

الگوی مطلوب ارتقای کیفیت محتوای آموزش مداوم پزشکان عمومی شمال غرب کشور
(یک مطالعه پدیدارشناسی)

بهرام جلیل زاده امین^۱ فرهاد نژاد ایرانی^{۲*} یوسف بیگزاده^۳ نادر بهلولی^۴

تاریخ وصول: ۱۴۰۰/۰۱/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۰۲

چکیده

پژوهش حاضر باهدف ارائه الگوی مطلوب ارتقای کیفیت محتوای آموزش مداوم پزشکان عمومی شمال غرب کشور در سال ۱۳۹۹ انجام شد. تحقیق حاضر از نوع آمیخته کیفی و کمی و از حیث هدف کاربردی و از نوع پدیدارشناسانه با نمونه‌گیری هدفمند تا رسیدن به اشباع ادامه یافت و جامعه آماری شامل ۲۰ نفر از اساتیدی بودند که به‌عنوان مدیر آموزش مداوم پزشکی دانشگاه هر استان بوده و یا در زمینه آموزش مداوم پزشکی بیش از ۵ سال سابقه تدریس را بر عهده داشتند و نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و ملاک محور مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته انجام گرفت. به‌منظور تدوین الگوی مطلوب ارتقاء کیفیت محتوای آموزش مداوم پزشکی از روش سنتز پژوهی و جهت اعتبارسنجی آن از پرسش‌نامه استفاده شده است. نتایج تحقیق نشان داد کلیه مؤلفه‌ها از طریق فرایند کدگذاری باز استخراج و سپس بر اساس فرایند کدگذاری گزینشی، کلیه مؤلفه‌ها بر اساس مفاهیم مشترک دسته‌بندی می‌شوند؛ از این رو باتوجه به فرایند کدگذاری حاصل از مرحله اول، به‌عنوان محتوا از آموزش مداوم پزشکی، باتوجه به کد هر مقاله پرداخته و سپس یافته‌های به‌دست آمده، در قالب یک الگوی کلی و جامع ترسیم شده‌اند که آموزش مداوم پزشکی بر اساس عنصر محتوا، به‌صورت مقوله‌های انعطاف‌پذیری محتوا، ارتباط منطقی، طراحی مناسب محتوا، استفاده از محتوای آموزشی خودآموز استفاده از محتوای مربوط به یادگیری ترکیبی تدوین گردید.

واژگان کلیدی: کیفیت آموزش، آموزش مداوم، آموزش پزشکی

^۱ دانشجوی دکتری گروه مدیریت دولتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب، بناب، ایران Bahram1156@gmail.com
^۲ استادیار گروه مدیریت دولتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب، بناب، ایران (نویسنده مسئول) farhadirani90@yahoo.com
^۳ استادیار گروه مدیریت دولتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب، بناب، ایران yousef.beighzadeh@gmail.com
^۴ استادیار گروه مدیریت دولتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب، بناب، ایران na.bohlooli@gmail.com

مقدمه

بسیاری از کشورها به این هدف توجه می‌کنند که کیفیت آموزش از اولیتهای آموزشی بوده و در حال تدوین استراتژی‌ها و سیاست‌هایی برای بهبود کیفیت آموزش در کشور هستند (بودیهاسرو^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). اکثر صاحب‌نظران ارزشیابی کیفیت را در آموزش عالی به‌ویژه در شرایط کنونی، به‌عنوان یک ضرورت مطرح می‌کنند و پرداختن به این امر را از مهم‌ترین راه‌های مقابله با چالش‌ها و مشکلات مبتلا به نظام آموزش عالی می‌دانند (محمدی و همکاران، ۱۳۸۷).

باتوجه به تغییرات در عرصه جهانی و در نتیجه در آموزش عالی، آموزش با هر کیفیتی مورد قبول نیست و دانشگاه به‌عنوان یک‌خرده سیستم از کل آموزش عالی باید بتواند در داخل و خارج به‌عنوان یک مکمل نقش خود را ایفا کند. امروزه اغلب دانشگاه‌ها دریافته‌اند که کیفیت خدمات آموزشی خود را ارتقاء دهند (ووس^۲، ۲۰۰۷). کیفیت آموزشی مجموعه ویژگی‌های از قبیل استاندارد بودن، بی‌عیب و نقص بودن، ترکیب مناسب و با قواره بودن، دوام و پایداری مطلوب، اثرات سازنده و غیره ... آموزش که به فراگیر توانایی می‌دهد تا بتواند نیازهای بیان‌شده از قبیل رضایت را تأمین نماید (رحیمی، ۱۳۸۶). کیفیت آموزشی به‌عنوان یکی از محرک‌های قدرتمند و اثبات‌شده برای اطمینان از توسعه پایدار شناخته‌شده است که می‌تواند در زمینه‌های مختلف آموزشی، رسمی و غیررسمی اعمال شود و می‌تواند مزایای متعددی را برای عموم مردم ایجاد کند (گنزالس^۳ و همکاران، ۲۰۲۰).

ضرورت توجه به کیفیت و ارتقای آموزش از رهگذر انجام ارزیابی آموزشی احساس شده است. به‌طوری‌که صاحب‌نظران، بهبود کیفیت برنامه‌های آموزشی را هدف اصلی ارزیابی دانسته‌اند و بر این باورند که اگر ارزیابی و کنترل کیفیت به‌خوبی اجرا شود موفقیت برنامه‌های آموزشی را تضمین خواهد نمود. به هر میزان که سازمان آموزشی، فعالیت‌های خود را برابر هدف‌ها و برنامه‌های آموزشی و پژوهشی تهیه و تنظیم و اجرا کند آن مؤسسه آموزش عالی به استانداردهای کیفیت نزدیک‌تر بوده، کوتاهی و سستی در امر مدیریت و سازماندهی مرکز آموزش عالی، همین‌طور کوتاهی در ارائه فعالیت‌های یاددهی - یادگیری اعضای هیئت‌علمی و نبود پویایی و اثربخشی محتوا و برنامه‌های آموزشی، آوردگاه افت شاخص‌های کیفی و بازدارنده تحقق هدف‌های آموزشی و پژوهشی واحد دانشگاهی است. امروزه اهمیت آموزش عالی باکیفیت بالا در رشد و توسعه فرهنگی، اجتماعی، و اقتصادی کشور بر هیچ‌کس پوشیده نیست. بحث در موضوع بهبود و ارتقای کیفیت آموزشی، خصوصاً در دانشگاه‌ها، کاری دشوار است، زیرا در این مسیر بایستی عواملی متعدد را بررسی نمود (دستور، ۱۳۹۷). مهم‌ترین مسئله در فرایند آموزش رعایت استانداردهای آموزشی چه در بخش‌های مدیریتی و ساختاری و چه در بخش‌های ارائه محتواست (منوچهری دزکی و همکاران، ۱۳۹۷). آموزش مداوم به‌عنوان یک ضرورت در جهان مطرح است. برای تدوین برنامه‌های آموزشی در گام اول باید نیازهای آموزشی را به‌درستی شناسایی و اولویت‌بندی نمود (برومند و همکاران، ۱۳۹۹).

