

# ارزیابی برنامه‌های آموزش مداوم دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال‌های ۹۰-۸۶

فاطمه سمیعی‌راد\*، زهرا قاسمی\*\*، امیرعبدالله زنگی‌وند\*\*\*، ماهدخت طاهری\*\*\*\*

\*گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ایران

\*\*کارشناس ارشد آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ایران

\*\*\*دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ایران

\*\*\*\*مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۴/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۴

## چکیده

**مقدمه:** ارزیابی مستمر برنامه‌های آموزش مداوم به عنوان یک نیاز همواره باید وجود داشته باشد. هدف از این مطالعه ارزیابی برنامه‌های آموزش مداوم دانشگاه علوم پزشکی قزوین در حد فاصل سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۰ بود.

**روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی-مقطعی ابزار جمع‌آوری اطلاعات، دو پرسشنامه یکی مشخصات برنامه‌های آموزش مداوم و دیگری ویژگی‌های برنامه‌های آموزش مداوم بود. جامعه آماری را ۵۳۰ پزشک مشمول تشکیل می‌داد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون مجذور کای) و از طریق نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج مطالعه نشان داد که اهداف کلی، اختصاصی، نیازسنجی، برنامه ریزی، روش اجرای منطبق با برنامه و ارزشیابی بر اساس رویکرد علمی طراحی برنامه به ترتیب در ۱۰۰، ۷۴/۹، ۱۰۰، ۶۷/۶، ۵۶/۵ و ۴۰/۷ درصد از برنامه‌ها وجود داشت. در نظرسنجی از مشمولین ۶۴/۷ درصد میزان موفقیت در دستیابی به اهداف آموزشی برنامه‌های آموزش مداوم را زیاد و به ترتیب ۶۲/۱ درصد کیفیت برنامه‌ها و ۷۹/۸ درصد نحوه اجرای برنامه‌ها را خوب و بسیار خوب دانستند. مهم‌ترین انگیزه شرکت در این برنامه‌ها هم، تجدید اطلاعات بود.

**نتیجه‌گیری:** تطبیق برنامه‌های آموزش مداوم با رویکرد علمی طراحی برنامه (نیازسنجی، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی) از جمله ملزومات فعالیت‌های آموزش مداوم است.

**کلید واژه‌ها:** ارزیابی، آموزش مداوم، برنامه

## مقدمه

آموزش مداوم جامعه پزشکی که اولین بار در ۱۹۷۴ به عنوان یک ضرورت جهانی به رسمیت شناخته شد (۱) به فعالیت‌های آموزشی اطلاق می‌شود که یک عضو جامعه پزشکی به منظور حفظ، توسعه یا ارتقاء دانش، مهارت، عملکرد حرفه‌ای و ارتباطی در ارائه خدمت به بیماران، جامعه یا حرفه، بکار می‌گیرد. محتوای آموزش مداوم دانش و مهارت‌هایی است که متخصصین فن بعنوان علوم پایه پزشکی، اصول طب بالینی و مراقبت‌های پیشگیری شناسائی و مورد پذیرش قرار داده‌اند. (۲)

از همین رو بسیاری از کشورها در جستجوی آموزش‌های مؤثرتر جهت کاستن از هزینه‌های سیستم‌های بهداشتی درمانی و پرکردن شکاف بین علم و عمل هستند. در کشور ما نیز در سال‌های اخیر به منظور ارتقای آگاهی‌های علمی و فنی و مهارت‌های حرفه‌ای اعضای، به روز نگاه داشتن اطلاعات،

**نویسنده مسئول:** زهرا قاسمی، کارشناس ارشد آموزش پزشکی،  
Z\_ghasemy@yahoo.com

دانشگاه علوم پزشکی قزوین

افزایش میزان مشارکت و ارتباط جامعه پزشکی با سازمان‌ها و گروه‌های علمی، قانون آموزش مداوم به اجرا گذاشته شده است.

متأسفانه در حال حاضر علیرغم گذشت چندین سال از فعالیت آموزش مداوم پزشکی، بسیاری از کوشش‌ها کم‌ثمرتر از حد مورد انتظار بوده و عملاً شاهد تحقق بخش کوچکی از اهداف آن هستیم (۳-۶) که این امر ضرورت توجه به طراحی و اجرای برنامه‌ها مطابق با نیازها و نظرات مخاطبین را مطرح می‌نماید. مطالعات سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

نشانگر آن است که بخشی از برنامه‌های آموزش مداوم به دلیل عدم توجه به شناسایی و اولویت‌بندی نیازهای آموزشی فراگیران و اجرای سیر تعاملی، پاسخ‌گوی مشکلات و نیازهای واقعی جامعه هدف نبوده و در نتیجه آموزش برنامه‌ریزی شده از اعتبار کاربردی کمی، برخوردار است (۷-۹). حال آنکه یکی از دغدغه‌ها و رویکردهای مدیران آموزش مداوم، توجه به اهداف برگزاری دوره آموزشی و ارزشیابی دستاوردهای مورد

یافته، میزان رضایتمندی از به کارگیری و وسایل آموزشی، میزان رضایتمندی از زمان و مکان برگزاری برنامه) و انگیزه شرکت مشمولین (تجدید اطلاعات، مبادله اطلاعات و تجربیات با دیگر همکاران، چاره‌جویی در حل مشکلات حرفه‌ای و کسب امتیاز)، تقسیم‌بندی شد. پس از ارزیابی معیارهای فوق، نتایج به صورت فراوانی مطلق و نسبی محاسبه گردید. این ارزیابی بر اساس ملاک‌های آن (جدول ۱) که مطابق با مقیاس لیکرت امتیازدهی شده بود مورد بررسی قرار گرفت: امتیازات متوسط، زیاد و بسیار زیاد را موفق و امتیازات کم و بسیار کم را ناموفق در نظر گرفتیم. داده‌های این مطالعه توسط نرم‌افزار SPSS. Ver. 16 و با استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای مقایسه دو گروه از نظر متغیرهای مورد مطالعه از آزمون مجذور کای استفاده شد. در ضریب اطمینان ۹۵٪، P value کمتر از ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنی‌دار بود.

