

Do Continuing Medical Education Programs Improve Drug Prescribing Status in Iran? A Qualitative Study

Keyvanara M^{1*}, Safaeian L^{2*}, Shojaeizadeh N³, Karimi S⁴

¹Professor, Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

²Associate Professor, Department of Pharmacology and Toxicology, School of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, Research and Development Office, Vice Chancellery for Food and Drug, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³M.Sc., Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁴Associate Professor, Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Abstract

Background: Holding continuing medical education programs (CME) is one of the recommended global strategies for attaining rational drug prescribing by physicians. The aim of this study was to assess the barriers and fill the gap between the current situation and the favorable status of CME by evaluating experts' viewpoints on the role of these programs in improving the status of drug prescribing.

Methods: This qualitative study was conducted using a semi-structured interview. Participants included those who were well-informed and experienced in the field of rational use and prescribing drugs. Sampling was done in a targeted way and 16 people were interviewed. The interviews were evaluated after the implementation of the theme analysis method.

Results: In this study, two major concepts including the needs for CME and barriers to effective CME were presented by the participants. The needs for CME included 4 main themes, and the barriers to effective CME included 6 themes (physical, financial, motivational, supervisory, executive, and policy making barriers) and 12 sub themes.

Conclusion: Regarding the multiple barriers to achieving the effective CME and improving the rational drug prescribing, and in order to overcome these barriers and achieve a favorable status, a review of the content and quality of CME, outcome-based planning, and continuous quality promotion are required.

Keywords: Inappropriate prescribing, Inappropriate use of drugs, Medical education

Sadra Med Sci J 2019; 7(3): 261-272.

Received: Sep. 5th, 2018

Accepted: Jun. 22nd, 2019

*Corresponding Author: **Safaeian L.** School of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, Vice Chancellery for Food and Drug, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, leila_safaeian@pharm.mui.ac.ir

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۷، شماره ۳، تابستان ۱۳۹۸، صفحات ۲۶۱ تا ۲۷۲

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۴/۰۱ تاریخ دریافت: ۹۷/۰۶/۱۴

مقاله پژوهشی
(Original Article)

آیا برنامه های آموزش مداوم موجب بهبود وضعیت تجویز داروها در ایران می شود؟ یک مطالعه کیفی

محمود کیوان آرا^۱، لیلی صفائیان^{۲*}، ندا شجاعی زاده^۳، سعید کریمی^۴

^۱استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
^۲دانشیار، گروه فارماکولوژی، دانشکده داروسازی و علوم دارویی، واحد تحقیق و توسعه معاونت غذا و دارو، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
^۳کارشناس ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
^۴دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

مقدمه: برگزاری دوره های بازآموزی و آموزش مداوم از جمله استراتژی های توصیه شده جهانی بمنظور دستیابی به تجویز منطقی داروها توسط پزشکان است. مطالعه حاضر با هدف بررسی موانع و پر کردن شکاف بین وضعیت فعلی و وضعیت مطلوب برنامه های بازآموزی، دیدگاه صاحب نظران را در رابطه با نقش این برنامه ها در بهبود وضعیت تجویز داروها ارزیابی نمود.

مواد و روش ها: این مطالعه به شیوه کیفی و با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته انجام گردید. مشارکت کنندگان مشتمل بر افراد باتجربه و صاحب نظر در زمینه تجویز و مصرف دارو بودند. ۱۶ نفر با روش نمونه گیری هدفمند مورد مصاحبه قرار گرفتند. مصاحبه ها پس از پیاده سازی به روش تحلیل مضمون ارزیابی شدند.