¹ Budihasro

² Vose

³ Gonzalez

آموزش مداوم پزشکی به فعالیت‌هایی که بعد از فارغ‌التحصیلی برای افزایش دانش و مهارت و شایستگی حرفه‌ای جهت ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت طراحی می‌گردند، گفته می‌شود. این برنامه‌ها برای کمک به حفظ و گسترش اطلاعات پزشکی حرفه‌ای، هماهنگ با توسعه و پیشرفت تکنولوژی برگزار می‌گردند (عطایی و همکاران، ۱۳۹۹). با توجه به اینکه علم پزشکی همواره در حال پیشرفت است، برنامه‌های آموزشی مداوم طراحی شده‌اند تا اطمینان حاصل شود که همه شاغلان در حرفه‌های پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی با پیشرفت‌های جدید به‌روز شوند؛ بنابراین هدف نهایی آموزش مداوم پزشکی ایجاد تغییرات عملکردی و رفتاری در پزشکان در جهت بهبود فعالیت حرفه‌ای است. هرچند مطالعات انجام‌شده، پزشکان برنامه‌های آموزشی مداوم مدون در حال اجرا با روش‌ها و شرایط فعلی را به میزان اندکی مفید و قابل استفاده دانسته‌اند.

در عصر امروزی کارکنان نیاز دارند به‌طور مداوم در معرض یادگیری قرار گیرند و سازمان باید فرصت یا کسب یادگیری را برای کارکنان تسهیل و فراهم کند یکی از بهترین راه‌های افزایش فرصت برای آموزش در عصر کنونی استفاده از فناوری آموزشی و روش‌های آموزش از راه دور مانند آموزش الکترونیکی و آموزش خواهد بود استفاده از فناوری‌های آموزشی باعث یادگیری در سطوح بالاتر شناختی شده و زمینه کاربردی کردن آموزش را برای حل مسائل به وجود می‌آورد. اینترنت و وب گسترده جهانی فرصت‌های آموزش منعطف، راحت و تعاملی را برای فراگیران به ارمغان آورده است و جامعه آموزش مداوم پزشکی نیز یکی از طرفداران استفاده از این روش‌های آموزشی است. آموزش مداوم کارکنان سازمان، یکی از اساسی‌ترین و پایدارترین روش‌های رشد و تکوین فرد و سازمان است. آموزش نیروی انسانی منجر به پرورش استعداد‌های افراد، ارتقای روش‌ها و فنون انجام کار، فراگیری دانش و افزایش مهارت‌های شغلی و جلوگیری از اتلاف هزینه برای سازمان می‌شود (روخل، ۲۰۱۰، ۱).

پیشرفت سریع علوم پزشکی و فناوری، تغییرات ایجادشده در ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی، گستردگی آموزش مداوم پزشکی از لحاظ تعداد افراد در این جامعه، پراکندگی و نیازهای مختلف آن‌ها لزوم آموزش مداوم پزشکی را ضروری می‌سازد. یکی از مهم‌ترین چالش‌ها در رابطه با طراحی مطلوب محتوای آموزشی دوره‌ها و برنامه‌های یادگیری الکترونیکی بر اساس اصول، الگوها و راهبردهای آموزشی مناسب است در واقع هدف طراحی آموزش، ارتقاء عملکرد کارکنان و افزایش کارآمدی و اثربخشی سازمانی است و به‌عنوان یک قلمرو علمی که به چگونگی ارائه موفقیت‌های آموزشی در جهت تحقق یادگیری در سازمان می‌پردازد از نقش بسزایی برخوردار است (فرد دانش، ۱۳۸۴)؛ لذا آموزش علوم پزشکی باهدف حفظ و ارتقای سلامت انسان در جهت تربیت نیروی انسانی متخصص اهمیت فراوانی دارد و آموزش پزشکی فرایندی پایان‌ناپذیر است چراکه علوم پزشکی و دستاوردهای آن‌ها با سرعت بالایی در حال پیشرفت است. آموزش مداوم تیم پزشکی یک عنصر کلیدی در افزایش دانش، مهارت، کیفیت و اثربخشی سیستم بهداشتی درمانی و ارتقای شایستگی حرفه‌ای است و پزشکان می‌توانند تجربیات متخصصان ناحیه، کشور، یا کل دنیا را با فناوری‌های جدید آموزشی کسب نمایند. از این‌رو توجه به اهمیت کیفیت آموزشی مداوم و ارتقاء آن یک امر بسیار ضروری است (اسدی لویه و همکاران، ۱۳۹۵).

آموزش مداوم پزشکی به عنوان یکی از پایه های حرفه ای گری یک تعهد مادام العمر پزشکان است. حرفه ای گری ریشه ای عمیق در دانش، مهارت ها و خصوصیات رفتاری داشته و قویا نیاز به تقویت مداوم، تجدید و نوآوری دارد. آموزش مداوم پزشکی به عنوان فعالیت های آموزشی که کمک به حفظ، توسعه و افزایش دانش، مهارت ها و عملکرد حرفه ای و ارتباطاتی که یک پزشک در ارائه خدمت به بیماران، جامعه و حرفه خود به کار می گیرد تعریف شده است. آموزش مداوم به منظور ارائه دانش در حال گسترش فنون جدید و جهت دهی نوین برای تمامی مراقبین بهداشتی حیاتی است (عبادی، ۱۳۸۶)؛ لذا از سال ۷۵ با شروع برنامه پنج ساله دوم ارتقاء کیفیت هدف اصلی آموزش مداوم کشور قرار گرفت، لذا این پژوهش درصد آن است که با شناسایی وضعیت موجود برنامه آموزش مداوم پزشکی و تعیین کیفیت مطلوب را از بعد محتوا شناسایی نموده و بتواند الگوی مطلوب ارتقاء کیفیت محتوای آموزش مداوم در دانشگاه علوم پزشکی شمال غرب کشور را طراحی و تعیین نماید.

گسترش کمی نظام آموزش عالی، بدون توجه به توسعه کیفی، پیامدهایی همچون افت تحصیلی، تحلیل رفتگی آموزشی، وابستگی علمی، فرار مغزها، نبود کارآفرینی و ضعف تولید دانش را در پی خواهد داشت (حاتمی فر و همکاران، ۱۳۹۲)؛ بنابراین، مسئله ارتقای کیفیت در آموزش عالی همواره مورد توجه بوده است و روزبه روز هم اهمیت بیشتری پیدا می کند و براین اساس، کشورهای مختلف سعی در توسعه بیشترین اقلام بودجه در زمینه کیفیت آموزشی دارند (جمال زاده و همکاران ۲۰۱۳). ارزیابی دانشجویان از کیفیت آموزش ارائه شده نتایج مفیدی را برای تصمیم گیری اساسی نظیر بازخورد تشخیصی به دانشگاه ها در خصوص عملکرد استادان، انتخاب و گزینش استادان برجسته و استفاده از اطلاعات به دست آمده برای راهنمایی دانشجویان در انتخاب درس ها با استادانی که از شایستگی علمی برخوردارند، در اختیار مسئولان نظام قرار می دهد. بازخوردهای دانشجویان اطلاعات ویژه ای را در اختیار مسئولان آموزش قرار می دهد و آن ها می توانند در بهبود کیفیت عملکرد و اثربخشی خود از آن بهره مند شوند. در این خصوص ارزیابی کیفیت خدمات، به ویژه خدمات آموزشی، از جمله گام های اساسی در تدوین برنامه های ارتقای کیفیت محسوب می شود (فیلی و همکاران، ۲۰۰۷). به اعتقاد سیلور «کیفیت آموزشی به معنای حذف خطاها و اجتناب از اشتباهات، ارائه خدمات کامل مؤسسه و کادر آموزشی، بهبود دائمی جریان تدریس و یادگیری و ... است». از نظر یونسکو کیفیت در آموزش مفهومی چندبعدی است که به میزان وضعیت محیطی نظام دانشگاهی، مأموریت یا شرایط و استانداردهای رشته دانشگاهی بستگی دارد (تبرسا، حسن وند، مفرد و عارف نژاد، ۱۳۹۲). در مطالعه ای که (چوا، ۲۰۰۶) در خصوص کیفیت خدمات آموزشی دانشگاه رابرسون در تورنتو کانادا انجام داد، در بعد تضمین بیشترین شکاف منفی کیفیت مشاهده شد. نتایج مطالعه (روبی، ۲، ۱۹۸۸) در خصوص رضایت دانشجویان از کیفیت خدمات