### یافته‌ها

براساس نتایج حاصل از این مطالعه در طی سال‌های ۸۶ تا ۹۰ دفتر آموزش مداوم دانشگاه مجری ۲۸۷ برنامه شامل ۵۸ برنامه مدون، ۱۲۵ کنفرانس، ۱۹ سمینار و ۷۶ کارگاه برای پزشکان عمومی بوده است. (جدول ۱)

جدول ۱: فراوانی برنامه‌های آموزش مداوم در سال‌های ۸۶-۹۰

| نوع برنامه | کنفرانس | کارگاه | سمینار | برنامه‌های مدون | جمع کل |
|------------|---------|--------|--------|-----------------|--------|
| سال        | تعداد   | تعداد  | تعداد  | تعداد           | تعداد  |
| سال ۸۶     | ۳۱      | ۱۱     | ۳      | ۱۵              | ۶۰     |
| سال ۸۷     | ۲۱      | ۱۴     | ۰      | ۱۱              | ۴۶     |
| سال ۸۸     | ۲۸      | ۸      | ۵      | ۱۳              | ۵۴     |
| سال ۸۹     | ۲۴      | ۳۰     | ۷      | ۱۱              | ۷۲     |
| سال ۹۰     | ۲۱      | ۱۳     | ۴      | ۸               | ۴۶     |

از آنجایی که اصول علمی طراحی هر برنامه علاوه بر داشتن پشتوانه قوی در زمینه نیاز سنجی، می‌بایست دارای اهداف کلی، اهداف اختصاصی، روش اجرا و شیوه ارزشیابی باشند، در این دفتر فرم‌های مشخصات برنامه وجود دارد که قبل از اجرای برنامه و کسب امتیاز می‌بایست فرم مشخصات توسط دبیر علمی آن برنامه تکمیل گردد. (فرم شماره ۲) اطلاعات به دست آمده حاکی از آن بود که تمامی برنامه‌ی اجرا شده توسط دفتر آموزش مداوم دانشگاه در طی سال‌های مورد مطالعه، دارای هدف کلی مشخص که همان موضوع برنامه نیز می‌باشد، بودند. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که بیشترین تعداد اجرای برنامه در طی سال ۸۹ صورت پذیرفته است. از سوی دیگر منظم‌ترین سال از نظر رعایت اصول علمی

انتظار آن است. نگرشی که می‌تواند منجر به ریشه‌یابی مشکلات در کلیه مراحل برنامه‌ریزی و اجرا شود و علاوه بر آن، ناظر بر میزان پاسخگویی برنامه آموزشی به نیاز جامعه و مشتریان نیز خواهد بود (۱۰).

پژوهشگران در این مطالعه بر آن شدند تا با توجه به برنامه اعتباربخشی وزارت بهداشت در خصوص نیل به آموزش مداوم مؤثر و لزوم بازنگری و تجدیدنظر در برنامه‌های آموزش مداوم، به ارزیابی برنامه‌های آموزش مداوم دانشگاه علوم پزشکی قزوین از نظر طراحی علمی، روش اجرا و ارزشیابی و دیدگاه مشمولین در طی در سال‌های ۸۶-۹۰ پردازند.

### روش‌ها

این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۹۰ انجام شد. روش نمونه‌گیری سرشماری و ابزار تحقیق، چک لیستی بود که براساس بررسی فرم‌های مشخصات برنامه‌های حضوری آموزش مداوم که توسط دبیران علمی تکمیل شده بود (۲۸۷ عدد) و همچنین بررسی پرسشنامه‌های تکمیل شده نظرخواهی از مشمولین، کامل شد. پرسشنامه مشخصات برنامه‌های حضوری آموزش مداوم شامل قسمت‌هایی به شرح ذیل بود: عنوان برنامه، مشخصات سازمان برگزارکننده، زمان و مکان برگزاری، وجود برنامه مشابه قبلی، هدف کلی برنامه، اهداف اختصاصی اجرای برنامه، اعضای کمیته علمی برنامه، گروه هدف، مشخصات طراحی علمی برنامه شامل: نیازسنجی، روش اجرا، ارزشیابی و روش انجام ارزشیابی. جهت تعیین روایی پرسشنامه‌های نظرخواهی از روش روایی محتوا از طریق نظرخواهی از همکاران هیات علمی و جهت تعیین پایایی پرسشنامه‌ها از روش آزمون مجدد استفاده شد. ( $\alpha = 0/9$ ) پرسشنامه پس از تایید روایی و پایایی در اختیار جامعه مورد مطالعه که به روش سرشماری نمونه‌گیری شده بودند، قرار داده شد. جامعه شامل ۵۳۰ پزشک عمومی شرکت‌کننده در برنامه‌های آموزش مداوم دانشگاه در حد فاصل سال‌های ۸۶ تا ۹۰ بودند. پرسشنامه شامل دو قسمت که قسمت اول اطلاعات دموگرافیکی و دوم ۱۴ معیار جهت بررسی میزان رضایتمندی از برنامه‌های آموزش مداوم که در چهار بخش اهداف آموزشی (تحکیم اطلاعات صحیح قبلی، ارائه مطلب جدید علمی تناسب محتوای برنامه با نیازهای شغلی و ایجاد علاقه به مطالعه تخصصی)، کیفیت برنامه‌ها (توالی مناسب و منطقی سخنرانی‌ها، تناسب زمان هر سخنرانی با موضوع، امکان مشارکت شنوندگان، توانایی مدیریت و برقراری نظم در جلسات)، نحوه اجرا (اطلاع‌رسانی مطلوب، میزان امتیاز تعلق

طراحی یک برنامه بر اساس فرم شماره ۲، متعلق به سال ۸۸ می‌باشد.

