت سخنرانی سنتی بدون وجود تعامل | تغییر شکل برگزاری بیشتر برنامه‌ها به‌صورت کارگاهی |
| | | عدم استفاده از ظرفیت‌های آموزش بیمارستانی | برگزاری بعضی برنامه‌ها به‌صورت شرکت در گزارش صبحگاهی بیمارستان‌هاو بر بالین بیمار |
| | | تجمع برنامه‌ها در مرکز استان (مشکل خروج از محل کار) | برگزاری ماهانه گزارش موردی در شهرستان‌ها |
| | | استفاده کم از روش‌های جایگزین | – استفاده از روش‌های آموزش غیرحضوری (کتاب، جزوه، لوح فشرده و بخصوص آموزش‌های اینترنتی و شبکه‌های اجتماعی مثل تلگرام)<br>– مطالب پایه به‌صورت غیرحضوری برگزار شود |



[ Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.22519521.1396.10.25.5.7 ]

همچنین درون‌مایه‌های مربوط بـه مشکلات در زمینه‌ی *موضوع برنامه‌ها* شامل طبقات: متناسب نبودن موضوعات با نیاز پزشکان عمومی، عدم تمرکز بر روی موضوع برنامه، متنوع نبودن موضوعات و در حیطه‌ی محتوا شامل: عدم تعیین اولویت‌ها در تولید محتوا، کاربردی نبودن محتوای برنامه‌ها، به‌روز نبودن محتوا و طرح مطالب قدیمی، بومی و ملموس نبودن محتوا و عدم هماهنگی بین مدرسین در ارایه‌ی محتوا بود. (جدول ۲)

***جدول ۲: دلایل اثربخشی پایین برنامه‌های بازآموزی از نظر موضوع و محتوای برنامه‌ها و راه‌های پیشنهادی افزایش اثربخشی آن از دید پزشکان عمومی***

| درون‌مایه (حوزه مشکل) | طبقه | زیر طبقه | راه‌حل پیشنهادی |
|---|---|---|---|
| موضوع | متناسب نبودن موضوعات با نیاز پزشکان عمومی | عدم توجه به نوع فعالیت‌های پزشکان در فیلد (عدم مطابقت محتوا با مهارت‌های شغلی) | – گنجاندن مباحث عملی در برنامه‌ها (مثل احیای قلبی ریوی، خواندن نوار قلب و تزریقات)<br>– افزایش برنامه‌های مرتبط با اعتیاد و طب<br>– آموزش پزشکان درهمان شاخه‌ای که کار می‌کنند |
| | | مطرح‌شدن مبحث درمان به‌صورت خیلی گذرا | – بیان مطالب مفید ابتدای جلسه (گیرایی بیشتر)<br>– بیان مطالب مربوط به پزشکان عمومی (نه مربوط به متخصصین و فوق تخصص‌ها) |
| | عدم تمرکز بر روی موضوع برنامه | گسترده بودن موضوعات مورد سخنرانی | – مطرح نشدن موارد غیرضروری<br>– محدود شدن تعداد موضوعات مطرح‌شده در یک جلسه (صفر تا صد هر موضوع صحبت شود)<br>– تهیه خلاصه‌ی سخنرانی و قرار دادن آن در اختیار شرکت‌کنندگان قبل اجرای برنامه<br>– تقسیم‌بندی شرکت‌کنندگان بر اساس رشته |
| | | زیاد بودن تعداد سخنرانان | برنامه با تعداد کمتری از سخنرانان اجرا شود تا فرصت بیشتری برای آموزش |



[ Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.22519521.1396.10.25.5.7 ]

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | وجود داشته باشد |
| | متنوع نبودن موضوعات | محدود بودن موضوعات (تکرار بعضی موضوعات هرسال و عدم برگزاری طولانی برنامه برای بعضی موضوعات) | بیماری‌های نادر و غیربومی هم یادآوری شود |
| | عدم تعیین اولویت‌ها در تولید محتوا | ارایه مطالب داخل کتاب بدون تغییر | – مشخص شدن اولویت‌ها<br>– طرح مطالب در قالب گزارش موردی |
| | کاربردی نبودن محتوای برنامه‌ها | کم بودن سهم مباحثی که بیشتر به درد پزشک عمومی می‌خورد | – در نظر گرفتن بیماری‌های فصلی و بومی<br>– طرح بیشتر موضوعات بیماری‌های عفونی (مانند ایدز)، اعتیاد، مسائل قانونی و طب کار<br>– آموزش اورژانس‌ها، بیماری‌های شایع مثل فشارخون بالا، تجویز منطقی دارو، فرهنگ تجویز دارو و تداخلات دارویی |
| | | طرح زیاد مباحثی که کمتر به درد پزشک عمومی می‌خورد | – طرح کمتر مباحثی مثل باکتریولوژی، فیزیوپاتولوژی، اپیدمیولوژی و پاتولوژی |
| **محتوا** | | عدم توجه به حوزه‌های یادگیری غیر شناختی (حیطه نگرش و مهارت) | – اجرا بیشتر برنامه‌های راجع به ارتباط پزشک و بیمار و اخلاق پزشکی<br>– توجه به مهارت‌های پایه همچون معاینه بالینی و پروسیجرهای ضروری در بازآموزی‌ها |
| | به‌روز نبودن محتوا و طرح مطالب قدیمی | استفاده از اسلایدهای قدیمی بازبینی نشده | –ارایه‌ی بازخورد به مدرس در صورت استفاده از چنین محتوایی<br>– اعلام آخرین دستورالعمل‌ها |
| | | عدم طرح درمان‌های جدید | بازبینی ارایه‌ی اساتید قبل از برگزاری توسط دبیر علمی |
| | بومی و ملموس نبودن محتوا | عدم فعالیت قبلی خیلی از افراد تصمیم گیر در روستا | – بیان آمار تحقیقات داخلی در برنامه‌ها<br>– توضیح بیماری‌های اندمیک هر منطقه |
| | عدم هماهنگی بین مدرسین در ارایه محتوای مطالب | جا افتادن مطالب مهم و کاربردی به دلیل نبود طرح برنامه هماهنگ شده بین مدرسین | ایجاد هماهنگی بین سخنرانان برای پیشگیری از تکراری شدن محتوای ارایه‌شده در یک برنامه |
| | | تکراری شدن بسیاری از مطالب ارایه‌شده در یک برنامه | |



[ Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.22519521.1396.10.25.5.7 ]

شرکت‌کنندگان به یکسری راهکار جهت حل مشکلات زیرساختی در آموزش مداوم اشاره کردند. این راهکارها شامل لزوم سیاست‌گذاری‌های جامع و کلان در زمینه آموزش مداوم و محدود نبودن اجرای آموزش مداوم به دانشگاه‌ها، کاستن ارتباط بین موضوع آموزش مداوم و تمدید پروانه مطب و اجرای فرآیند ارزشیابی برنامه‌ها بود.

توجه به رویکردهای موثرتر در آموزش مداوم یکی از راهکارهای پیشنهادی بود. این مفهوم شامل مواردی از قبیل تغییر روش برگزاری برنامه‌ها در قالب کارگاه، طرح بیشتر موارد جالب بالینی، تشکیل پانل و پرسش و پاسخ و تلفیق الگوهای مختلف آموزش بود. در ادامه دو مورد از بیانات شرکت‌کنندگان آمده است: "آموزش مداوم نباید با امتیاز همراه باشد"، "بهتر است تلفیقی از روش‌های مختلف آموزشی داشته باشیم."، "بیشتر برنامه‌ها به‌صورت کارگاهی باشد تا اثربخشی بیشتری داشته باشد." و شرکت‌کننده دیگری مطرح نمود: "بعضی از برنامه‌ها به‌صورت شرکت در گزارش صبحگاهی بیمارستان‌ها و بر بالین بیمار باشد."

در گفته‌های شرکت‌کنندگان تاکید زیادی بر انجام نیازسنجی از پزشکان عمومی و مستمر بودن آن، توجه به نتایج آن خصوصا در انتخاب موضوعات برنامه‌ها و توجه به موضوعات موردعلاقه پزشکان عمومی بود که دربرگیرنده‌ی مواردی مثل ضرورت آموزش جنبه‌های قانونی، اخلاقی، مهارت‌های ارتباطی و مهارت‌های بالینی بود. بیانات یکی از شرکت‌کنندگان چنین بود: "در برنامه‌های آموزش مداوم باید به جنبه‌های اخلاقی و رفتاری پزشکان عمومی توجه شود".

برقراری ارتباط موثر با پزشکان عمومی یکی دیگر از راه‌حل‌های پیشنهادی بود. از نظر شرکت‌کنندگان ارتباط با پزشکان عمومی از طریق انجام نیازسنجی از آنان و ارتباط دفتر آموزش مداوم با انجمن پزشکان عمومی که اطلاعات بسیار مفیدی در زمینه نیاز پزشکان عمومی در اختیار دارد، امکان‌پذیر است.

یکی دیگر از راه‌حل‌های پیشنهادی بهبود تدریس و سخنرانی اساتید با استفاده از روش‌های مشارکتی همچون پرسش و پاسخ، برگزاری کارگاه‌های روش‌های تدریس برای مدرسین، استفاده مدرسین از روش‌های جایگزین‌های سخنرانی، گذراندن دوره‌های روش تدریس توسط مدرسین، به‌کارگیری اساتید علاقه‌مند و توانا در زمینه تدریس، لحاظ نمودن تناسب سخنرانی با تخصص اساتید و لزوم آشنایی اساتید با روش‌های نوین آموزش بود.

ارزشیابی موثر از بهبود عملکرد پزشکان عمومی متعاقب برگزاری برنامه‌های آموزشی یکی دیگر از راه‌حل‌های پیشنهادی پزشکان برای افزایش اثربخشی برنامه‌ها بود. در حیطه‌ی شناختی، یکی از راه‌های پیشنهادی انجام پیش‌آزمون و پس‌آزمون و در حیطه‌ی عملکردی، بررسی نسخ قبل و بعد از برگزاری برنامه‌های آموزش مداوم بود. یکی از شرکت‌کنندگان دراین‌باره چنین می‌گوید: "برای ارزیابی اثربخشی برنامه باید توانمندی‌های بالینی او را سنجید، باید تشخیص بدهیم که این پزشک توانمندی‌های لازم را کسب نموده است یا خیر."