1. Chua

2. Ruby

آموزشی نشان داد که به جز بعد فیزیکی که دارای شکاف مثبت است، در سایر ابعاد خدمات شکاف منفی کیفیت وجود دارد. در سال‌های اخیر کیفیت آموزشی از موردهای مهم و قابل توجه در نظام‌های آموزشی شده است. نگاهی به دگرگونی‌های نظام آموزش عالی کشور در دو دهه گذشته، از نظر جمعیت دانشجویی، گویای رشد کمی و کم‌توجهی به ارتقای کیفی آن است. بهبود و ارتقای کیفیت آموزشی نیازمند یک سازوکار مناسب است (رحیمی و همکاران، ۱۳۸۱). در پژوهشی که توسط لاگروسن^۱ و همکارانش با عنوان بررسی ابعاد کیفیت در آموزش عالی انجام گرفت، ۱۱ جنبه کیفیت شناسایی شد: همکاری جمعی، اطلاعات و پاسخ‌گویی، موضوعات درسی پیشنهادی، تسهیلات دانشگاه، فعالیت‌های مربوط به تدریس، ارزیابی‌های درونی، ارزیابی‌های بیرونی، تسهیلات رایانه‌ای، همکاری و مقایسه عوامل پس از مطالعه و منابع کتابخانه‌ای. داده‌های به‌دست‌آمده نشان داد که ۷ جنبه از ۱۱ جنبه کیفیت، میانگین بالاتر از ۵ در مقیاس هفت درجه‌ای دارند. در پژوهشی که توسط لوماس^۲ در کالج سلطنتی لندن انجام گرفت، نشان داد که هیچ دارویی که بتواند همه دردهای کیفیت را شفا دهد وجود ندارد و باید فرهنگ کیفیت، اهمیت آموزش، کیفیت بالای مربیان جدید، رشد حرفه‌ای مستمر آنان، بررسی دقیق تدریس اساتید و توسعه رهبران تحولی که استراتژی‌های مدیریتی را به‌طور اثربخش تغییر دهند، مورد تأکید قرار گیرد.

برنامه آموزش مداوم جامعه پزشکی باهدف افزایش دانش و مهارت در سال ۱۳۲۳ میلادی در جهان و در ایران از سال ۱۹۱۳ با تصویب قانون در مجلس آغاز گردیده است (اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی، صفحه اصلی) در زمینه آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۱ پیش‌بینی شده که کامپیوترها جزو اجتناب‌ناپذیر سیستم آموزش پزشکی خواهند بود. به دلیل گستردگی مشمولین آموزش مداوم، نداشتن فرصت‌های یکسان یادگیری، تنوع موقعیت جغرافیایی و شغلی، علائق یادگیری متفاوت، رشد گسترده روش‌های تشخیص و درمان، تغییر در دیدگاه جامعه، همگی نیاز به اتخاذ روش‌های آموزشی مؤثر و کارا را دارند. در مطالعه‌ای که توسط دیوید و همکارانش در سال ۱۳۳۳ انجام گرفت نشان داده شد که جلسات تدریس با استفاده از روش‌های سنتی آموزش در تغییر عملکرد پزشکان مؤثر نبوده است؛ بنابراین جایگاه طراحی آموزش و تدریس در این حوزه از اهمیت خاصی برخوردار است.

در گذشته آموزش مداوم جامعه پزشکی از دوره‌های قبل طراحی شده، سخنرانی و جلسات دیگر به‌صورت فعالیت‌های بیش‌ازحد رسمی استفاده می‌کرد که از یکدیگر بسیار جدا بودند و اغلب به‌ویژه با مسائل خدمات بهداشتی درمانی و شرایط کارکنان آن مرتبط نبودند. رویکرد کنونی آموزش مداوم بر اساس نیازهای کارکنان است. در نتیجه آموزش به‌صورت مستقیم باکاری که باید انجام شود یا مسئله‌ای که باید حل شود و وظایف روزمره مرتبط است. کارکنان باید قادر به مشاهده اشتباهات کاری خود، تشخیص روش‌های ناقص و یادگیری از اشتباهات دیگران باشند. اکنون در بیشتر کشورها کارکنان خدمات بهداشتی درمانی قادر هستند که اطلاعات لازم در مورد همه‌گیرشناسی را به‌وسیله کامپیوترها دریافت نموده و از این طریق به یادگیری ضمن خدمت بپردازند. علاوه بر این مشاورانی وجود دارند که در رابطه با مواجهه با مسائل دشوار، مشاوره لازم را به کارکنان می‌دهند. آموزش مداوم جامعه پزشکی باید خصوصیات

1. Lagrosen

2. Lomas

ویژه و شرایط یادگیرندگان را در نظر داشته باشد. توانمندی در یادگیری مستقل مهارتی است که از هر متخصص بهداشتی درمانی انتظار می‌رود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر؛ آمیخته (کیفی و کمی) از نوع اکتشافی متوالی است. بدین ترتیب که ابتدا بخش کیفی پژوهش انجام شده و متناسب با آن بخش کمی تحقیق هدایت می‌شود. در بخش کیفی برای تعیین ارائه الگوی مطلوب ارتقای کیفیت محتوای آموزش مداوم پزشکان عمومی شمال غرب کشور از روش سنتز پژوهی (بررسی منابع و پژوهش‌های انجام شده و تحلیل محتوای کیفی آن و تحلیل اسناد و مستندات مرتبط) استفاده شد. به عبارتی، با روش کیفی سنتز پژوهی نمونه اولیه الگوی پیشنهادی طراحی خواهد شد. سپس مجدداً در بخش کمی، الگوی طراحی شده در قالب پرسش‌نامه طراحی و در اختیار صاحب‌نظران قرار گرفته تا به صورت کمی اعتبارسنجی خواهد شد. در بخش کیفی پژوهش برای تعیین میزان روایی چک‌لیست‌های محقق ساخته پس از طراحی در اختیار اساتید راهنما و مشاور و سایر اساتید حوزه آموزش پزشکی قرار گرفت و بر اساس پیشنهادهای ارائه شده، چک‌لیست نهایی خواهد شد. برای تعیین ضریب پایایی ابزار نیز به این صورت عمل خواهد شد که تعداد واحدهایی که در یک طبقه‌بندی کدگذاری می‌شود بر مجموع کل تعداد واحدهای کدگذاری شده تقسیم می‌شود. از آنجایی که در تحلیل محتوا ملاک منطقی برای قضاوت درباره ضریب پایایی وجود ندارد. چنانچه ضریب به دست آمده از ۰.۶۰ بیشتر باشد از نظر متخصصین قابل قبول است. برای تعیین روایی سؤالات مصاحبه از روایی صوری و برخورداری از نظرات اساتید استفاده شد. جامعه آماری برای اعتبار یابی الگو نیز شامل سی نفر از استادان و صاحب‌نظران آموزش مداوم جامعه پزشکی و برنامه‌ریزی درسی بودند که معیارهای انتخاب آنها آورده شد. معیارهای ورود به مطالعه، دارا بودن مدرک تحصیلی مرتبط، دانش تجربه تدریس با یادگیری در دوره‌های آموزش حضوری و الکترونیکی برنامه آموزش مداوم جامعه پزشکی، آگاهی از دانش موضوعی در زمینه موضوع مربوط، در دسترس بودن، آشنایی لازم با فرایند طراحی آموزشی و برنامه‌ریزی درسی، تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن توانایی تحلیل و فن بیان بود. برای طراحی الگوی مطلوب نیز با استفاده از روش سنتز پژوهی و با تأکید بر پژوهش نظریه‌ای بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شد به طراحی الگو پرداخته شد. برای شناسایی وضعیت مطلوب ارتقاء کیفیت آموزش مداوم پزشکان عمومی شمال غرب کشور از طریق بررسی و مطالعه مبانی نظری آموزش پزشکی و مطالعه تجارب سایر کشورها و اطلاعات جمع‌آوری شده در مرحله اول، سعی گردید ویژگی‌ها و ماهیت وضعیت مطلوب نیز تبیین گردد؛ لذا در این مرحله با بهره‌گیری از فنون مختلفی چون مرور اسناد و مدارک و همچنین از طریق مصاحبه با اساتید که در آموزش پزشکی بیش از پنج سال سابقه تدریس دارند عناصر الگوی مطلوب آموزش پزشکی مداوم فراهم و الگوی مطلوب طراحی خواهد شد. در ارائه الگوی برنامه درسی، مراحل هفت‌گانه زیر برای سنتز پژوهی طی خواهد شد:

- ۱) بازنگری و تحلیل مفهومی عناصر اصلی
- ۲) شناسایی خوشه‌های اطلاعات برای الگوی مطلوب بر اساس الگوهای تحلیل مفهومی
- ۳) در کنار هم قرار دادن اطلاعات در درون هر دسته
- ۴) چرخه‌ای مکرر از تحلیل/ترکیب تا دسته‌ها به اعتبار لازم برسند و بیانیه نهایی به دست آید.
- ۵) مرتب کردن دسته‌ها برای کاربست موردنظر
- ۶) تفسیر مطالب ترکیبی.

پس از تبدیل مصاحبه‌ها به داده‌های متنی و انجام دادن تحلیل اولیه، فرایند اجرای کار به آنها ارسال و از استخراج اطلاعات مناسب، از داده‌های اصلی مصاحبه اطمینان حاصل شد. همچنین مصاحبه‌های کدگذاری شده در اختیار سایر پژوهشگران خبره در زمینه پژوهش قرار گرفت و بازخوردهای اصلاحی دریافت و اعمال شد. درباره ملاک قابل انتقال بودن، به منظور اطمینان تعمیم یافته‌ها به سایر مخاطبان و پاسخگویان، از روش نمونه‌گیری هدفمند نظری و نیز توصیف جامع و کامل استفاده شد. در خصوص ملاک قابل ارتباط بودن، به منظور اطمینان از ثبات یافته‌ها در طول زمان، از روش بازبینی هم‌تایان و سایر مخاطبان مرتبط و راهبرد کدگذاری باز استفاده شد. در این راستا، فرایند تحلیل و الگوی نهایی در اختیار خبرگان قرار گرفت و تأیید آنها دریافت شد. همچنین داده‌های کدگذاری شده، بار دیگر کدگذاری و نتایج هر دو باهم مقایسه شد. سطح توافق کدگذاری، نشان از مرتبط بودن بالای بررسی کیفی بود. در خصوص ملاک قابل تأیید بودن، به منظور اطمینان از تأیید داده‌های به دست آمده از سوی سایر پژوهشگران و نیز مشتق شدن داده‌ها و تفسیر یافته‌ها از پژوهش و نه از تحلیل پژوهشگران، از فنون بررسی ممیزی، اسناد بازیابی و زاویه‌بندی استفاده شد. بر اساس بررسی ممیزی و اسناد بازیابی، با ثبت مصاحبه‌ها و تحلیل آنها فرایند و برآیند دستیابی به نتایج نشان داده شد. همچنین از طریق زاویه‌بندی، همسویی و هم‌پوشی یافته‌ها با نتایج سایر پژوهشگران مشخص شد.

جدول ۱: نحوه تجزیه و تحلیل سؤالات تحقیق

سؤالات پژوهش	جامعه و نمونه آماری	روش تجزیه و تحلیل
	پیشینه تحقیق، مطالعه مبانی نظری و پایه‌های تئوریک، مطالعه تحقیقات	
- الگوی مطلوب ارتقاء کیفیت محتوا آموزش مداوم پزشکی چه ویژگی‌ها و مختصاتی دارد؟	انجام شده در داخل و خارج، مطالعه تجربه جهانی، در زمینه آموزش مداوم پزشکی مطالعه الگوهای موجود در زمینه آموزش پزشکی مداوم و استفاده از مصاحبه نیمه ساختارمند	سنتر پژوهی با تأکید بر پژوهش نظریه‌ای

جامعه آماری اساتیدی که به عنوان مدیر آموزش مداوم پزشکی دانشگاه - اعتبارسنجی الگوی بهینه برنامه هر استان و یا درزمینه آموزش مداوم درسی کلاس های چندپایه به چه میزان پزشکی بیش از ۵ سال سابقه تدریس پرسش نامه به صورت کمی و را برعهده دارند و نمونه گیری مصاحبه ای است؟ به صورت هدفمند و ملاک محور انجام شد.

بحث و یافته ها

در پژوهش حاضر ابعاد اصلی مورد مطالعه در الگوی نهایی پژوهش، شامل عنصر محتوا معرفی شد. این بعد پس از کدگذاری محتوای مصاحبه های صورت گرفته با صاحب نظران به دست آمد. برای تحلیل نهایی در این پژوهش از یافته های ۲۰ تحقیق علمی استفاده شده که در جدول ۲ ویژگی های این تحقیقات بر اساس کد مقاله، نام محققین، سال انتشار و تعریف عملیاتی هر پژوهش از عناصر آموزش مداوم پزشکی قابل ملاحظه است.

جدول ۲: ویژگی های اولیه تحقیقات مورد بررسی و ارائه نتایج اصلی تحقیقات بر اساس کدگذاری باز

کد	محقق	سال	گویه
28	هانگ، ما و زئو	2008	طراحی نامناسب محتوای آموزشی در دوره آموزش مداوم
30	لیدی	2020	جذابیت طراحی محتوای آموزشی دوره به لحاظ گرافیکی
31	رامانو و نوگی	2008	شخصی سازی طراحی سامانه بر اساس جذابیت های بصری یادگیرنده
32	تراپ	2006	بیان صریح و مدون اهداف آموزشی به صورت صریح و مدون
38	لین	2017	توجه به رویکردهای طراحی محتوای دوره
66	بولنز، ونوت و دوور	2018	سطح پشتیبانی کتابخانه ای
67	کارمن	2002	امکان دسترسی محدود به یادگیرنده و توانایی ایجاد مانع در برابر دسترسی های ناخواسته دیگران
68	جودوور	2015	سطح محرمانگی هر گونه اطلاعات تحصیلی یادگیرندگان
86	هانگ، ما و زئو	2008	کم بودن همایش، کنگره، کنفرانس داخلی مبتنی بر مقاله، سخنرانی، پوستر، میزگرد و Case Report
87	جودسی	2020	کم بودن همایش (کنگره، کنفرانس) بین المللی
88	لیدی	2020	میزان سمینار (هم اندیشی) مبتنی بر بیان تازه های علمی، مبادله تجربیات و تجدید