در این سال که عملاً بهترین سال به لحاظ اجرای علمی برنامه‌ها مطابق با اصول فرم شماره ۲ بوده است، اهداف اختصاصی تنها در ۸۷ درصد برنامه‌ها، برنامه‌ریزی و روش

اجرای منطبق با اهداف آموزشی در ۶۴٫۸ درصد از برنامه‌ها و ارزشیابی فقط در ۴۰/۷ درصد برنامه‌ها وجود داشت. خلاصه نتایج مربوط به این سال و سال‌های دیگر نیز در جدول شماره دو آورده شده است.

جدول ۲: فراوانی وضعیت تنظیم برنامه‌های آموزش مداوم با رویکرد علمی

| سال  | نوع برنامه                     | کنفرانس | کارگاه | سمینار | برنامه های مدون | جمع کل | ملاک |
|------|--------------------------------|---------|--------|--------|-----------------|--------|------|
|      |                                | تعداد   | درصد   | تعداد  | درصد            | تعداد  | درصد |
| ۱۳۸۶ | اهداف کلی                      | ۳۱      | ۱۰۰    | ۱۱     | ۱۰۰             | ۳      | ۱۰۰  |
|      | اهداف اختصاصی                  | ۳۰      | ۹۶/۷   | ۰      | ۰               | ۳      | ۱۰۰  |
|      | نیازسنجی                       | ۳۱      | ۱۰۰    | ۱۱     | ۱۰۰             | ۳      | ۱۰۰  |
|      | برنامه ریزی                    | ۱۵      | ۴۸/۳   | ۱۱     | ۱۰۰             | ۳      | ۱۰۰  |
|      | روش اجرا منطبق با اهداف آموزشی | ۴       | ۱۲/۹   | ۸      | ۷۲              | ۰      | ۰    |
|      | ارزشیابی                       | ۱۵      | ۴۸/۳   | ۴      | ۶۳/۳            | ۲      | ۶۶/۶ |
|      | اهداف کلی                      | ۲۱      | ۱۰۰    | ۱۴     | ۱۰۰             | ۰      | ۰    |
|      | اهداف اختصاصی                  | ۱۴      | ۶۶/۶   | ۶      | ۴۲/۸            | ۰      | ۰    |
|      | نیازسنجی                       | ۲۱      | ۱۰۰    | ۱۴     | ۱۰۰             | ۰      | ۰    |
|      | برنامه ریزی                    | ۱۵      | ۷۱/۴   | ۸      | ۵۷/۱            | ۰      | ۰    |
| ۱۳۸۷ | روش اجرا منطبق با اهداف آموزشی | ۱۴      | ۶۶/۶   | ۷      | ۵۰              | ۰      | ۰    |
|      | ارزشیابی                       | ۶       | ۲۸/۵   | ۴      | ۲۸/۵            | ۰      | ۰    |
|      | اهداف کلی                      | ۲۸      | ۱۰۰    | ۸      | ۱۰۰             | ۵      | ۱۰۰  |
|      | اهداف اختصاصی                  | ۲۵      | ۸۹/۲   | ۸      | ۱۰۰             | ۵      | ۱۰۰  |
|      | نیازسنجی                       | ۲۸      | ۱۰۰    | ۸      | ۱۰۰             | ۵      | ۱۰۰  |
|      | برنامه ریزی                    | ۱۴      | ۵۰     | ۶      | ۷۵              | ۵      | ۱۰۰  |
|      | روش اجرا منطبق با اهداف آموزشی | ۱۶      | ۵۷/۱   | ۵      | ۶۲/۵            | ۴      | ۸۰   |
|      | ارزشیابی                       | ۸       | ۲۸/۵   | ۳      | ۳۷/۵            | ۳      | ۶۰   |
|      | اهداف کلی                      | ۲۴      | ۱۰۰    | ۳۰     | ۱۰۰             | ۷      | ۱۰۰  |
|      | اهداف اختصاصی                  | ۲۰      | ۸۳/۳   | ۱۸     | ۶۰              | ۵      | ۷۱/۴ |
| ۱۳۸۸ | نیازسنجی                       | ۲۴      | ۱۰۰    | ۳۰     | ۱۰۰             | ۷      | ۱۰۰  |
|      | برنامه ریزی                    | ۱۸      | ۷۵     | ۱۸     | ۶۰              | ۷      | ۱۰۰  |
|      | روش اجرا منطبق با اهداف آموزشی | ۱۲      | ۵۰     | ۱۹     | ۶۳/۳            | ۴      | ۷۵/۱ |
|      | ارزشیابی                       | ۱۱      | ۴۵/۸   | ۱۲     | ۴۰              | ۲      | ۲۸/۵ |
|      | اهداف کلی                      | ۲۱      | ۱۰۰    | ۱۳     | ۱۰۰             | ۴      | ۱۰۰  |
|      | اهداف اختصاصی                  | ۱۸      | ۸۵/۷   | ۱۰     | ۷۶/۹            | ۴      | ۱۰۰  |
|      | نیازسنجی                       | ۲۱      | ۱۰۰    | ۱۳     | ۱۰۰             | ۴      | ۱۰۰  |
|      | برنامه ریزی                    | ۱۵      | ۷۱/۴   | ۶      | ۴۶/۱            | ۴      | ۱۰۰  |
|      | روش اجرا منطبق با اهداف آموزشی | ۱۱      | ۵۲/۳   | ۸      | ۶۱/۵            | ۳      | ۷۵   |
|      | ارزشیابی                       | ۹       | ۴۲/۸   | ۶      | ۴۶/۱            | ۱      | ۲۵   |
| ۱۳۸۹ | اهداف کلی                      | ۲۱      | ۱۰۰    | ۱۳     | ۱۰۰             | ۴      | ۱۰۰  |
|      | اهداف اختصاصی                  | ۱۸      | ۸۵/۷   | ۱۰     | ۷۶/۹            | ۴      | ۱۰۰  |
|      | نیازسنجی                       | ۲۱      | ۱۰۰    | ۱۳     | ۱۰۰             | ۴      | ۱۰۰  |
|      | برنامه ریزی                    | ۱۵      | ۷۱/۴   | ۶      | ۴۶/۱            | ۴      | ۱۰۰  |
|      | روش اجرا منطبق با اهداف آموزشی | ۱۱      | ۵۲/۳   | ۸      | ۶۱/۵            | ۳      | ۷۵   |
|      | ارزشیابی                       | ۹       | ۴۲/۸   | ۶      | ۴۶/۱            | ۱      | ۲۵   |
|      | اهداف کلی                      | ۲۱      | ۱۰۰    | ۱۳     | ۱۰۰             | ۴      | ۱۰۰  |
|      | اهداف اختصاصی                  | ۱۸      | ۸۵/۷   | ۱۰     | ۷۶/۹            | ۴      | ۱۰۰  |
|      | نیازسنجی                       | ۲۱      | ۱۰۰    | ۱۳     | ۱۰۰             | ۴      | ۱۰۰  |
|      | برنامه ریزی                    | ۱۵      | ۷۱/۴   | ۶      | ۴۶/۱            | ۴      | ۱۰۰  |
| ۱۳۹۰ | روش اجرا منطبق با اهداف آموزشی | ۱۱      | ۵۲/۳   | ۸      | ۶۱/۵            | ۳      | ۷۵   |
|      | ارزشیابی                       | ۹       | ۴۲/۸   | ۶      | ۴۶/۱            | ۱      | ۲۵   |
|      | اهداف کلی                      | ۲۱      | ۱۰۰    | ۱۳     | ۱۰۰             | ۴      | ۱۰۰  |
|      | اهداف اختصاصی                  | ۱۸      | ۸۵/۷   | ۱۰     | ۷۶/۹            | ۴      | ۱۰۰  |
|      | نیازسنجی                       | ۲۱      | ۱۰۰    | ۱۳     | ۱۰۰             | ۴      | ۱۰۰  |
|      | برنامه ریزی                    | ۱۵      | ۷۱/۴   | ۶      | ۴۶/۱            | ۴      | ۱۰۰  |
|      | روش اجرا منطبق با اهداف آموزشی | ۱۱      | ۵۲/۳   | ۸      | ۶۱/۵            | ۳      | ۷۵   |
|      | ارزشیابی                       | ۹       | ۴۲/۸   | ۶      | ۴۶/۱            | ۱      | ۲۵   |
|      | اهداف کلی                      | ۲۱      | ۱۰۰    | ۱۳     | ۱۰۰             | ۴      | ۱۰۰  |
|      | اهداف اختصاصی                  | ۱۸      | ۸۵/۷   | ۱۰     | ۷۶/۹            | ۴      | ۱۰۰  |