موارد دیگری همچون لزوم جامعه نگر بودن برنامه، تناسب بین موضوعات و حیطه‌های مختلف مطروحه در برنامه، نظرخواهی از همه ذینفعان، نیازسنجی از صاحب‌نظران، عدم اکتفا به نظرخواهی صرف از مدرسین و گروه‌های آموزشی و ارایه‌ی آموزش با کمک پزشکان عمومی و همخوانی اهداف آموزش با وظایف پزشکان عمومی بود.

## بحث

هدف مطالعه‌ی حاضر توصیف درک ذینفعان اصلی برنامه‌های آموزش مداوم یعنی پزشکان عمومی از دلایل اثربخشی ضعیف برنامه‌های آموزش مداوم و راه‌حل‌های پیشنهادی آنان بود. یافته‌های مطالعه‌ی حاضر می‌تواند به اثربخشی بیشتر برنامه‌های آموزش مداوم پزشکان عمومی



[ Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.22519521.1396.10.25.5.7 ]

کمک کند. دلایل متعددی برای اثربخشی ضعیف آموزش مداوم در شرایط فعلی از نظر پزشکان عمومی مطرح شد که در دو حیطه‌ی ساختاری و موضوع و محتوای آموزش مداوم قرار گرفتند که با مطالعه حق جو و همکاران در زمینه‌ی آموزش مداوم که مولفه‌های قابل بررسی در حیطه‌های تقریبا مشابه قرار داشتند، همخوانی دارد(۳).

در مورد تاثیرگذاری درون‌مایه اول (مشکلات پایه‌ای یادگیری پزشکان عمومی شرکت‌کننده و انگیزه پایین آنان) بر اثربخشی برنامه‌های آموزش مداوم، مطالعات زیادی انجام نشده است. نتایج مطالعه احسان پور و همکاران نشان می‌دهد توانمندی‌های کسب‌شده دانش‌آموختگان پزشکی عمومی با وضعیت مطلوب فاصله دارد و بعضی دانش‌آموختگان، برخی مهارت‌ها و توانایی‌های لازم را در پایان دوره آموزشی خود کسب نمی‌نمایند(۱۳). مطالعات نشان می‌دهد انگیزه ناکافی برای شرکت در برنامه‌های مرتبط با آموزش مداوم بر فرایندها و بروندادهای آموزشی تاثیر منفی می‌گذارد(١٤). ناخرسندی پزشکان عمومی از رویه‌های اجرای برنامه‌های آموزش مداوم و محتوای آن‌ها از دلایل دیگری است که ممکن است سهمی در کاهش انگیزه پزشکان برای حضور موثر در برنامه‌های آموزش مداوم داشته باشد(۱۵)، بااین‌حال اکثر مطالعاتی که در چند سال اخیر در این زمینه صورت گرفته است، نشان‌دهنده‌ی رضایت نسبی پزشکان عمومی از تطابق محتوای ارایه‌شده در برنامه‌های بازآموزی با نیازهای شغلی آنان است(١٦-١٩). احتمالا در گذر زمان تطابق عناوین برنامه‌ها با نیازها بهبود داشته است، بااین‌حال تا رسیدن به نقطه ایده آل فاصله زیادی وجود دارد.

درون‌مایه‌ی دوم به مشکلات مدرسین (نداشتن فن بیان خوب و ناآشنایی بعضی مدرسین با مشکلات پزشکان عمومی و فراموش‌شدن هدف از برنامه‌های بازآموزی) اختصاص داشت. از نظر شرکت‌کنندگان انتخاب صحیح اعضای مدرسین در ارتقای کیفیت آموزش مداوم از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. آنان معتقد بودند باید سطح توانمندی‌های مرتبط با روش تدریس در اعضای هیات علمی ارتقا یابد و دفتر آموزش مداوم قبل از اطمینان از این موضوع از مدرسین ضعیف دعوت نکند. در این زمینه ما مطالعه‌ی مشابهی نیافتیم. در بیشتر مطالعات استراتژی‌ها، رویکردها و محتوای آموزشی مورد توجه قرار گرفته و کمتر محققین، ویژگی‌ها و توانمندی‌های آموزشی مدرسین (اعضای هیات علمی) را به‌عنوان عامل احتمالی تاثیرگذار مورد بررسی قرار داده‌اند. ازاین‌رو پیشنهاد می‌شود در این زمینه مطالعات بیشتری صورت گیرد.

موضوع موردبحث در درون‌مایه سوم، مشکلات در حوزه سیاست‌گذاری برنامه‌ها می‌باشد. مسایلی که در این حوزه مطرح شد (دخیل نبودن نظرات پزشکان عمومی در انتخاب موضوعات برنامه‌ها، انگیزه پایین دانشگاه‌ها در برگزاری باکیفیت برنامه‌ها، زیرساخت نامناسب برای استفاده از آموزش‌های غیرحضوری، ساعت و زمان نامناسب برگزاری، کاهش استقبال از برنامه‌های اجراشده و جدا بودن دفتر آموزش مداوم از پزشکان)، نشان‌دهندهd نارضایتی نسبی پزشکان عمومی است.