اطلاعات			
89	رامانو و نوگی	2008	میزان کارگاه آموزشی جهت تقویت مهارت‌های حرفه‌ای شرکت کنندگان
90	تراپ	2006	میزان دوره‌های آموزشی کوتاه‌مدت حرفه‌ای (با حداقل یک‌دوم ساعات دوره به صورت بالینی و عملی)
91	تروح	2020	امکان ملاقات‌هایی الکترونیکی یادگیرندگان با هم و با استادان در دوره‌های آموزش مجازی پزشکی
92	یوئن	2011	سطح تشکیل کلاس‌های مجازی (در قالب LMSها)
93	والویس	2019	میزان همایش (کنگره، کنفرانس) تحت وب
94	آنی	2014	سطح ارسال و دریافت پیام‌های آموزشی فوری
95	بارت	2007	استفاده از اپلیکیشن‌های آموزشی موبایلی
99	کرسول و کلارک	2017	استفاده از محتوای آموزشی خودآموز در قالب‌های پادکست، تصویری و تلفیقی
100	هانگ و زئو	2008	دسترسی به کتاب‌های الکترونیکی (E-book) و محتوای خودآموز آموزشی

متنی

از مطالعات موجود در زمینه آموزش مداوم پزشکی در قالب سنتز پژوهی استفاده شد. بر اساس بررسی و تحلیل مطالعات انجام شده و نتایج به دست آمده از خبرگان و صاحب نظران، بر اساس مدل‌ها انتخاب شد. بعد از ارزیابی در مدل‌ها به بعد ارزیابی و بازخورد تغییر یافت. اما بسته به مقتضیات آموزش مداوم جامعه پزشکی در ایران و برحسب توصیه صاحب نظران عنصر محتوا در الگویی نهایی اضافه شد. در جدول زیر نتایج مربوط به سنتز پژوهی ارائه شده است:

سؤال: کیفیت مطلوب محتوای آموزش مداوم پزشکان عمومی شمال غرب کشور چگونه است؟

باتوجه به یافته‌های حاصل از تحقیقات مرتبط با هدف پژوهش در جدول ۱، ابتدا کلیه مؤلفه‌ها از طریق فرایند کدگذاری باز استخراج و سپس بر اساس فرایند کدگذاری گزینشی، کلیه مؤلفه‌ها بر اساس مفاهیم مشترک دسته‌بندی می‌شوند؛ از این رو باتوجه به فرایند کدگذاری حاصل از مرحله اول، در این بخش به عنصر محتوا از آموزش مداوم پزشکی، باتوجه به کد هر مقاله پرداخته و سپس یافته‌های به دست آمده، در قالب یک الگوی کلی و جامع ترسیم شده‌اند.

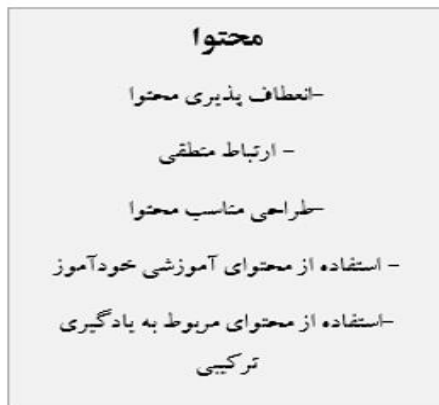
جدول ۳: کیفیت مطلوب محتوای آموزش مداوم پزشکی

عنصر	ویژگی‌ها
محتوا	توجه به رویکردهای طراحی محتوای دوره (۲۸)، انعطاف‌پذیری محتوای دوره (در صورت به روز نبودن) جهت تغییر و تعدیل آن (۲۹)، ارتباط منطقی، میان یک جلسه دوره با جلسات بعدی به لحاظ محتوای جلسات (۳۰)، طراحی مناسب مواد و منابع دوره آموزش مداوم (۳۱)، طراحی مناسب محتوای آموزشی در دوره آموزش مداوم (۳۲)، جذابیت طراحی صفحات وب آموزشی به لحاظ گرافیکی (۳۸)، جذابیت طراحی محتوای آموزشی دوره به لحاظ گرافیکی (۶۶)، شخصی‌سازی طراحی سامانه بر اساس جذابیت‌های بصری یادگیرنده (۶۷)، بودن سطح خدمات پیش ثبت نام، مانند اطلاع‌رسانی به موقع برگزاری دوره آموزشی (۶۸)،

تشکیل جلسات آشنایی، راهنمایی و ارائه مشاوره های اولیه (۸۶)، سطح و میزان تهیه و تدوین کتب و نشریات ویژه دوره آموزشی (۸۷)، بودن سطح پشتیبانی کتابخانه ای (۸۸)، بودن میزان سمینار (هم اندیشی) مبتنی بر بیان تازه های علمی، مبادله تجربیات و تجدید اطلاعات (۸۹)، بودن میزان کارگاه آموزشی جهت تقویت مهارت های حرفه ای شرکت کنندگان (۹۰)، بودن میزان دوره های آموزشی کوتاه مدت حرفه ای (با حداقل یک دوم ساعات دوره به صورت بالینی و عملی) (۹۱)، امکان ملاقات های الکترونیکی، یادگیرندگان با هم و با استادان در دوره های آموزش مجازی پزشکی (۹۲)، بودن سطح تشکیل کلاس های مجازی (در قالب LMS ها) (۹۳)، بودن میزان همایش (کنگره، کنفرانس) تحت وب (۹۴)، بودن سطح ارسال و دریافت پیام های آموزشی فوری (۹۵)، استفاده از محتوای آموزشی خودآموز در قالب های پادکست، تصویری و تلفیقی (۹۹)، دسترسی به کتاب های الکترونیکی (E-book) و محتوای خودآموز آموزشی متنی (۱۰۰)

همان طور که در شکل شماره ۱ مشاهده می شود، در پژوهش حاضر بعد اصلی مورد مطالعه در الگوی نهایی پژوهش، شامل عنصر محتوا معرفی شد. این بعد پس از سنتز پژوهی و کدگذاری محتوای مصاحبه های صورت گرفته با صاحب نظران به دست آمدند

به منظور تعیین اعتبار الگوی پیشنهاد شده آنچه که به عنوان یک الگو پیشنهاد شده است، به اساتید، کارشناسان و متخصصان موضوعی ارائه شد و نظرات آنها به وسیله پرسش نامه باز پاسخ جمع آوری و نتایج آن بر اساس روش تحلیل مضمون، تحلیل شد و مشخص گردید تا چه اندازه با محتوای الگوی مطلوب کیفیت آموزش مداوم پزشکی موافق هستید؟ انتقادات و پیشنهادها خود را در صورت لزوم اعلام بفرمایید؟ ۹۳٪ از متخصصان، محورهای پیشنهادی در این الگو را کافی دانسته اند و بیان کردند که تقریباً تمامی محورهای مرتبط با الگوی مطلوب، مورد توجه قرار گرفته است و مطابق اصول حاکم با آموزش مداوم پزشکی است.



شکل ۱: الگوی مطلوب کیفیت محتوا آموزش مداوم پزشکی

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های مربوط به سؤال تحقیق نشان داد که کیفیت مطلوب محتوای آموزش مداوم پزشکان عمومی شمال غرب کشور دارای ویژگی‌های زیر است:

توجه به رویکردهای طراحی محتوای دوره، انعطاف‌پذیری محتوای دوره (در صورت به‌روز نبودن) جهت تغییر و تعدیل آن، ارتباط منطقی، میان یک جلسه دوره با جلسات بعدی به لحاظ محتوای جلسات، طراحی مناسب مواد و منابع دوره آموزش مداوم، طراحی مناسب محتوای آموزشی در دوره آموزش مداوم، جذابیت طراحی صفحات وب آموزشی به لحاظ گرافیکی، جذابیت طراحی محتوای آموزشی دوره به لحاظ گرافیکی، شخصی‌سازی طراحی سامانه بر اساس جذابیت‌های بصری یادگیرنده، بودن سطح خدمات پیش ثبت‌نام، مانند اطلاع‌رسانی به‌موقع برگزاری دوره آموزشی، تشکیل جلسات آشنایی، راهنمایی و ارائه مشاوره‌های اولیه، سطح و میزان تهیه و تدوین کتب و نشریات ویژه دوره، بودن سطح پشتیبانی کتابخانه‌ای، بودن میزان سمینار (هم‌اندیشی) مبتنی بر بیان تازه‌های علمی، مبادله تجربیات و تجدید اطلاعات، بودن میزان کارگاه آموزشی جهت تقویت مهارت‌های حرفه‌ای شرکت‌کنندگان، بودن میزان دوره‌های آموزشی کوتاه‌مدت حرفه‌ای (با حداقل یک‌دوم ساعات دوره به‌صورت بالینی و عملی)، امکان ملاقات‌های الکترونیکی، یادگیرندگان با هم و با استادان در دوره‌های آموزش مجازی پزشکی، بودن سطح تشکیل کلاس‌های مجازی (در قالب LMSها)، بودن میزان همایش (کنگره، کنفرانس) تحت وب، بودن سطح ارسال و دریافت پیام‌های آموزشی فوری، استفاده از محتوای آموزشی خودآموز در قالب‌های پادکست، تصویری و تلفیقی، دسترسی به کتاب‌های الکترونیکی (E-book) و محتوای خودآموز آموزشی متنی.

نتایج این پژوهش با سایر پژوهش‌های داخل و خارج کشور هم‌پوشی و همسویی داشت. در این پژوهش مؤلفه‌های محتوای آموزشی مورد استفاده و پشتیبانی از منابع درسی با قرارگرفتن در دو بعد مدیریت آموزشی و پداگوژی مورد تأکید قرار گرفته‌اند. به عبارت دیگر محتوای درسی یکی از منابعی است که باید به‌درستی تهیه و در اختیار فراگیران آموزش مداوم جامعه پزشکی قرار گیرد. بر اساس این الگو، پشتیبانی‌کنندگان دوره آموزش مداوم باید انواع منابع و مواد یادگیری را برای یادگیری مخاطبان دوره‌های آموزش مداوم جامعه پزشکی تدارک ببینند. مواد و منابع یادگیری به دانشجویان امکان می‌دهد تا دیدگاه‌های متفاوتی را نسبت به موضوع یادگیری ملاحظه کنند و دید جامعی درباره آنها به دست آورند (اکبری بورنگ و همکاران، ۱۳۹۵).

ابعاد و مؤلفه‌های مورد مطالعه در این پژوهش با نتایج تحقیق میر مقتدایی و احمدی (۱۳۹۸) و برقی و همکاران (۱۳۹۳) همسو بود. همچنین وین (۲۰۱۱) نیز بر چهار مؤلفه اصلی در تدریس تأکید می‌کند: تدارک منابع یادگیری آنلاین به صورت متنوع و گسترده، استفاده از پداگوژی‌های سازنده‌گرایی و ترغیب‌کننده یادگیری فعال، استفاده از ظرفیت‌های تعاملات حضوری و الکترونیکی هم‌زمان و ناهم‌زمان و استفاده از شیوه‌های متنوع در مدیریت و ارائه محتوای دوره آموزشی تأکید دارد.

طبق تحقیقات انجام شده در سال‌های گذشته مشخص شده است که با وجود این‌که دوره‌های آموزش مداوم پزشکی متداول، دانش شرکت‌کنندگان را افزایش می‌دهند ولی تأثیر اندکی بر رفتار جامعه پزشکی و در نهایت بهبودی بیماران دارند (پترسون و همکاران، ۱۳۳۳: ۱۳۵۳). از طرف دیگر دوره‌های آموزش مداوم الکترونیکی جامعه پزشکی جذاب‌تر است، نه تنها به این علت که در هر زمان و مکان قابل دستیابی است، بلکه به این خاطر که تعامل جایگاه خاصی در یادگیری الکترونیکی دارد. در سال‌های اخیر آموزش تحت تأثیر تغییرات عمده‌ای قرار گرفته و با توسعه انتقال دیجیتال اطلاعات، روش‌های برقراری ارتباط و ذخیره‌سازی اطلاعات متحول شده است. این توسعه به یادگیرندگان اجازه می‌دهد تا به ارتباطات جهانی و منابع آموزشی در تمام سطوح دسترسی داشته باشند. کارکنان خدمات بهداشتی باید فرصت یادگیری در محل کار را داشته باشند و از مواد آموزشی و تسهیلات موجود استفاده کنند. آنها می‌توانند مهارت‌های ضروری را فراگیرند و ارتقاء دهند. آموزش باید به گونه‌ای باشد که کارکنان و متخصصان را برای یادگیری از کار روزمره و تلاش برای سروکار داشتن با مسائل پیچیده سلامتی به عنوان تیم آماده کند. از کارکنان خدمات بهداشتی نباید انتظار داشت که در خارج از محل کار خود مطالعه نمایند. البته فعالیت‌های زیادی ممکن است به صورت دوره‌ای با تشکیل سمینارها و همایش‌ها از یک منطقه به منطقه دیگر انجام شود تا فرصت لازم برای استفاده از تجربیات افراد دیگر و تعامل با کارکنان مناطق دیگر را فراهم آورد.

در کشورهای در حال توسعه فعالیت آموزش مداوم جامعه پزشکی معمولاً به شهرهای مرکزی محدود شده و متخصصان در مناطق دور و شهرهای کوچک به چنین فرصت‌هایی دسترسی ندارند یا محتوای آموزشی با نیازهای آنها سازگاری ندارد و علاقه متخصصان را برای فعال ماندن در محیط محدود می‌کند در حالی که ضروری است تا آنها راهبردهای مؤثر را برای خط مقدم مراقبت بهداشتی درمانی بکار گیرند. ابزارهای پزشکی از دور به ارتباط و اشتراک

اطلاعات پزشکی به شکل الکترونیکی کمک نموده و در نتیجه دسترسی به اظهار عقیده کارشناسان از دور را تسهیل می‌کند.

در مطالعه یوسفی و ربیعی (۱۳۹۵)، برای مقایسه برنامه‌های آموزش مداوم ۲۵ و ۵ امتیازی مشخص گردید عملکرد برنامه‌های مدون ۵ امتیازی بهتر از ۲۵ امتیازی بوده است که به نظر می‌رسد علت اصلی آن تخصصی‌تر بودن، زمان کوتاه و نیز تنوع برنامه‌ها باشد؛ بنابراین ارائه برنامه‌های آموزش مداوم به صورت دوره‌های تخصصی و کوتاه که می‌تواند توسط شرکت‌ها و انجمن‌های مختلف ارائه گردد مفید خواهد بود. البته در این حیطه شاید بهتر باشد تا شرکت‌ها و صنایع قبل از ورود به برگزاری برنامه‌ها، مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور به‌عنوان سازمان برگزارکننده آموزش مداوم در کشور قرار گیرند تا کیفیت بهتری را نیز انتظار داشته باشیم و دوره‌های آموزشی که هم‌اکنون به طور وسیع و با هزینه‌های هنگفت توسط شرکت‌های خصوصی ارائه می‌گردد سازماندهی شده و با ارائه گواهی معتبر و مورد تأیید وزارت بهداشت و همچنین امتیاز آموزش مداوم، مخاطبین بیشتری را به خود جلب نماید.

استانداردهای WFME نیز روش‌های یاددهی و یادگیری را شامل دوره‌ها، سمینارها، سخنرانی و آموزش‌های مبتنی بر حل مسئله و ارائه مورد، آموزش‌های عملی، آموزش روش‌های جدید تشخیصی و درمانی، مشارکت در کنفرانس‌ها، مطالعات شخصی در اینترنت، پروژه‌های تحقیقاتی و تجربیات بالینی معرفی کرده است. همچنین شبکه‌های اینترنتی که در آنها مباحثه در مورد تکنیک‌ها و مشکلات درمانی صورت می‌گیرد نیز می‌تواند جزئی از روش‌های یاددهی و یادگیری باشد.