یافته ها: در این مطالعه دو مفهوم عمده شامل دلایل نیاز به برگزاری برنامه های آموزش مداوم و موانع برگزاری دوره های آموزش مداوم اثربخش توسط مشارکت کنندگان ارائه گردید. دلایل نیاز به برگزاری برنامه های آموزش مداوم شامل چهار موضوع اصلی و موانع برگزاری آموزش مداوم شامل شش موضوع اصلی (موانع فیزیکی، موانع مالی، موانع انگیزشی، موانع نظارتی، موانع اجرایی و موانع سیاستگذاری) و ۱۲ زیرموضوع بودند.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به وجود موانع متعدد بر سر راه دستیابی به برنامه های آموزش مداوم تأثیرگذار بر وضعیت تجویز داروها و به منظور رفع این موانع و دستیابی به وضعیت مطلوب، بازنگری در محتوا و کیفیت برگزاری دوره های بازآموزی، برنامه ریزی بر اساس دستاوردهای مطلوب و ارتقای کیفیت مستمر ضرورت دارد.

واژه های کلیدی: تجویز غیرمنطقی دارو، مصرف غیرمنطقی دارو، آموزش پزشکی

*نویسنده مسئول: لیلی صفائیان، دانشکده داروسازی، معاونت غذا و دارو، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. leila_safaeian@pharm.mui.ac.ir

مقدمه

دارو به عنوان یک کالای استراتژیک بخش عظیمی از هزینه های سلامت یعنی حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد از بودجه سلامت را در بسیاری از کشورهای در حال توسعه و ۱۰ تا ۲۰ درصد را در کشورهای توسعه یافته به خود اختصاص می دهد. اگرچه پیشرفت علم پزشکی و صنعت داروسازی منجر به ارائه داروهای متنوع در سال های اخیر شده اما همزمان انحراف دارو درمانی از مسیر واقعی خود به صورت تجویز غیرعلمی و غیرمنطقی فرآورده های دارویی و روی آوردن مردم به مصرف بیش از حد داروها نیز رخ داده است (۱). معضلی که امروزه نه تنها در زمینه پزشکی، بلکه از نظر اقتصادی، اجتماعی و جنبه های قانونی هم اهمیت زیادی یافته است (۲). از اینرو موضوع تجویز و مصرف منطقی دارو به صورت یک مسأله جهانی در همه کشورها مورد توجه قرار گرفته است (۳). در این راستا سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization = WHO) برای دستیابی به بهبود وضعیت تجویز و مصرف دارو در جهان، استراتژی های ۱۲ گانه ای را در سال ۲۰۰۰ میلادی مطرح نمود. این استراتژی ها که در چهار گروه استراتژی های آموزشی، مدیریتی، نظارتی و مالی دسته بندی می شوند، عبارتند از: تأسیس یک مرکز ملی منسجم جهت هماهنگی سیاست های دارویی، استفاده از راهکارهای استاندارد درمانی، تدوین و استفاده از فهرست ملی داروهای ضروری، تشکیل کمیته های درمان و دارو در کلیه بیمارستانها، گنجاندن آموزش فارماکوتراپی مبتنی بر مسأله در برنامه آموزشی دانشجویان پزشکی، اجرای برنامه های آموزش مداوم بعنوان یک التزام، نظارت، بازرسی و بازخورد، استفاده از اطلاعات مستقل در مورد داروها، آموزش عامه در خصوص مصرف صحیح داروها، استفاده از مقررات و آیین نامه های مناسب و قابل اجرا، اجتناب از انگیزه های مالی منحرف کننده و اطمینان از کافی بودن بودجه دولت برای تأمین دارو و نیروی انسانی لازم (۲).