دفاتر آموزش مداوم باید به تغییرات زیادی که پیرامون آن‌ها اتفاق می‌افتد واکنش نشان دهند تا کیفیت بازآموزی‌ها تضمین گردد. بدین‌جهت متولیان آموزش باید مرتبا انتظارات خود را از نتایج آموزش مداوم تعریف کنند و توضیح دهند چگونه دستیابی به این نتایج تحقق پیدا می‌کند. امروزه کیفیت در مدیریت از منظر دریافت‌کنندگان خدمات تعریف می‌شود. ازاین‌رو آگاهی از دیدگاه مخاطبین برنامه‌های آموزش مداوم در مورد جنبه‌های مختلف اجرای این برنامه اهمیت ویژه‌ای دارد(۱). پزشکان مشارکت‌کننده در تحقیق علاوه بر لزوم نیازسنجی موضوعات از آنان بر انجام نظرسنجی در مورد زمان، مکان، مدت و موارد مرتبط با برنامه نیز تاکید داشتند. آنان معتقد بودند توجه به نیازها و محدودیت‌های پزشکان



[ Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.22519521.1396.10.25.5.7 ]

نقش بسزایی در جلب‌توجه آنان دارد و درنتیجه یکی از گام‌های اصلی در جهت اجرای صحیح قانون آموزش مداوم، انتخاب مکان و زمان برنامه‌ها بر اساس نیاز پزشکان است. بعضی مطالعات نشان داده است که افزایش مشارکت شرکت‌کنندگان در طراحی برنامه‌ها، باعث افزایش انگیزه و نهایتا ارتقای سطح کیفی برنامه‌ها خواهد شد. درواقع پزشکان عمومی مشغله‌های کاری فراوانی دارند؛ لذا پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزش مداوم بر اساس نظرات آنان برنامه‌ریزی گردد و در طراحی و اجرای این برنامه‌ها نیاز آن‌ها برآورده شود (۲۰).

پزشکان عمومی به برنامه‌های کاری صبح به‌عنوان یک مانع عمده بر سر راه آموزش مداوم اشاره داشتند. از نظر آنان عدم موافقت مسوولین با شرکت آنان در برنامه‌های بازآموزی (احتمالاً به دلیل فشار کاری تحمیل‌شده بر همکاران در زمان شرکت در آموزش مداوم) را به‌عنوان یک مانع شرکت در آموزش مداوم است. ملکشاهی و همکاران نوبت‌کاری را به‌عنوان مانع عمده‌ای در اجرای آموزش مداوم دانسته‌اند(۲۱) که با مطالعه‌ی حاضر همسو است. پزشکان معتقد بودند دوره‌های آموزشی و برگزاری برنامه‌های آموزش مداوم باید به‌گونه‌ای باشد که با وظایف شغلی پزشکان تداخل کمتری ایجاد نماید. به نظر می‌رسد برای شرکت بدون دغدغه پزشکان و پیشگیری از ترک زودهنگام برنامه به دلیل برنامه‌های کاری، نیازمند هماهنگی هر چه بیشتر با پزشکان عمومی و همچنین روسای ادارات و بیمارستان‌ها در مورد ساعات و زمان برگزاری برنامه‌ها باشد. برای حل این مشکل بعضی پزشکان، برگزاری برنامه‌ها در روزهای تعطیل و آخر هفته و ساعات غیر اداری را پیشنهاد نمودند. بعضی نیز استفاده از روش‌های غیرحضوری اجرای برنامه‌های آموزش مداوم را ضروری می‌دانستند. این نتایج مشابه نظرات پزشکان عمومی(۲۲)، وحید شاهی و همکاران(۲۳)، شکورنیا(۲۰) و ملکشاهی(۲۱) است.

شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر اطلاع‌رسانی بهتر برنامه‌های آموزش مداوم به پزشکان را ضروری می‌دانستند. تعدادی از شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که قبل از اجرای برنامه‌ها بایستی اطلاع‌رسانی توسط متصدیان انجام پذیرد؛ حتی بهتر است در ابتدای سال، تاریخ و زمان‌بندی تمامی برنامه‌ها بر روی وب‌سایت آموزش مداوم قرار گیرد. نتایج سایر مطالعات نیز نشان می‌دهد به‌منظور بهتر نمودن و افزایش کیفیت و کارایی برنامه‌های آموزش مداوم بایستی به عواملی از جمله مطلع کردن قبلی شرکت‌کنندگان از عناوین و منابع مورداستفاده توجه نمود(۲۵, ۲٤).

لزوم ارایه‌ی بازخورد به مدرسین و برگزارکنندگان برنامه‌ها از مواردی بود که شرکت‌کنندگان به آن اشاره نمودند. از دید شرکت‌کنندگان مهم است که نحوه‌ی اجرای برنامه‌های آموزش مداوم مورد بررسی و ارزشیابی قرار گیرد تا کارایی برنامه‌ها و تاثیر آن بر افزایش توانمندی‌های حرفه‌ای پزشکان مشخص گردد. برای ارتقای مستمر یک مدرس باید مرتب وی را ارزشیابی نمود و بازخوردهای مناسب به وی ارایه نمود. غفوریان و همکاران نیز در نتایج مطالعه خود ارایه‌ی بازخورد مناسب به دنبال آموزش را جهت ارتقای کیفیت آموزش ضروری دانستند(۲٦). ارزشیابی آموزش مداوم می‌تواند با رویکردهای مختلفی انجام گیرد، یکی از این رویکردها، ارزشیابی درونی یا خودارزیابی است که توسط مرکز آموزش مداوم دانشگاه انجام می‌گیرد؛ مثلا توسط گروهی از مدرسین، مسوولین و کارشناسان دفتر آموزش مداوم و یا ترکیبی از آن‌ها انجام می‌شود. در مقابل، رویکرد ارزشیابی بیرونی هم وجود دارد که توسط گروهی خارج از دفتر آموزش مداوم و معمولا شامل بازرسان و یا سازمان‌های نظارتی (سازمان نظام پزشکی و یا انجمن پزشکان عمومی) و در راستای نظام پاسخگویی انجام می‌گردد(۲۷). از آنجایی که اگرچه انجام ارزشیابی برنامه‌های آموزش مداوم در سیاست‌های معاونت آموزشی وزارت بهداشت است، بنابراین



[ Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.22519521.1396.10.25.5.7 ]

در زمینه‌ی ارزشیابی آموزشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی در کشور ساختاری نظام‌مند و استانداردهای ارزشیابی واضحی نیاز است(۲۸). به نظر می‌رسد ارزشیابی درونی در آموزش مداوم در سطح دفاتر آموزش مداوم به‌طور نامنظم انجام می‌گیرد و اگرچه نتایج ارزشیابی به معاونت آموزشی دانشگاه‌ها و معاونت آموزشی وزارت بهداشت گزارش می‌گردد ولی بازخوردی به ذینفعان اصلی (مدرسین و پزشکان عمومی) داده نمی‌شود. ارزشیابی بیرونی در قالب رتبه‌بندی دانشگاه‌ها در سطح کشور هر پنج سال یک‌بار به‌صورت ناقص و گاهی با رویکردهای غیرواقعی انجام می‌گیرد. اصولا نهاد مستقلی برای انجام ارزشیابی در آموزش مداوم وجود ندارد(۲۹). عدم‌وجودالزامات‌واضح در آموزش مداوم می‌تواند منجربه‌کاهش‌کارایی‌آموزش و بروز مشکلات متعددی شود.

درون‌مایه چهارم که به چالش‌های طراحی آموزشی برنامه‌ها می‌پردازد، حاکی از وجود مشکلاتی همچون عدم استفاده از فنّاوری مناسب، هم‌سطح نبودن گروه هدف برنامه، کسل‌کننده بودن برنامه‌های آموزش مداوم و نامناسب بودن شکل برگزاری در این زمینه است. بیشتر شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر به لزوم اجرای بیشتر برنامه‌های آموزش مداوم در قالب کارگاه‌های آموزشی که در آن‌ها تعداد محدودتری از پزشکان عمومی حضور داشته باشند، تاکید داشتند. آنان معتقد بودند در این کارگاه‌ها به‌صورت عملی مهارت‌های بالینی مورد نیاز آنان و نه مباحث تئوری آموزش داده شود. مطالعات نشان داده است که برگزاری کارگاه یک روش آموزشی موثر برای یادگیری در کوتاه‌مدت و مناسب برای آموزش بزرگ‌سالان و آموزش مداوم است. در کارگاه باید با فراهم آوردن انواع فعالیت‌های یادگیری امکان آشنایی افراد با روش‌های مختلف یادگیری را فراهم نمود(۳۰). در مطالعه‌ای که توسط خانم گرانمایه و همکارانش بر روی تاثیر آموزش بر میزان به‌کارگیری روش‌های غیرداروییی کاهش درد زایمان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که آموزش به شیوه‌ی برگزاری کارگاه در ارتقا میزان به‌کارگیری روش‌های کاهش درد توسط ماماهای شاغل در بخش‌های زایمان موثر است(۳۱). یکی از برنامه‌های آموزش مداوم خودآموزی است که روشی مناسب برای آموزش حرف پزشکی بوده و در بسیاری از کشورها مورد استفاده قرار می‌گیرد. مزیت شیوه خودآموزی استفاده از اوقات فراغت و انتخاب زمان و مکان یادگیری توسط فراگیران است(۳۲). به نظر می‌رسد مشمولین آموزش مداوم پزشکی، به علت مشغله کاری و مشکل ترک محل خدمت شرکت در برنامه خودآموزی را ترجیح می‌دهند. شاید علت تمایل به خودآموزی، شیفت‌های فراوان صاحبان حرف پزشکی است که باعث می‌شود وقت کمتری برای شرکت در برنامه‌های حضوری داشته باشند و بنابراین، خودآموزی را ترجیح می‌دهند(۳۳). استفاده از روش‌های خودآموزی در برنامه‌های بازآموزی در دانشگاه علوم پزشکی قزوین معمول نبوده است.

بعضی مشارکت‌کنندگان استفاده از محیط‌های بالینی همچون حضور در گزارش صبحگاهی بیمارستان‌ها، راندهای بالینی و حتی درمانگاه‌های آموزشی را از روش‌های جایگزین مناسب روش‌های فعلی آموزش مداوم پزشکان عمومی ذکر نمودند. محیط‌های آموزش بالینی اگرچه بالقوه می‌توانند در فرایند آموزش مداوم اهمیت زیادی پیدا نمایند، اما باید توجه داشت که کنترل آن‌ها دشوار است. به نظر می‌رسد آموزش اثربخش در آموزش بالینی، نیازمند بازنگری در فرایندهای آموزش بالینی فعلی و ابزارهای آن است.