در قسمت مربوط به نظرات مشمولین نیز مشخص شد که از مجموع ۵۳۰ پزشک عمومی (۱۶۸ نفر زن و ۳۶۲ نفر مرد) مورد بررسی که میانگین سنی  $37 \pm 7/7$  سال و میانگین سابقه کار  $8/6 \pm 0/6$  سال داشتند، مهم‌ترین انگیزه‌های شرکت در برنامه‌های آموزش مداوم به ترتیب اولویت تجدید اطلاعات، کسب امتیاز، مبادله اطلاعات و تجربیات و چاره‌جویی در حل مشکلات حرفه‌ای بوده است. نکته جالب توجه آنکه مهم‌ترین انگیزه شرکت در برنامه‌های آموزش مداوم در مشمولین دارای سابقه ۵-۰ سال تجدید اطلاعات و در مشمولین دارای سابقه بیش از ۱۵ سال مبادله اطلاعات و تجربیات بوده است.

جداول شماره سه و چهار گویای نظرات مشمولین در خصوص میزان دستیابی به اهداف آموزشی به تفکیک سن و جنس است. در این مطالعه میانگین نمره موفقیت در دستیابی به اهداف آموزشی برنامه‌های آموزش مداوم در زنان  $68/5 \pm 13/7$  و در مردان  $72/4 \pm 13$  بود. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که ارتباط آماری معنی‌داری بین سن ( $P=0/01$ )، جنس ( $P=0/01$ )، و سابقه کار ( $P=0/02$ )، با میزان موفقیت در دستیابی به اهداف آموزشی وجود داشت. کیفیت برنامه‌های آموزشی مداوم نیز از نظر ۶۲/۱ درصد مشمولان خوب و بسیار خوب بوده است. این مطالعه نشان داد

بین کیفیت این برنامه‌ها با جنس ( $P=0/04$ )، سن ( $P=0/01$ )، و سابقه کار ( $P=0/03$ )، شرکت‌کنندگان ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت. نحوه اجرای برنامه‌های آموزش مداوم نیز از نظر ۷۹/۸ درصد شرکت‌کنندگان خوب و

جدول ۳: فراوانی نسبی نظرات مشمولین در مورد برنامه‌های اجرا شده به تفکیک جنس

| موضوع                    | پاسخ مشمولین | بسیار زیاد | زیاد | متوسط | کم | خیلی کم |
|--------------------------|--------------|------------|------|-------|----|---------|
| دستیابی به اهداف آموزشی  | زن           | ۱۷/۵       | ۵۰   | ۳۲/۵  | -  | -       |
|                          | مردان        | ۱۸/۹       | ۵۲/۲ | ۲۷/۸  | -  | -       |
| کیفیت مناسب برنامه‌ها    | زن           | ۱۰         | ۵۲/۵ | ۳۲/۵  | -  | -       |
|                          | مردان        | ۱۳/۳       | ۴۶/۷ | ۳۸/۹  | -  | -       |
| نحوه اجرای خوب برنامه‌ها | زن           | ۲۲/۵       | ۵۲/۵ | -     | -  | -       |
|                          | مردان        | ۲۶/۷       | ۵۵/۶ | -     | -  | -       |