از جمله استراتژی های آموزشی می توان به برگزاری دوره های بازآموزی و آموزش مداوم اشاره نمود. صاحبان علوم پزشکی در زمره افرادی هستند که افول اطلاعات علمی آنها که به مرور زمان رخ می دهد، می تواند عواقب نامطلوبی را برای کسانی که از خدمات آنها بهره می برند به دنبال داشته باشد. از اینرو برگزاری دوره های آموزش مداوم به خصوص در زمینه تجویز منطقی دارو از ارزش حیاتی برخوردار است (۱). در مطالعات مختلف در دنیا و از جمله در ایران به لزوم برگزاری و نیز مؤثر بودن آموزش مداوم در بهبود وضعیت تجویز داروها از جمله در افزایش آگاهی و بروز رسانی اطلاعات پزشکان، کاهش میزان تجویز داروهای تزریقی، کاهش درصد تداخلات دارویی و کاهش تعداد اقلام دارویی در نسخ اشاره شده است (۴-۶). در همین راستا از سال ۱۳۶۹ در کشور ما شرکت در دوره های آموزش مداوم به صورت اجباری درآمده و برای تمدید پروانه پزشکی الزامی می باشد (۷). با این وجود برخی مطالعات اخیر در مورد کیفیت برنامه های آموزش مداوم پزشکان در ایران نشان می دهند که عناصر سازنده این برنامه ها نیاز به اصلاحات اساسی دارند (۸،۹). در یک مطالعه مروری نظامند معتبر که به ارزیابی تأثیر جلسات بازآموزی بر عملکرد حرفه ای پزشکان در دنیا پرداخته است نیز گزارش شده که گرچه جلسات بازآموزی به تنهایی یا همراه با سایر مداخلات می توانند عملکرد حرفه ای و نتایج مراقبت های بهداشتی درمانی را برای بیماران بهبود بخشند، اما این اثر کوچک بوده و به نظر می رسد که جلسات بازآموزی به تنهایی برای تغییر رفتارهای پیچیده مؤثر نیستند. به عبارت دیگر گرچه برنامه های بازآموزی ممکن است دانش پزشکان را افزایش دهند، اما شواهدی محدودی از میزان تأثیر آنها بر مهارت و عملکرد پزشکان وجود دارد (۱۰). از اینرو مطالعه حاضر با هدف بررسی موانع بمنظور بهبود کیفیت و پر کردن شکاف بین وضعیت فعلی و وضعیت مطلوب برنامه های آموزش مداوم به ارزیابی دیدگاه صاحب نظران در رابطه با نقش این برنامه

های آموزشی در بهبود وضعیت تجویز داروها می پردازد.

مواد و روش

این مطالعه کیفی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۵ انجام شد. کسب اطلاعات با استفاده از مصاحبه عمیق و نیمه ساختارمند انجام گردید. افرادی که برای مصاحبه انتخاب شدند افراد صاحب نظر و باتجربه در زمینه تجویز و مصرف منطقی داروها بودند. این افراد شامل برخی از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اعضای کمیته تجویز و مصرف منطقی داروی معاونت غذا و دارو و مدیران سازمان های سلامت بودند. برای نمونه گیری، از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد و حجم نمونه ها تا اشباع داده ها ادامه یافت. به این ترتیب ۱۶ مصاحبه حضوری انجام گرفت. هر مصاحبه به صورت انفرادی انجام شد و طول زمان مصاحبه ها بین ۳۰ تا ۹۰ دقیقه متغیر بود. در ابتدا ضمن کسب معرفی نامه ها و طی مراحل قانونی، هماهنگی لازم به صورت حضوری یا تلفنی با مصاحبه شوندهگان به منظور جلب نظر آنها برای شرکت در مصاحبه و تعیین زمان و مکان مصاحبه به عمل آمد. به منظور کسب رضایت آگاهانه در فرایند پژوهش، در ابتدای هر مصاحبه، هدف از پژوهش، نحوه همکاری، فواید و معایب شرکت در پژوهش، روشهای جمع آوری و ضبط داده ها، نقش پژوهشگر و مشارکت کنندگان در پژوهش و نیز داشتن حق کناره گیری در هر زمان دلخواه برای افراد مصاحبه شونده توضیح داده شد. همچنین برای ضبط مکالمات از آنها اجازه گرفته شد و به آنها این اطمینان داده شد که نامی از آنها برده نمی شود و اطلاعات آنها محرمانه می ماند و شواهدی که بتوان از آن طریق آنان را شناخت، حذف شد. به منظور رعایت این امر در حین پیاده سازی متن مصاحبه ها، تمامی اسامی به کد تغییر داده شد و در طول بحث و نتیجه گیری نیز با همان کدها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. قابل ذکر است که مطالعه حاضر با کد اخلاق IR.MUI.REC.1395.3.344 در

کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده است.