درون‌مایه‌های پنجم و ششم به ارایه‌ی چالش‌ها و برخی راهکارهای مرتفع نمودن مشکلات موجود در زمینه‌ی موضوعات برنامه‌ها (متناسب نبودن موضوعات با نیاز پزشکان عمومی، عدم تمرکز بر روی موضوع برنامه، متنوع نبودن موضوعات) و محتوای آن‌ها (عدم تعیین اولویت‌ها در تولید محتوا، کاربردی نبودن محتوای برنامه‌ها، به‌روز نبودن محتوا و طرح مطالب قدیمی، بومی و ملموس نبودن محتوا و عدم



[ Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.22519521.1396.10.25.5.7 ]

هماهنگی بین مدرسین در ارایه‌ی محتوای مطالب) می‌پردازد. از دید شرکت‌کنندگان برای اثربخش بودن برنامه‌های آموزش مداوم، برنامه‌ها باید به نحوی طراحی شود که متناسب با نیازهای پزشکان عمومی و نیازهای بهداشتی درمانی جامعه باشد. مطالعات نشان داده است برنامه‌ریزی بر اساس نیازها و علائق و اولویت‌های فراگیران، یکی از عوامل مهمی است که در ارتقاء و بهبود کیفیت برنامه‌های آموزش مداوم موثر است. آموزش مداومی اثربخش خواهد بود که بر اساس تجزیه‌وتحلیل دقیق نیازها باشد. با در نظر گرفتن شرایط شرکت‌کنندگان در برنامه‌ها و نیازهای آنان می‌توان برنامه‌ای متناسب با نیازهای هر یک تنظیم کرد (۳٤, ۸). لذا بایستی موضوع و محتوای برنامه‌ها بر اساس نیاز افراد باشد تا موجب افزایش کارایی و اثربخشی آموزش مداوم شود. ازاین‌رو بازنگری موضوعات برنامه‌ها، یکی از راهکارهای ارتقا و توسعه‌ی آموزش مداوم بوده که موجب افزایش کارایی و اثربخشی آن می‌شود.

تعدادی از شرکت‌کنندگان یکی از عوامل مهم در کاهش اثربخشی برنامه‌های آموزش مداوم را اشکالات موجود در تهیه محتوای آموزشی همچون کاربردی نبودن و جدید و تازه نبودن مطالب می‌دانستند. آنان معتقد بودند محتوای تهیه‌شده باید منطبق بر سطح پزشکان عمومی و نه متخصصین تدوین گردد تا بتواند منجر به ارتقای آنان شود. نتایج مطالعه برجی و همکاران نشان داد که بیشتر پزشکان شرکت‌کننده خواستار ارایه مطالب کاربردی بوده‌اند(۳۵) که با نتایج حاصل از مطالعه ما همسو است. به‌روز بودن اطلاعات آموزش مداوم و کاربردی بودن آن‌ها مسئله‌ای مهم در آموزش مداوم است و به‌نوعی فلسفه لزوم آموزش مداوم، قدیمی‌شدن اطلاعات پزشکان می‌باشد(۳).

## نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد تمامی مراحل آموزش مداوم از نیازسنجی تا ارزشیابی برنامه انجام‌شده نیاز به بازنگری و مداخله دارد. از دید پزشکان عمومی اثربخش شدن برنامه‌های آموزش مداوم، نیازمند الزامات متعددی است تا بتوان یک ساختار کارا جهت آموزش مداوم طراحی نمود. در زمینه‌ی بهبود کیفیت آموزش‌های ارایه‌شده در طول برنامه‌های آموزش مداوم، توجه به خواست‌های ذینفعان، تطابق اهداف آموزش با نیازهای پزشکان عمومی، اجازه کار در صورت گذراندن دوره‌های مرتبط با فعالیت پزشکان و نه صرفا کسب امتیاز، توجه به افزایش توانمندی‌های مدرسین، بازنگری روش‌های آموزشی مورداستفاده، ارایه‌ی بازخورد ساختارمند به برگزارکنندگان و مدرسین برنامه‌ها جهت اصلاح وضع کنونی، ضروری است. به‌کارگیری شاخص‌های واقعی‌تر جهت ارزشیابی برنامه‌های برگزارشده همچون بهبود عملکرد بالینی پزشکان باید مدنظر قرار گیرد. با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر می‌توان گفت اجرای برنامه‌ها بر اساس دیدگاه مخاطبین با طراحی و اجرای یک سیستم نیازسنجی علمی از آنان می‌تواند در افزایش انگیزه و حضور فعال پزشکان در برنامه‌های آموزش مداوم موثر باشد. ارزشیابی موثر برنامه‌های آموزش مداوم یکی از ابزارهایی است که می‌تواند وضعیت موجود آموزش در این حوزه را به تصویر بکشد و نقاط قوت و ضعف آن را روشن سازد، این کار در صورتی امکان‌پذیر است که خود ارزشیابی از اثربخشی لازم برخوردار باشد. جهت افزایش اثربخشی آموزش‌ها در برنامه‌های بازآموزی توجه به این الزامات، اصلاح قوانین و انجام مطالعات بیشتر ضروری است تا هدف اصلی آموزش مداوم که بهبود عملکرد پزشکان و ارایه‌ی خدمات باکیفیت بالاتر به بیماران است، تامین شود. در این مطالعه صرفا درک پزشکان عمومی در استان قزوین در مورد الزامات آموزش اثربخش بررسی گردید و امکان بررسی پزشکان عمومی سایر مناطق کشور و سایر ذینفعان برنامه‌های آموزش مداوم نبود، لذا ضروری است در مطالعات دیگر درک آن‌ها از الزامات آموزش مداوم اثربخش



[ Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.22519521.1396.10.25.5.7 ]

نیز بررسی شود.