در مطالعه‌ای که در زنجان انجام شد، اولین اولویت پزشکان عمومی در روش اجرای برنامه‌های آموزشی، شرکت غیرحضور و مجله بود و اولویت‌های بعدی به ترتیب شامل آموزش عملی نحوه برخورد با بیمار، اجرای کارگاهی و سخنرانی بود. همچنین در مطالعه وورث (۲۰۱۹) پزشکان کار عملی را بهترین گزینه برای روش تدریس دانستند و سخنرانی در رتبه آخر قرار داشت.

باور بر این است که تغییر الگوهای یاددهی و یادگیری باید بر اساس به‌کارگیری راهبردهای آموزشی باشد که بر یادگیری به‌جای یاددهی تأکید می‌کند، و یادگیرندگان را به شرکت فعال در فرایند یادگیری ترغیب می‌نماید. یاددهی در محیط یادگیری خلاق و بر مبنای اصول کامل طراحی آموزشی و انگیزشی، یادگیرندگان را برای شرکت فعال در فرایند یادگیری، حل مسئله، و توسعه مهارت‌های یادگیری مادام‌العمر ترغیب می‌کند. در این محیط‌ها یادگیرندگان نه تنها دانش شناختی، مهارت‌های تفکر انتقادی و تصمیم‌گیری و فرصت‌های یادگیری خود را ارتقا می‌دهند بلکه انگیزش آنها برای یادگیری مادام‌العمر و انجام رفتار مطلوب نیز افزایش می‌یابد.

در مطالعه‌ای که ۹۹ پژوهش تصادفی کنترل شده در آموزش مداوم را مورد بررسی قرارداد، مشخص شد که یک برنامه موفق آموزش مداوم، حاصل طراحی و برنامه‌ریزی است که مبتنی بر نیازسنجی باشد؛ لذا پیشنهاد گردید که ارزیابی برنامه‌های آموزش مداوم از ارزیابی کمی تعداد برنامه‌ها، به سمت ارزیابی کیفی سوق داده شود و در این راستا، برنامه‌هایی که مسبق به نیازسنجی آموزشی و ارزیابی نتایج حاصل هستند، از امتیاز بالاتری برخوردار گردند. در دوره‌های آموزش مداوم پزشکی، فراگیران باید ضمن آشنایی با محصولات به‌روز و جدید، عناوین آموزشی

متنوع‌تری را در پیشرو داشته باشند و بر اساس علائق و نیازهای شخصی و باتوجه به قوانین، از میان دوره‌های ارائه شده انتخاب نمایند که این امر در نهایت منجر به اثربخشی بیشتر آموزش‌ها خواهد شد. در روش‌های یاددهی و یادگیری مواردی مانند عضویت در مجامع صنفی و یا تدریس یا حتی برگزاری آزمون‌ها برای اعضای هیئت‌علمی را می‌توان اضافه نمود تا اعضای هیئت‌علمی و پزشکانی که تدریس مباحث علمی را در دانشگاه‌ها و سایر مؤسسات به عهده دارند بتوانند از این فعالیت خود امتیاز آموزش مداوم نیز کسب نمایند چراکه این موارد، آموزش حرفه‌ای بسیار مناسبی را در بردارد. از آنجاکه برخی از عناوین نظیر بایگانی مدارک پزشکی، ارتباط با بیمار، حفاظت از کودکان و بزرگسالان آسیب‌پذیر، مطب داری، بازاریابی و اقتصاد در برنامه درسی پزشکان عمومی و متخصص در ایران ارائه نمی‌شود، ارائه آن در آموزش‌های مداوم حرفه‌ای پزشکی می‌تواند این خلأ را برطرف نماید. باتوجه به اینکه علم پزشکی بسیار مرتبط با کار عملی و بالینی است پیشنهاد می‌شود دوره‌ها و کارگاه‌های عملی که در حال حاضر با هزینه‌های گزاف و توسط شرکت‌های خصوصی برگزار می‌شود، توسط متولیان آموزش مداوم کشور و به‌خصوص دانشگاه‌ها برگزار گردد تا ضمن کاهش هزینه‌ها، امتیاز آموزش مداوم نیز برای شرکت‌کنندگان داشته باشد و این امر خود انگیزه‌ای برای شرکت پزشکان و آشنایی با تکنیک‌های جدید در زمینه پزشکی خواهد شد.

جویسی و همکاران (۲۰۲۰) در تحقیقی با عنوان «یادگیری از راه دور در آموزش پرستاری» همسو با نتایج این تحقیق بیان داشتند، یادگیری فعال در یادگیری ترکیبی با برطرف کردن موانع تکنولوژیکی و پشتیبانی از فناوری‌های موردنیاز اتفاق می‌افتد و در صورت تحویل هدفمند محتوا، یادگیری ترکیبی تأثیر می‌گذارد. این محققان مطابق با نتیجه این تحقیق بر نقش مدیریت و پشتیبانی منابع در یادگیری ترکیبی بسیار تأکید کردند.

در تحقیق ابوسینوهه و زابری، (۲۰۱۰) با عنوان «چارچوب ارزیابی اثربخشی آموزش پزشکی اتحادیه عرب» نتایج نشان داد که گروهی تنها بر جنبه‌های فناورانه گروهی و گروهی دیگر تنها بر جنبه‌های پداگوژیکی و گروهی بر هر دو تمرکز داشتند. اما یافته‌های حاصل از این پژوهش نتایج متناقضی نشان دادند و مشخص کرد علاوه بر این جنبه‌ها، جنبه‌های دیگری از جمله ابعاد مدیریت آموزشی و پشتیبانی منابع، فناوری و طراحی، پداگوژیکی، نهادی، اخلاقی، ارزیابی و بازخورد و قالب‌های یادگیری ترکیبی در الگوی آموزش مداوم جامعه پزشکی بر مبنای یادگیری ترکیبی به ترتیب اولویت قرار دارند.

در مطالعه‌ای، ریگر و همکاران (۲۰۰۹) در دانشکده پزشکی دانشگاه بازل سوئیس برای آزمایش روش یادگیری ترکیبی برای آموزش مهارت‌های جراحی به دانشجویان پزشکی از مولتی مدیا و Skill-lab استفاده کردند و نتایج، قبل و بعد از آموزش، مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه، دانشجویان نسبت به آموزش سنتی، ده درصد ایفا داشتند و نتیجه این مطالعه آن بود که روش یادگیری ترکیبی می‌تواند بر بهبود شناخت، عملکرد و کارایی و کاهش مدت موردنیاز برای آماده‌سازی مربیان، همچنین ذخیره نیروی انسانی مؤثر باشد. پژوهش ویو و همکاران در سال ۲۰۰۶ نشان داد که تلفیق آموزش پزشکی حضوری و الکترونیکی و استفاده از انیمیشن‌های تعاملی، به دلیل فعال بودن و درگیر کردن بیشتر دانشجویان در امر یادگیری خود، درک عمیق‌تر مطالب علمی و ارتقای دانش افراد را در پی داشته

است. فردانش و همکاران (۱۳۹۴) اظهار داشتند رضایت یادگیرنده از تلفیق فناوری‌های آموزشی در آموزش پزشکی در تعامل با فرایند یاددهی - یادگیری، باید اصلی‌ترین معیار در فرایند ارزشیابی و انطباق باشد که در پژوهش حاضر نیز به‌عنوان معیاری مهم تلقی شده است.