برای ثبت اطلاعات، فرم عناوین راهنمای مصاحبه که حاوی ۲ سؤال کلی و باز بود، مورد استفاده قرار گرفت. این سوالات عبارت بودند از: (۱) به نظر شما برگزاری دوره های بازآموزی و آموزش مداوم به عنوان یک التزام چقدر میتواند به تجویز و مصرف صحیح داروها کمک نماید؟ (۲) از نظر شما برگزاری جلسات بازآموزی چقدر بازده و خروجی مثبت داشته است؟ برای کسب اعتبار، ابتدا چند مصاحبه به صورت آزمایشی قبل از شروع تحقیق انجام شد. سپس برای روایی داده ها اولین مصاحبه ها توسط اساتید از نظر درستی کار مورد بررسی قرار گرفت. برای بالا بردن قابلیت اطمینان، یافته ها پس از استخراج به مشارکت کنندگان ارجاع داده شد و دیدگاه های آنان لحاظ گردید. معیارهایی مانند موثق بودن اطلاعات، قابل اعتماد بودن، قابل اطمینان بودن و قابل تثبیت بودن برای داده ها در نظر گرفته شد.

متن مصاحبه ها پس از ضبط، پیاده سازی و در کامپیوتر ذخیره و همزمان کدگذاری گردید و برای ارزیابی داده ها از روش تحلیل مضمون استفاده گردید. به این ترتیب که بعد از اتمام هر مصاحبه، بلافاصله متن مصاحبه ها کلمه به کلمه تایپ و پیاده شده و در کامپیوتر ذخیره گردید. در مرحله بعد فرآیند غوطه ور شدن در داده ها (Immersion in the data) انجام گردید. بدین معنی که متن مصاحبه ها چندین بار مرور شد تا محقق به یک حس کلی در مورد متن دست یابد. سپس داده ها کلمه به کلمه خوانده شد و فرایند کدگذاری سطح اول با تأکید بر محتوای آشکار و ضمنی، به وسیله شناسایی و برجسته کردن جملات و پاراگراف های واحد تحلیل آغاز گردید. به هر واحد تحلیل، یک کد برتر داده و زیرکدها بیرون کشیده شد. سپس کدها بر اساس تفاوتها و تشابهات به طبقات واحدی تقلیل یافت. بسته به ارتباط بین زیرطبقات، تعداد زیادی از زیرطبقات در طبقات دیگری

افراد نسخه ای که می نویسن واقعاً علمی است، البته نه به علم امروز بلکه به علم ۴۰ سال پیش.» (مصاحبه ۴).

اطلاعات دارویی و نسخه نویسی ضعیف پزشکان:

«در خیلی از دانشگاه هامون بخصوص در گذشته هیچ آموزشی برای نسخه نویسی جهت دانشجویهای پزشکی نبوده. خیلی از افرادی که الان فارغ التحصیل میشن هم اطلاعات دارویی شون ضعیفه.» (مصاحبه ۶).

به روز نبودن پزشکان: «آمی سیلین یه زمانی برای درمان سینوزیت خیلی موثر بوده اما الان دیگه موثر نیست، اما هنوز بعضی از پزشکان به وفور مینویسن و خبر ندارن که دیگه چنین کاربردی نداره.» (مصاحبه ۵).