جدول ۴: فراوانی نسبی نظرات مشمولین در مورد برنامه‌های اجرا شده به تفکیک سن

| موضوع                    | پاسخ مشمولین | بسیار زیاد | زیاد | متوسط | کم | خیلی کم |
|--------------------------|--------------|------------|------|-------|----|---------|
| دستیابی به اهداف آموزشی  | سن ۲۵-۳۰ سال | ۲۴         | ۴۸   | ۲۸    | -  | -       |
|                          | سن ۳۱-۳۵ سال | ۳۷/۹       | ۳۷/۹ | ۲۴/۱  | -  | -       |
|                          | سن ۳۶-۴۰ سال | ۹/۸        | ۵۴/۹ | ۳۳/۳  | -  | -       |
|                          | بالای ۴۰ سال | -          | ۶۶/۷ | ۲۳/۸  | -  | -       |
| کیفیت مناسب برنامه‌ها    | سن ۲۵-۳۰ سال | ۲۰         | ۴۴   | -     | -  | -       |
|                          | سن ۳۱-۳۵ سال | ۱۷/۳       | ۴۸/۳ | -     | -  | -       |
|                          | سن ۳۶-۴۰ سال | ۱۰         | ۴۱/۳ | -     | -  | -       |
|                          | بالای ۴۰ سال | -          | ۷۱/۴ | -     | -  | -       |
| نحوه اجرای خوب برنامه‌ها | سن ۲۵-۳۰ سال | -          | ۵۲   | -     | -  | -       |
|                          | سن ۳۱-۳۵ سال | -          | ۳۷/۹ | -     | -  | -       |
|                          | سن ۳۶-۴۰ سال | -          | ۶۴/۷ | -     | -  | -       |
|                          | بالای ۴۰ سال | -          | ۶۱/۹ | -     | -  | -       |

## بحث و نتیجه‌گیری

دانش پزشکی نیز همانند همه‌ی علوم دائماً در حال تحول است بطوری که هر ۴ تا ۵ سال به طور متوسط ۵۰ درصد دانش پزشکی و در طول ۸ تا ۱۰ سال، ۷۵ درصد آن کهنه می‌شود. (۱۱) بالطبع در چنین شرایطی دانش و توانایی‌هایی که در پایان یک دوره آموزش آکادمیک (پزشکی عمومی یا

تخصصی) کسب می‌گردد برای کار درمانی در آینده کافی نبوده و در نتیجه نگرش تداوم آموزش- یادگیری (Continuous teaching / learning) توسط صاحب نظران آموزش پزشکی مطرح و به عنوان راه حل شایسته‌ای از سال‌ها قبل شناخته شده و مورد توجه جدی مراکز آکادمیک و مؤسسات اعتبارسنجی آموزشی قرار گرفته است (۱۲، ۱۳). در یک نگاه کلی، هدف عمده آموزش مداوم پزشکی، به روز نگه

داشتن مهارت‌ها و تکامل حرفه‌ای پزشکان است تا بتوانند نیازهای بیماران و سیستم سلامت را به خوبی برآورده سازند و موجب بهبود سیستم سلامت گردند (۱۴، ۱۵).

در کشور ما مسئولیت اجرایی آموزش مداوم به عهده دانشگاه‌ها قرار گذاشته شده است (۱۶). از همین رو در حال حاضر مهم‌ترین معیاری که از طرف مراکز تخصصی پزشکی برای تایید مجدد مدارک پزشکی دانش آموختگان مورد استفاده قرار می‌گیرد، شرکت در برنامه‌های مختلف آموزش مداوم و کسب امتیازات سالیانه می‌باشد (۱۴). امری که متأسفانه بعضاً به مهمترین انگیزه شرکت کنندگان برای حضور در این آموزش‌ها مبدل می‌شود و بسیاری از آنان علیرغم عدم رضایت از زمان برگزاری، موضوعات مورد بحث و شیوهی ارائه مطالب صرفاً به منظور کسب امتیازات سالیانه در این آموزش‌ها حضور می‌یابند. با توجه به اینکه آموزش مداوم در ایران از سابقه‌ای طولانی برخوردار نیست، ضرورت ارزیابی دقیق این برنامه‌ها و پژوهش درباره آن‌ها به عنوان یک نیاز احساس می‌شود اگرچه در پاسخ به نیازهایی که وجود دارد، بازنگری و تجدیدنظر در برنامه‌های مدون آموزش مداوم توسط کمیته‌هایی در سال ۱۳۷۷ انجام گردیده ولی به نظر می‌رسد به منظور هرچه بهتر برگزار کردن برنامه‌های آموزش مداوم، این بازنگری‌ها باید به صورت مداوم و در تمامی برنامه‌های اجرا شده توسط دفاتر آموزش مداوم کشور همواره انجام گیرد تا با استفاده از نتایج آن‌ها به وضعیت فعلی برنامه‌های آموزش مداوم از دو جنبه برنامه‌ریزی و ارزیابی پی‌برد، نقاط ضعف و قوت را یافت و برنامه‌ریزی‌های آتی برنامه‌های آموزش مداوم را با تکیه بر این نتایج تنظیم کرد. بدیهی است که در چنین شرایطی برنامه‌های آموزش مداوم طراحی علمی و دقیق‌تری خواهند داشت و طبیعتاً می‌توانند اثربخشی بیشتری نیز داشته باشند. در مطالعه حاضر نیز که با هدف تشریح وضعیت فعلی برنامه‌های آموزش مداوم دانشگاه و بررسی نقاط ضعف و قوت این برنامه‌ها انجام شده است مشخص شد که علیرغم وجود اهداف کلی مشخص در تمام برنامه‌های اجرا شده توسط دفتر آموزش مداوم دانشگاه (کنفرانس، کارگاه، سمینار و برنامه مدون)، متأسفانه توجه کافی به قسمت‌های دیگر اصول طراحی علمی یک برنامه همچون اهداف اختصاصی، نیازسنجی، برنامه‌ریزی (طرح درس)، روش اجرای منطبق بر اهداف آموزشی و ارزشیابی صورت نگرفته است و عملاً از میان ۲۷۸ برنامه برگزار شده در طی سال‌های مورد نظر این مطالعه تنها ۸۴/۳ درصد از کنفرانس‌ها، ۵۵/۹ درصد از کارگاه‌ها،