محدودیت‌های تحقیق

- ۱) دسترسی محدود به اطلاعات برنامه آموزش مداوم در شمال غرب کشور
- ۲) دشوار در برقراری ارتباط با متخصصین به دلیل شیوع بیماری کرونا
- ۳) الگوی ارتقای کیفیت آموزش مداوم پزشکی بر اساس داده‌های حاصل از شمال غرب کشور تهیه شده است و تعمیم آن به مناطق کشور می‌تواند موجب ایجاد خطا شود.

پیشنهادها

- ۱) پیشنهاد می‌شود، برنامه‌های آموزش مداوم به‌صورت دوره‌های تخصصی و کوتاه توسط شرکت‌ها و انجمن‌های مختلف ارائه گردد.
- ۲) پیشنهاد می‌شود، دوره‌های آموزشی که هم‌اکنون به‌طور وسیع و با هزینه‌های هنگفت توسط شرکت‌های خصوصی ارائه می‌گردد سازماندهی شده و با ارائه گواهی معتبر و مورد تأیید وزارت بهداشت و همچنین امتیاز آموزش مداوم، مخاطبین بیشتری را به خود جلب نماید.
- ۳) پیشنهاد می‌شود، روش‌های یاددهی و یادگیری برنامه‌های آموزش مداوم پزشکی به‌صورت دوره‌های بالینی و عملی با تأکید بیشتری برگزار گردد.
- ۴) پیشنهاد می‌شود، در برخی موارد خاصی مانند داوری‌های مقالات علمی و یا مسئولیت در انجمن‌های تخصصی پزشکی و حتی خواندن مجلات نیز آموزش مداوم محسوب گردد.
- ۵) پیشنهاد می‌شود، از نوارهای صوتی - تصویری، به‌عنوان یک روش برای آموزش پزشکان استفاده شود. استفاده از این وسایل در منزل بهتر از نشستن در یک دوره آموزشی و یا کنفرانس‌های زنده باشد، زیرا بیننده می‌تواند در هر لحظه هر قسمت از نوار را متوقف و یا تکرار نماید. استفاده از مجلات و ماهنامه‌های دارای امتیاز، روش دیگری برای آموزش است.

منابع فارسی

- اکبری بورنگ، محمد؛ و رحیمی بورنگ، حسن (۱۹۳۱). تبیین سرزندگی و انگیزش تحصیلی دانشجویان بر اساس ادراک آنان از محیط یادگیری در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۱(۲۷)، ۲۹۱-۲۲۲.
- برومند، و حصاری. (۱۳۹۹). ارزیابی مقایسه نظرات پزشکان عمومی و اعضای هیئت علمی بالینی مدرس برنامه‌ها در تعیین نیازهای آموزشی برنامه‌های آموزش مداوم پزشکان عمومی. *مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی نیرد*، ۱۵(۳)، ۲۰۶-۲۱۶.
- محمدی، رضا و همکاران (۱۳۸۴). سیر تحول و تکامل استقرار نظام ارزیابی عملکرد در وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. *مجله نامه آموزش عالی*: دوره جدید سال اول، شماره ۱، بهار ۱۳۸۷.
- دستور. (۲۰۱۸). شناسایی نشانگرهای ارتقاء کیفیت آموزش هنر در دانشگاه‌ها: مطالعه موردی رشته‌های هنری - رسانه‌ای دانشگاه صداوسیما. *مطالعات بین‌رشته‌ای در رسانه و فرهنگ*، ۸(۱۵)، ۱۷-۳۹.
- منوچهری دزکی، فاطمه، جعفری، پریش، قورچیان، نادر قلی، محمد داودی، امیرحسین. (۱۳۹۷). ارائه مدلی برای ارتقاء کیفیت آموزش بر اساس تفکر ناب در سازمان تأمین اجتماعی نوآوری‌های مدیریت آموزشی. 107-127, 13(4).
- فردانش، هاشم (۱۳۸۴). مبانی نظری تکنولوژی آموزشی، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
- اسدی لویه
- (۱۳۹۵). بررسی نیازهای آموزشی برای توانمندسازی دانشکده‌ها. پژوهش در آموزش پزشکی. 37-48.
- عبادی، ع، و ونکی، ز، و نحریر، ب، و حکمت پو، د. (۱۳۸۶). آسیب‌شناسی برنامه‌های آموزش مداوم در جامعه پزشکی ایران. *گام‌های توسعه در آموزش پزشکی*. 140-145, 4(2).
- حاتمی فر خدیجه، کاکو جویباری علی‌اصغر، سرمدی محمدرضا (۱۳۹۲). مطالعه رضایتمندی دانشجویان از ارائه خدمات دانشجویی در دانشگاه پیام‌نور. *فصلنامه پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی*. ۱۹ (۴): ۱۱۷-۱۳۹
- جمال‌زاده، م، امین شایان جهرمی، س (۱۳۹۲) ارزیابی و اولویت‌بندی کیفیت آموزشی از نقطه نظر اعضای هیئت علمی دانشگاه شیراز آزاد با استفاده از رویکرد حل مسئله و ابزار شش سیگما. *مجله رویکرد جدید در مدیریت آموزشی* ۴(۲) 65-82.
- عطایی، مصطفی، صفاریان همدانی، سعید، ضامنی، & فرشید. (۱۳۹۹). مروری بر روش‌های رایج و مؤثر آموزشی در آموزش مداوم پزشکی. *تعالی بالینی*، ۹(۳)، ۱۲-۲۲.
- تبرسا، ق، حسن وند مفرد، م، عارف نژاد، م (۱۳۹۲). تجزیه و تحلیل و رتبه‌بندی عوامل مؤثر بر کیفیت آموزش. *مجله مطالعات بین‌رشته‌ای در علوم انسانی*. 4(4), 53-74.

- رحیمی، حسن. محمدی، رضا. پرند، کورش. (۱۳۸۱). مجموعه مقالات چهل و هشتمین نشست رؤسای دانشگاه‌ها و مراکز علمی و تحقیقاتی کشور. چاپ اول، انتشارات سازمان سنجش آموزش کشور، تهران.

منابع انگلیسی

- Budiharso, T., & Tarman, B. (2020). Improving Quality Education through Better Working Conditions of Academic Institutes. *Journal of Ethnic and Cultural Studies*, 7(1), 99-115.
- Voss Roediger, G. T. (2007). Service quality in higher education: The role of student expectations. *Journal of Business Research*, 949-956.
- González García, E., Colomo Magaña, E., & Cívico Ariza, A. (2020). Quality education as a sustainable development goal in the context of 2030 agenda: Bibliometric approach. *Sustainability*, 12(15), 5884.
- Phili W. Karen-Leigh E. (2007) Caring as a resilient practice in Mental Health Nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(2), 132-5.
- Chua, C. (2006), Perception of quality in higher education. Australia: AUQA Occasional Publication.
- Ruby, C. A. (1998). Assessing student satisfaction with selected student services using SERVQUAL, a market driven model of service quality. *NASPA J*, 35 (4), 331-41.
- Lagrosen S, Seyyed-Hashemi R, Leitner M. (2004). Examination of the dimensions of quality in higher education. *Quality Assurance in Education*; 12(2): 61-9.
- Hill, Y. , Lomas, L. , & MacGregor, J. (2003). Students' perceptions of quality in higher education. *Quality Assurance Educ*, 11 (1), 15-20.
- AbuSneineh W, Z. M. (2010). *An evaluation framework for e-learning effectiveness in the Arab world*. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/referencework/9780080448947/international-encyclopedia-of-education>
- Peterson, MW. , Galvin, JR, Dayton C, D'Alessandro MP. (1999). "Realizing the Promise: Delivering Pulmonary Continuing Medical Education over the Internet"; *Chest*. Vol. 115, No. 5, Pp. 1429-1436