نیاز به تکرار و تثبیت اطلاعات دارویی پزشکان: «هر نوع اطلاعاتی بعد از چند وقت نیاز به تجدید داره، مهمترین علت ضرورت بازآموزی تکرار و تثبیت اطلاعات دارویی پزشکان است، چون حافظه بعد از یه مدتی پاک میشه، پزشک عوارضه یادش میره، تداخلات یادش میره» (مصاحبه ۱۶).

۲. موانع برگزاری دوره های بازآموزی اثربخش:

مشارکت کنندگان در تشریح علل کارایی ناکافی برنامه های آموزش مداوم، موانع مختلفی را بشرح زیر بیان نمودند:

موانع فیزیکی: در تشریح موانع فیزیکی، افراد مورد مصاحبه دو زیرموضوع را به شرح زیر بیان نمودند:

محدودیت امکانات آموزشی: «تعداد افرادی که باید آموزش ببینن خیلی زیاده، هر سال حدود ۱۲۰۰۰ پزشک در اصفهان باید ۲۵ امتیاز داشته باشن، محدودیت های آموزشی از نظر کلاس و استاد وجود دارد. جلسات با جمعیت زیاد خیلی کارایی نداره» (مصاحبه ۱۱).

عدم تناسب بین امکانات آموزشی و تعداد پزشکان: «ما برای پزشکایی که نسخه نویسی مطلوب ندارن، هر هفته یک جلسه آموزشی چهره به چهره با حضور اعضای کمیته تخصصی تجویز و مصرف منطقی دارو برگزار می کنیم. در استان اصفهان حدود ۷۰۰۰ پزشک عمومی داریم و در هر

سازماندهی شد. در فرایند کدگذاری، کدها به صورت مکرر توسط محقق کنترل و در صورت وجود تضاد، عدم هماهنگی برطرف گردید. پس از طبقه بندی، طبقه ها به صورت الگوی مفهومی معنادار کنار هم گذاشته شد و ارتباط بین طبقات شناسایی و کدهای اصلی ظاهر گردیدند. بدین ترتیب، بعد از آشنایی با دامنه و تنوع مطالب، مفاهیم و موضوع های کلیدی شناسایی شده و بر اساس آن یک چارچوب موضوعی تنظیم گردید. سپس تمام نوشته های مربوط به مصاحبه های فردی بر اساس چارچوب موضوعی حاصل مورد بازبینی قرار گرفته و بر اساس یک منبع موضوعی مناسب چیدمان گردید. مفاهیم، تضادها، نظریه ها، تجربه ها و تحقیق های انجام شده با هم مقایسه شد و الگوها و روابط مورد نظر از یافته ها استخراج گردید (۱۱).

یافته ها

مشارکت کنندگان عوامل مرتبط با عنوان پژوهش را در قالب دو مفهوم عمده شامل دلایل نیاز به برگزاری برنامه های آموزش مداوم و موانع برگزاری دوره های آموزش مداوم اثربخش بیان نمودند. دلایل نیاز به برگزاری برنامه های آموزش مداوم شامل چهار موضوع یا طبقه اصلی بود. موانع برگزاری آموزش مداوم شامل شش موضوع اصلی و بیست زیرموضوع یا طبقات فرعی بود. موضوعات اصلی عبارت بودند از: موانع فیزیکی، موانع مالی، موانع انگیزشی، موانع نظارتی، موانع اجرایی و موانع سیاستگذاری (جدول ۱).

۱. دلایل نیاز به برگزاری آموزش مداوم: مشارکت کنندگان در تشریح ضرورت برگزاری آموزش مداوم چهار موضوع اصلی را بیان نمودند که نمونه هایی از اظهار نظرات آنها به شرح ذیل می باشد:

عدم آشنایی پزشکان قدیمی با دارودرمانی جدید: «ما الان موردهایی رو پیدا می کنیم که شماره نظام پزشکی خیلی پایین دارن مثلاً ۶۰۰۰ و ۷۰۰۰، یعنی پزشکایی که فارغ التحصیل ۴۵-۵۰ سال پیش هستن و یا بیشتر، برخی از این

عدم احساس نیاز پزشکان برای شرکت در بازآموزیها:

«چرا احساس نیاز ندارم به خاطر اینکه می بینم با همین نسخه‌های آبکی و اشتباه، کار مردم راه میفته و به ظاهر مردم هم راضی هستن و کار مطب می چرخه.» (مصاحبه ۱۵).