**تقدیر و تشکر**

پژوهشگران از کلیه‌ی همکاران پزشک عمـومی که در مطالعه شرکت نموده و با مجریان این پژوهش همکاری نمودند، کمال تشکر را دارند. در ضمن از همکاری و حمایت مالی مرکز توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین که ما را در انجام طرح یاری نموده‌اند کمال قدردانی و سپاسگزاری را داریم.

## References

1- Rezaie A. Continuing medical education (CME): A basis for quality improvement of health services. *Iran J Med Educ*. 2000;1(1):15-9. [Persian]

2- Mansouri M, Lockyer J. A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. *J Contin Educ Health Prof*. 2007;27(1):6-15.

3- Haghjou L, Nedjat S, Gholami J, Ahmadabadi MN, Ashoorkhani M, Majdzadeh R. Developing titles and contents of continuing education programs in Iran: barriers and challenges. *J Isfahan Med Sch*. 2012;30(190). [Persian]

4- Mazmanian PE, Davis DA, Galbraith R. Continuing medical education effect on clinical outcomes: effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines. Chest. 2009;135(3_suppl):49S-55S.

5- Mohammadi MA, Dadkhah B. Continuous Medical Education from View of Nursing Personnel Working in Ardabil Hospitals. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2005;5(3):271-7. [Persian]

6- Kosha A, Khoshnevis-Asl P, Mousavi-Nasab SN, Kazemi-Zanjani N, Norian AA. Review the training needs of general practitioners in the implementation of Zanjan University of Medical Sciences continuing medical education programs. *J Med Counc I.R. Iran*. 2011;29(3):209-18. [Persian]

7- 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. [Persian]

8- Brady D, Hyde A. Certificate-trained staff nurses' perceptions of the changes in nursing education in Ireland from certificate to diploma level. *J Contin Educ Nurs*. 2002;33(5):231-7.

9- Arash A, hesari Z, Alizadeh S, Broomand N. General practitioners Assessment of Continuing Education Programs in Golestan University of Medical Sciences. *Res Med Educ*. 2016;7(4):64-70. [Persian]

10- Miller J, Glassner B. The 'Inside' and the 'Outside': Finding Realities in Interviews In: Silverman D Editor. Qualitative research: 4nd ed. London: SAGE Publications; 2016, 51-66.

11- Ranjbar H, Haghdoost AA, Salsali M, Khoshdel A, Soleimani MA, Bahrami N. "Sampling in qualitative research: A Guide for beginning." *J Army Univ Med Sci*. 2012; 10 (3) : 238-250 33.

12- Elo S, Kyngäs H. The qualitative content



[ Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.22519521.1396.10.25.5.7 ]

analysis process. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):107-15.

13- Ehsanpour S. Achieving minimum learning requirements from the viewpoints of midwifery Students in Isfahan School of Nursing and Midwifery. *Iran J Med Educ*. 2006;6(2):17-25. [Persian]

14- Shams M, Rashidian A. Social Marketing: application and advantage in continuous medical education. *Strides Dev Med Educ*. 2006;3(1):58-68. [Persian]

15- Hosseini J. Continuing medical education in Iran. *Res Med Sci*. 1998;1(3):44-7. [Persian]

16- Safa-Isini AH, Kheyr-Andish M, Zare SH, Asghari N, Safa H. [Viewpoint of Bandar Abas general practitioners' on continuous medical education programs]. *Hormozgan Med J*. 2006;10(2):173-7. [Persian]

17- Amirnia M, Vahidi RG, Mohammadzadeh M, Gojazadeh M, Hejazi SA, Zadegan A. General practitioners' views toward quality of continuing medical education programs in Tabriz. *Iran J Med Educ*. 2012;12(4):231-9. [Persian]

18- Bahador H PA, Kabir A. [Effectiveness of continuing medical education considering participants idea in Iran University]. *J Pak Med Assoc*. 2010;60(6):435-9.

19- Motiei Langroudi H .General physicians, dentists and pharmacists views about open training and continuous education in Ghazvin City in 2003. 1st International Conference on Reform & Change Management in Medical Education; Iran,Tehran. Shahid Beheshti University 2003. [Persian]

20- Shakurnia A, Elhampour H, Marashi T, Heidari Soureshjani S. Concordance of length and contents of continuing medical education programs with educational demands of practicing GPs in Khuzestan province. *Iran J Med Educ*. 2007;7(1):85-92. [Persian]

21- Malekshahi F, EbrahimZadeh F, Zahrakar A. Investigating the implementation of programs of continuing education of nurses in hospitals of Lorestan province. *Aflac*.2010, 10(18-19)[Persian]

22- Moattari M, Azizi F, Panjeshahi MR. Evaluation the medical education program for general practitioner in Shiraz. *Res Med*. 2003;27(1):67-70.