۷۲/۲ درصد از سمینارها و ۷۴/۹ درصد از برنامه‌های مدون دارای اهداف اختصاصی بوده‌اند. در مورد نیازسنجی‌های انجام شده در طی این سال‌ها هم باید گفت که ۱۰۰ درصد از کنفرانس‌ها، کارگاه‌ها، سمینارها و برنامه‌های مدون دارای نیازسنجی بوده‌اند. همچنین برنامه‌ریزی (طرح درس)، روش اجرای منطبق بر اهداف آموزشی و ارزشیابی نیز به ترتیب در ۶۳/۲، ۴۷/۷ و ۳۸/۷ درصد از کنفرانس‌ها، ۶۷/۶، ۶۱/۸ و ۳۷/۶ درصد از کارگاه‌ها، ۱۰۰، ۴۲/۴ و ۵۶ درصد از سمینارها و ۷۲/۷، ۷۰/۳ و ۵۰ درصد از برنامه‌های مدون وجود داشته است.

همان‌طور که به طور واضح دیده می‌شود آنچه از نتایج این مطالعه بیش از هرچیز دیگری توجه را به خود جلب می‌کند نبود یک طرح درس علمی و کامل در بسیاری از برنامه‌های اجرا شده توسط دفتر آموزش مداوم دانشگاه است. طرح درسی که دارای اهداف اختصاصی منطبق بر نیازهای مشمولین باشد، روش اجرایی منطبق بر اهداف آموزشی داشته باشد و در نهایت بتواند با شیوهی ارزشیابی درستی، برآیند برنامه را مشخص نماید.

پرواضح است که برای اجرای یک برنامه، قدم اول نیازسنجی یا همان سنجش نیازهای فراگیران است (۲۱-۲۴). روش‌های متفاوتی برای نیل به این مهم وجود دارد. ولی شیوهی نیازسنجی‌های برنامه‌های دفتر آموزش مداوم دانشگاه علوم پزشکی قزوین نیز همانند اغلب دانشگاه‌ها (۲۵) همه جانبه و با استفاده از روش‌های نوین نمی‌باشد. در سال ۸۷ نیازسنجی انجام شده به صورت مدون و در قالب‌ها پرسشنامه‌ای، از پزشکان عمومی انجام شده است. در بقیه سال‌ها، اغلب این نیازسنجی‌ها به روش خود مطلع‌ی (informed) بوده است. بدین صورت که دبیران علمی این برنامه‌ها به واسطه اطلاعات تخصصی خود و میزان ارجاع بیماری‌ها به آن‌ها، نیازهای مشمولین را مشخص نموده و اقدام به برگزاری برنامه‌های این دفتر، می‌کنند. در چنین شرایطی به مسائلی نظیر: نظرات مشمولین، اطلاعات اپیدمیولوژی، وقایع ویژه واپیدی‌ها، تصمیمات سیاست‌گذاران، شاخص‌ها و مطالعات بهداشتی، تحقیقات بیمارستانی و کلینیکی، ورود اطلاعات جدید و مهارت‌های کلیدی، آموزه‌های پزشکی قانونی و موارد چالش برانگیز در بحث رضایتمندی و درخواست‌های بیماران کمتر توجه شده است. از سوی دیگر گاهی پایه اصلی نیازسنجی‌ها براساس توانایی‌های تخصصی و یا علائق شخصی دبیران علمی این برنامه‌ها است.

داد. در نتیجه دبیر علمی برنامه از انواع و مزیت‌های روش‌های ارزشیابی آگاهی ندارد فلذا شرایط در جهت انجام آن مهیا نمی‌باشد. با کم رنگ شدن این مطلب، انجام آن در اکثر موارد با کمبود وقت مواجه شده و عملاً زمانی به ارزشیابی توانایی‌های مشمولین پس از اجرای برنامه اختصاص داده نمی‌شود.

نتایج این مطالعه نشان داد که ارتباط آماری معنی‌داری بین سن و یا سابقه کار با میزان موفقیت در دستیابی به اهداف آموزشی وجود نداشت ( $P \text{ value} = 0/01$ ) که این امر در تضاد با مطالعه دکتر عباسی و همکارانش بود. (۱۸) نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که ۷۹/۸ درصد شرکت‌کنندگان نحوه اجرای برنامه‌های آموزش مداوم را خوب و بسیار خوب می‌دانستند و عملاً در این مطالعه‌ی ما میزان رضایت‌مندی از برنامه‌ها بسیار بالاتر از مطالعه‌ی صادقی و همکاران (۲۹) و شهباز نژاد و همکاران (۱۷) بود.

نتایج حاکی از آن بود که مهم‌ترین انگیزه شرکت در برنامه‌های آموزش مداوم تجدید اطلاعات بود. حال آنکه با افزایش سن و سابقه کار مهم‌ترین انگیزه شرکت در برنامه‌های آموزش مداوم به ترتیب چاره‌جویی حرفه‌ای و مبادله اطلاعات و تجربیات با دیگر همکاران نوشته شده بود. در بررسی یوسفی مهم‌ترین انگیزه شرکت در برنامه‌ها با افزایش سن و سابقه کار، کسب امتیاز بود. (۱۹) با نگاهی کلی به مجموعه این اطلاعات می‌توان فهمید که گرچه برنامه‌های دفتر آموزش مداوم دانشگاه علوم پزشکی قزوین اغلب فاقد رویکرد علمی دقیق به لحاظ نیاز سنجی، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی هستند و نتوانسته‌اند همه عوامل انگیزش‌پزشکان را تقویت کنند ولیکن برنامه‌ریزی اجرایی و عملی برنامه‌های آموزش مداوم دانشگاه به گونه‌ای است که موجبات موفقیت نسبی در دستیابی به اهداف آموزشی و رضایت‌مندی شرکت‌کنندگان از کیفیت و نحوه اجرای برنامه‌های آموزش مداوم را فراهم می‌نماید.