موانع نظارتی: برخی از مشارکت کنندگان در رابطه با موانع نظارتی مواردی را مطرح نمودند که مهم ترین آن عبارت بود از:

عدم نظارت صحیح بر حضور و غیاب: «نحوه حضور و غیاب این کلاسها درست نیست و خیلی افراد به جای هم امضا می کنن یا اول جلسه امضا می کنن و می روند دنبال کارشان و بعد می آیند دوباره خروج می زنن.» (مصاحبه ۲).

موانع اجرایی: در توضیح علل مرتبط با موانع اجرایی موارد زیر ارائه گردید:

بی کفایتی برنامه آموزش مداوم: «خود برنامه آموزش مداوم رو می تونیم از بی کفایت ترین برنامه های آموزشی اسمشو بزاریم، چرا چون میریم اونجا یه ثبت نام می کنیم، میریم بیرون، برگردیم و یه مدرک می گیریم.» (مصاحبه ۱۶).

بی کیفیتی محتوای آموزشی: «یکی از موانع اصلی خود همون محتوای آموزشی است که عادت کردیم اونو آموزش بدیم.» (مصاحبه ۷).

عدم تفکیک گروه های مختلف پزشکی: «گروه بندی درستی در این کلاسها صورت نمی گیره و بعضاً آموزش برای پزشکان متخصص و عمومی همزمان انجام میشه.» (مصاحبه ۲).

شیوه تدریس منفعلانه: «نحوه تدریس و شیوه برگزاری کلاسهای بازآموزی به صورت فعال نیست.» (مصاحبه ۲).

ضعف سامانه آموزش مداوم: «ما الان سامانه ای داریم برای آموزش مداوم کشور که در این زمینه ضعیفه و در حقیقت وظیفه این سامانه است که به وضع بازآموزیها یه سر و سامونی بده.» (مصاحبه ۱۰).

عدم وجود آزمون و سیستم پایش: «همه دنیا آزمون می گیرن و بعد گواهی میدن. من خودم چندین بار درخواست

جلسه ای بین ۴-۵ تا پزشک رو بیشتر نمی تونیم دعوت کنیم یعنی سالی فوقش ۳۰۰ تا پزشک و در واقع مدتها طول می کشه تا نوبت هر پزشکی بشه که آموزش حضوری ببینه.» (مصاحبه ۴).

موانع مالی: در رابطه با موانع مالی، نظرات زیر توسط مشارکت کنندگان ارائه گردید:

عدم وجود امکانات مالی مناسب: «این طرز کلاس ارزشی نداره، با این امکانات و اعضای هیات علمی محدود و تعداد زیاد پزشک، کار چندانی نمیشه انجام داد. امکانات برای برگزاری جلسات به شکلی که مشارکت فعال وجود داشته باشه وجود نداره.» (مصاحبه ۱۱).

ایراد در منابع تأمین هزینه ها: «سمینارهای بازآموزی زیادی بصورت رایگان برگزار میشن، فلسفه اینکار مشخص نیست، چون برگزاری سمینار هزینه داره. آیا از بخش دولتی و بودجه دانشگاه ها باید برای افراد فارغ التحصیل که مشغول بکارن هزینه بشه یا از بخش خصوصی و خود پزشکان؟» (مصاحبه ۱۶).

موانع انگیزشی: در خصوص موانع انگیزشی چهار زیرموضوع توسط مشارکت کنندگان بیان گردید:

بی انگیزگی برای شرکت در بازآموزیها: «شرکت در بازآموزیها هم وقت و تمرکز میخاد و هم صرف پول و اینا موجب شده که به هر حال یکمی با اکراه به اینکار نگاه بشه.» (مصاحبه ۱).