23- Vahidshahi K, Mahmoudi M, Shahbaznezhad 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. [Persian]

24- Borji A, Imani M, Moradi A. The study of general practitioners' views on the content of composed programs in Zahedan. *Iran J Med Educ*. 2002; 2:20-20. [Persian]

25- Quintaliani G, Zoccali C. Continuous medical education. *Giornale italiano di nefrologia: organo ufficiale della Societa italiana di nefrologia*. 2003;21(4):355-61.

26- Ghafourian Borujerdi M, Elhampour H. Evaluation results feed back to faculty members of Ahvaz Medical University and its effect on improving the quality of teaching. *Iran J Med Educ*. 2003;3(2):41-6. [Persian]



[ Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.22519521.1396.10.25.5.7 ]

27- Baartman LK, Prins FJ, Kirschner PA, Van Der Vleuten CP. Determining the quality of competence assessment programs: A self-evaluation procedure. *Stud educ eval*. 2007;33(3):258-81.

28- Einollahi B, Javidan F, Rabbanikhah F, Nakhchi EG, Ashtiani MM. Reorientation of educational deputy of ministry of health and medical education in accreditation and evaluation. *J Med Educ*. 2004;4(2): 59-64.

29- Khodaveisi M, Pazargadie M, Yaghmaei F, Alavi MH. Requirements for effective evaluation in nursing education: a qualitative study. *Iran J Med Educ*. 2012; 11(6): 648-663.

30- Brooks HJ. Workshops: Designing and facilitating experiential learning: SAGE publications; California; 1999.

31- Geranmayeh M, Rezaeipour A, Haghani H, Akhoondzadeh E. The impact of training on the application of palliative methods for labor pain reduction. *Hayat*. 2006; 12 (2) :13-21. [Persian]

32- Zitzmann M. Comparing the learning outcomes of lecture and self-instruction methods in a senior clinical laboratory science course. *Clin Lab Sci*. 1995;9(4):198-201.

33- Mirshahzadeh N, Tootoonchi M. The quality of books, questions and teaching method of self-learning in continuing medical education: The viewpoints of self-learning program's participants in Isfahan University of Medical Sciences. *Iran J Med Educ*. 2007;7(1):129-36. [Persian]

34- Khanehmasjedi M, Shakurnia A, Basir L. Evaluation of general dentist's opinion about continuous dental education programs in Ahvaz. *Jundishapur Sci Med J*. 2009;8(3):332-5. [Persian]

35- Bordji A, Imani M, Moradi A. The study of general practitioners'views on the content of composed programs in zahedan. *Zahedan J Res Med Sci (Tabib-E-Shargh)*. 2004; 6(2):145-151. [Persian]

[ Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.22519521.1396.10.25.5.7 ]

# *The viewpoint of Qazvin city s General Physicians on the Effectiveness of steady Educational Programs*

Hakak SH[1], Allami A[2], Derakhshan F[3], Abbasi M[4]

[1] School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.
[2] dept.of Infectious Diseases, School of Medicine, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.
[3] Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
[4] Metabolic disease research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

***Corresponding Author:*** Allami A, School of Medicine, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

***Email:*** allami9@yahoo.com

***Received:*** 11 Sept 2016 ***Accepted:*** 7 Dec 2016 ***Published:*** 21 Jun 2017

***Background and Objective:*** In the recent years, the steady education has confronted with some challenges. Most of the studies estimate that the effectiveness of these programs is moderate; therefore, due to the importance and background of these researches, we assessed the current steady education in a qualitative way via the perspective of general practitioners (GPs).

***Materials and Methods:*** This research with a qualitative approach was done among the Qazvin city s GPs in 2015. The inductive content analysis was done for 3 focus groupS of discussions (FGD). IN in order to gather the data, a purposive sampling method until data saturation was used. All interviews were recorded,too.

***Results:*** 23 General physicians participated in our study.The Data analysis led to the extraction of 6 main categories, 22 subcategories, 51 sub-codes, and, 67 suggested solutions. The main categories of participants included (2 subcategories), teachers (3 subcategories), policy (5 subcategories), designing (4 subcategories), subject (3 subcategories) and the content (2 subcategories).The main problems which were detected among the categories are as follows: *participants :* basic learning problems and low motivation of GPs; *teachers:* low level of statement , being unfamiliar with difficulties which GPs face with and not having a certain goal; *policy:* exclusion of GPs ideas, low motivation of universities in holding programs with high quality, inadequate infrastructure in training ,the inappropriate time of holding programs ,paying no attention to evaluation results and also the results that the teachers were not informed of them.; *design:* lack of appropriate technology, lack of target group level, boring and inappropriate form of holding; *subject:* mismatching the issues with needs for general physicians, lack of focus neither on the subject of the application, nor on a variety of topics; *content:* not practical and not updated program content and lack of coordination between the teachers in the delivery of the content.

***Conclusion:*** The entire process of the steady education from needs assessment until the program requires a necessary revision and intervention. Increasing capabilities of teachers, concordance of teaching objectives with medical needs, teaching methods revision, providing structured feedback to the organizers and teachers seems to be very essential. Moreover, the use of more realistic Indicators for evaluation of the program, such as improving clinical performance must be considered, too.

***Keywords: Effectiveness, Continuing education, General physicians, Quality research.***

[ Downloaded from edujournal.zums.ac.ir on 2026-11-28 ]

[ DOR: 20.1001.1.22519521.1396.10.25.5.7 ]