بازنگری‌های مستمر به منظور هرچه بهتر برگزار کردن برنامه‌های آموزش مداوم دانشگاه‌ها، تنها با نگاه واقع بینانه و درست به وضعیت فعلی برنامه‌های آموزش مداوم در این مراکز بدست می‌آید. بدیهی است که در چنین شرایطی برنامه‌های آموزش مداوم طراحی علمی و دقیق‌تری خواهد داشت و طبیعتاً می‌تواند اثر بخشی بیشتری نیز داشته باشد. تطبیق برنامه‌های آموزش مداوم با رویکرد علمی - نیاز سنجی، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی - طراحی برنامه از جمله ملزومات فعالیت‌های آموزش مداوم است و ابزاری را در اختیار

در چنین شرایطی اغلب برنامه اجرا شده با نیاز واقعی مشمولین و جامعه، فاصله دارد و منجر به اتلاف وقت، هزینه و حتی کم توجهی مشمولین نسبت به این برنامه‌ها می‌گردد. به لحاظ علمی، در دنیای امروز الگوهای بسیار متنوع نیاز سنجی وجود دارد که انتخاب هریک از آن‌ها شرایط خاص خود را می‌طلبد. در ایران نیز در یکی از جالب‌ترین مقالات (۲۶) در این زمینه، راهنمای گام به گام ۸ مرحله‌ای جهت نیاز سنجی‌های مشمولین طراحی شده است که در آن مؤلفه‌های مؤثر بر انتخاب الگوها و فنون نیازسنجی از قبیل سطح نیازسنجی، هدف نیازسنجی، گروه هدف (نوع، تعداد و پراکندگی)، نوع نیاز، تعریف نیاز، منابع (مالی و انسانی، زمان) را بررسی نموده است و به نظر می‌رسد این قبیل فنون نیاز سنجی بسیار بهتر و دقیق‌تر از روش خود مطالعی، نیازهای مشمولین را بتوانند شناسایی نمایند.

صرف‌نظر از جامع و همه جانبه‌نگر نبودن نظرسنجی‌هایی که صرفاً براساس نظر متخصصان و صاحب‌نظران رشته‌ها صورت می‌گیرد. مسئله مهم دیگر مطلوب نبودن نحوه ارائه اهداف کلی، اختصاصی و نیز طراحی یک طرح درس کامل و مفید است. بدین ترتیب بدون داشتن طرح درس دقیق، اجرای برنامه منطبق با اهداف آموزشی، بسیار دشوار است. البته شایان ذکر است که طراحی‌های صورت گرفته از سوی اعضای هیئت علمی حاضر در EDO دانشکده‌ها، بسیار نزدیک استاندارد است چه بسا بهتر باشد به منظور ایجاد یک رویکرد دقیق و علمی در بین دبیران برگزار کننده‌ی این برنامه‌ها، مباحث کاربردی بیشتری از قبیل کلاس‌های آموزش قواعد هدف نویسی، نحوه اجرا (روش‌های تدریس) و روش‌های نوین ارزشیابی مورد توجه قرار گیرند.

در بخش مربوط به روش اجرای این برنامه‌ها هم باید گفت عمده‌تأ دبیران علمی تمایل به ارائه مطالب در قالب سخنرانی دارند. شاید بتوان علت این امر را عادت اساتید به شیوه‌ی سخنرانی و یا عدم آشنایی آن‌ها به شیوه‌های دیگر آموزش و البته در بسیاری از موارد ضعف سخت افزاری نسبت داد. امروزه ثابت شده است که آموزشی می‌تواند مؤثر باشد که در آن بحث، پرسش و پاسخ، به عنوان رکن اصلی برنامه آموزشی قرار گیرد (۲۷، ۲۸) و شیوه‌های سنتی آموزشی همچون سخنرانی از بازدهی کافی برخوردار نیست.

در بخش مربوط به ارزشیابی برنامه پس از اجرای آن نیز همان‌طور که در نتایج این مطالعه دیده شد آمارها چندان جالب نیست که شاید بتوان علت آن را در درجه اول به نبود یک برنامه‌ریزی و یا همان طرح درس مدون و دقیق نسبت

برگزاری برنامه‌های آموزش مداوم، گامی ضروری و اجرای آن منجر به بهبود کیفیت برنامه‌ها و رضایت ذی نفعان برنامه می‌گردد. طراحی برنامه‌های آموزش مداوم با رویکرد برنامه‌ریزی علمی، ارزیابی برنامه‌ها را تسهیل کرده و اثربخشی آن‌ها را افزایش می‌دهد. به کارگیری روش‌های جدید تدریس و روش‌های نوین ارزشیابی به بهبود کیفیت برنامه‌های آموزش مداوم و افزایش اثربخشی آن‌ها کمک شایانی می‌نماید.

برنامه‌ریزان این عرصه قرار می‌دهند تا بتوانند برنامه‌ریزی‌های آتی برنامه‌های آموزش مداوم را با تکیه به آن تنظیم کنند. لذا با توجه به نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود که دبیران علمی این برنامه‌ها با اصول و فنون نیازسنجی و برنامه‌نویسی برای اجرای برنامه‌آشنایی بیشتری پیدا کنند تا بتوانند براساس نیازهای واقعی پزشکان و نیز با به کارگیری جذاب‌ترین شیوه‌های آموزش، برنامه‌های آموزش مداوم دانشگاه را به اجرا بگذارند و همچنین انجام نیازسنجی در