انگیزه کسب امتیاز شرکت کنندگان در بازآموزیها:

«برنامه آموزش مداوم تقریباً به صورت رفع وظیفه داره اجرا میشه، یه سری از پزشکان و داروسازان البته نه همه فقط برا اینکه امتیازاتی رو به دست بیارن و برای رفع تکلیف شرکت می کنن.» (مصاحبه ۱).

اجباری بودن بازآموزیها: «اینجا بازآموزیها یه چیز اجباریه، جاهای دیگه شرایط رو جور می کنن که فرد خودش متقاضیه، اونجا فرد متقاضی است و اینجا شما مجبورش می کنید بیاد کلاس.» (مصاحبه ۱۲).

موانع سیاستگذاری: افراد شرکت کننده در مصاحبه نقطه نظرانی در رابطه با موانع سیاستگذاری بیان نمودند، از جمله: عدم بازنگری در اهداف و روشهای اجرایی بازآموزیها: «لازمه که خود برنامه بازآموزی، اهداف، روشهای اجرایی و... بازنگری بشه.» (مصاحبه ۱۶).

عدم تفویض اختیار به دانشگاه ها: «یکی از مشکلات مهم اینه که مسئولین دانشگاهها هیچ اراده و اختیاری در مورد بازآموزیها ندارند. هر پیشنهاد و نقطه نظری بهشون داده میشه میگن مرکز باید تصمیم بگیره.» (مصاحبه ۱۶).

بحث

در این مطالعه اهمیت و ضرورت برگزاری دورههای بازآموزی در رابطه با تجویز منطقی دارو و نیز موانع موجود بر سر راه دستیابی به یک آموزش مداوم اثربخش و مطلوب از دیدگاه صاحب نظران بیان گردید. لزوم برگزاری آموزش مداوم به منظور حفظ و توسعه مهارت های حرفه ای پزشکان در سراسر جهان امری شناخته شده است. در یک مطالعه مروری نظامند که به بررسی مقالات چاپ شده در بین سالهای ۱۹۹۹ تا ۲۰۱۳ پرداخته، طیف گسترده ای از مداخلات آموزشی به منظور آموزش مداوم پزشکان با هدف بهبود وضعیت نسخه نویسی با روش های ارزیابی و نتایج متفاوت در کشورهای مختلف گزارش شده است. در این مطالعات برخی به ارزیابی میزان دانش و برخی دیگر به ارزیابی مهارت های نسخه نویسی پزشکان پس از شرکت در بازآموزی پرداخته اند. در این میان استفاده از راهنمای WHO برای نسخه نویسی مطلوب (WHO Guide to Good Prescribing) به عنوان یک مدل امیدبخش برای طراحی دوره های بازآموزی هدفمند در زمینه تجویز منطقی داروها بیشترین شواهد شایستگی را به خود اختصاص داده است (۱۲).

دادم که لااقل برای ارائه گواهی سمینارهای تجویز منطقی آزمون بزارین. بدون پایش چطور میشه گفت که ما این دوره رو گذاشتم و مؤثر بود؟ صرف اینکه یه تعدادی بیان سر کلاس بشینن و بروند کفایت می کنه؟ حداقل باید آزمون اینترنتی گذاشته بشه.» (مصاحبه ۱۶).

کاربردی نبودن آموزشهای اساتید: «در قسمت فارماکولوژی اساتیدی که تو دانشگاه تدریس می کنن کمتر با جامعه برخورد دارن. فقط با اون محیط آکادمیک و کلاسیک برخورد دارن. از نظر اونا آموزش با یک دید تئوریک عجین شده. در جامعه و در کنار مجریان سلامت اشکالات رو خودشون لمس نکردن.» (مصاحبه ۷).