## References

- 1-Cottrell K. Innovations making CME more clinically relevant, attractive. CMAJ. 1997; 156(10): 1449-51
- 2-Samii F, Aslani A, Shari at Torbqan S. Accreditation of continuing medical education programs. [citd 2009 feb 16]. available from: <http://www.sid.ir/fa/ViewPaper.asp?ID=130448&varStr>
- 3-Miller SH, Thompson JN, Mazmanian PE, et al. Continuing medical education, professional development, and requirements for medical licensure:a white paper of the Conjoint Committee on CME. J Contin Educ Health Prof. 2008;28(2):95-98.
- 4-Moore DE, Green JS, Gallis HA. Achieving Desired Results and Improved Outcomes: Integrating Planning and Assessment, Throughout Learning Activities. J Contin Educ Health Prof. 2009; 29(1):1-15.
- 5-ACCME Essential Areas and Policies. Accreditation Council for CME Web site. [citd 2008 Dec 17]. available from: <http://www.accme.org>.
6. Leape LL, Berwick DM. Five years after To Err Is Human: what have we learned?. JAMA. 2005; 293(19):2384-2390.
- 7-Whittemore AD, Keenan M, Mihalich J, Watts B. Guidelines forCompetency-Based Hospital Credentialing. Boston, MA: Massachusetts Board of Registration in Medicine; 2008.
- 8-Havens C, Bellman P, Jayachandron K, Waters S. Measuring higher level outcomes. Alliance for CME Almanac. 2005;27(10):1-4.
- 9-Janssen-Noordman AM, Merrienboer JJ, van der Vleuten CP, Scherpbier AJ. Design of integrated practice for learning professional competences.Med Teach. 2006;28(5):447-452.
- 10-Davis D, Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education. Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behaviour or health outcome? JAMA. 1999;282:867- 874
- 11-Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, et al.Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA. 1995; 274(9): 700-705.
- 12-Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, et al. Evidence for the effectiveness of CME: a review of 50 randomized controlled trials. JAMA 1992; 268(9): 1111-1117.
- 13-Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Syst Rev 2001; (2).
- 14-Zahdpasha Y, Canaan J . Survey participants in university programs of continuing medical education programs. Medicine and purification. 1380; 42 :18-23.

- 15-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. *IJME*. 2007; 7 (1) :85-92.
- 16-Anbari Z, Factors motivating GPs to participate in continuing education programs in Arak University of Medical Sciences in 1381 *Journal of Medical Sciences* , Summer 1381, 5 (2 (19)) : 20-23.
- 17-Fox RD, Bennett NL. Learning and change: implications for continuing medical education. *BMJ*. 1998; 316(7129): 466-8.
- 18-Yaman H. Continuing medical education in Turkey: recent developments. *BMC Med Educ* 2002; 2: 6.
- 19-Peck C, McCall M, McLaren B, et al. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ* 2000; 320(7232): 432-5.
- 20-Quintaliani G, Zoccali C. Continuous medical education. *G Ital Nefrol* 2004; 21(4): 355-61.
- 21-Shahbaznezhad L, Ghafari Saravi V, Vahidshahi K, Pvrtyb S . General practitioners' views on the need and motivation of participants in educational programs and how to implement it. *Tabriz* 1384.
- 22-Abrahamson S, Baron J, Elstein AS, et al. Continuing medical education for life: eight principles. *Acad Med*. 1999; 74(12): 1288-94.
- 23-Gibson JM. Using the Delphi technique to identify the content and context of nurses' continuing professional development needs. *J Clin Nurs*. 1998; 7(5): 451-9
- 24-Norman GR, Shannon SI, Martin ML. The need for needs assessment in continuing medical education. *BMJ*. 2004; 328(7446): 999-1001.
- 25-Myers P. The objective assessment of general practitioners' educational needs: an under-researched area? *Br J Gen Pract*. 1999; 49(441): 303-7.
- 26-Ebadi A, Vanaki Z, Nhryr B. [Pathology continuing education programs in the medical community]. *SDME*. 2008; 4(2): 140-145. [Persian]
- 27-Shahidi Sh, Changiz T, Salmanzadeh H, Yousefy A. [Factors affecting the assessment of continuing education programs: Offering practical guide to choosing and using assessment models and techniques]. *Iranian Journal of Medical Sciences Education*. 2010;9(4): 321-329. [Persian]
- 28-Sadeghi M, Bakhshi H. [The Viewpoints of General Dentists of Rafsanjan and Kerman toward Continuing Education Program of Restorative Dentistry]. *Iranian j med Education*. 2008; 8(1): 63-9. [Persian]
- 29-Mirshahzade N, Tootoonchi M. [The quality of Books, Questions and method of self-learning in continuing medical Education: the viewpoints of self learning program's participants in Isfahan university of medical sciences]. *Iranian j med educat*. 2007; 7(1):129-36. [Persian]

# Assessment of Continuing Medical Education programs in Qazvin University of Medical Sciences during 2007 2011

\*Samiei Rad F, \*\*Ghasemi Z, \*\*\* Zangivand A.A, \*\*\*\*Taheri M

\* Department of Pathology, School of Medicine, Qazvin University of Medical Sciences, Iran

\*\* Ms of medical education, Qazvin University of Medical Sciences, Iran

\*\*\* Medical student, Qazvin University of Medical Sciences, Iran

\*\*\*\*Educational Development Center, Guilan University of Medical Sciences, Iran

Received: 2012/7/4

Accepted: 2012/8/25

## Abstract

**Introduction:** Continuous evaluation of the status of Continuing Medical Education (CME) programs as requirement always exist. The aim of this study was to determine the status of Continuing Medical Education (CME) programs in Qazvin University of Medical Science, between 2007 and 2011.

**Methods:** In this descriptive cross-sectional study, the data gathering tool were questionnaires including CME programs' features and characteristics. The collected data were analyzed using inferential and descriptive statistics through SPSS software.

**Results:** The results showed that the overall objective, specific objective, needs assessment, planning, implementation methods and evaluation program in accordance with scientific approach of program design were 100, 74.9, 100, 67.6, 56.5 and 40.7 respectively. Based on 64.7% of participants opinions, goal achievement of CME was high, also, 62.1% and 79.8% consider quality and performing of programs as well and very well. The main motivation for participating in CME programs was also reviewed the previous knowledge.

**Conclusion:** Implement CME programs with a scientific approach of program design (needs assessment, planning, implementation and evaluation), is requirement for CME activities.

**Key words:** Assessment, Continuing Education, Program

**Corresponding Author:** Ghasemi Z, MS of Medical Education, Qazvin University of Medical Sciences, Iran  
Z\_ghasemy@yahoo.com