کم تجربگی برخی اساتید بازآموزی: «این کلاسها اثربخش نیست به این دلیل که اولاً کسی رو که به عنوان مدرس می آورن یک جوانی است که تازه فارغ التحصیل شده و فکر می کنه هرچقدر چیزهای قلمبه سلمبه بیشتر بگه بهتره، در حالیکه در خارج اساتید از مثالهای ساده و کاربردی استفاده می کنن.» (مصاحبه ۲).

عدم پایبندی به اخلاق حرفه ای: «متأسفانه خیلی از ما اعضای هیات علمی که میریم توی کلاس بازآموزی درس می دیم، صبح تو کلاس یه چیز می گیم و عصر تو مطب یه کار دیگه می کنیم و این تناقض یکی از مهمترین موانعیه که کارایی این کلاسها رو کم می کنه.» (مصاحبه ۱۵).

مشغله زیاد اعضای هیات علمی: «هیات علمی هم زیاد وقت ندارن برای تدریس در بازآموزیها بذارن. وقتی این قبیل کلاسها تعدادش زیاد بشه، هیات علمی هم فرصت ندارند می آیند اسلایدها و مطالب قبلیشون رو ارائه میدن و بنابراین اونها هم به روز نیستن.» (مصاحبه ۱۵).

همکاری کم متخصصین فارماکوتراپی: «ما به شدت نیاز به بازآموزی هایی برای پزشکان داریم که هم با دخالت و تدریس متخصصین پزشکی باشه و هم متخصصین فارماکوتراپی یا داروسازی بالینی.» (مصاحبه ۵).

جدول ۱. موضوع های اصلی و فرعی مرتبط با برگزاری برنامه های آموزش مداوم تأثیرگذار بر وضعیت تجویز داروها

مفاهیم عمده	موضوع های (طبقه) اصلی	موضوع های (طبقه) فرعی
دلایل نیاز به برگزاری آموزش مداوم	عدم آشنایی پزشکان قدیمی با دارودرمانی جدید	
	اطلاعات دارویی و نسخه نویسی ضعیف پزشکان به روز نبودن پزشکان نیاز به تکرار و تثبیت اطلاعات دارویی پزشکان	
موانع برگزاری دوره های بازآموزی اثر بخش	موانع فیزیکی	محدودیت امکانات آموزشی عدم تناسب بین امکانات آموزشی و تعداد پزشکان
	موانع مالی	عدم وجود امکانات مالی مناسب ایراد در منابع تأمین هزینه ها
	موانع انگیزشی	بی انگیزگی برای شرکت در بازآموزیها انگیزه کسب امتیاز و گواهی بازآموزی اجباری بودن بازآموزیها عدم احساس نیاز پزشکان برای شرکت در بازآموزیها
	موانع نظارتی	عدم نظارت صحیح بر حضور و غیاب
موانع اجرایی	موانع اجرایی	بی کفایتی برنامه آموزش مداوم بی کیفیتی محتوای آموزشی عدم تفکیک گروه های مختلف پزشکی شیوه تدریس منفعلانه ضعف سامانه آموزش مداوم عدم وجود آزمون و سیستم پایش کاربردی نبودن آموزش های اساتید کم تجربگی برخی اساتید عدم پایبندی به اخلاق حرفه ای مشغله زیاد اعضای هیات علمی همکاری کم متخصصین فارماکوتراپی
	موانع سیاستگذاری	عدم بازنگری در اهداف و روشهای اجرایی بازآموزیها عدم تفویض اختیار به دانشگاه ها

در مطالعه حاضر، موانع اجرایی متعددی در ارتباط با برنامه های آموزش مداوم تأثیرگذار بر وضعیت تجویز داروها مطرح گردید که بیانگر لزوم بازنگری در محتوی و کیفیت برگزاری این دوره ها می باشد. اگرچه کنفرانس رسمی یا سمینار به شیوه سخنرانی، روش اصلی در اجرای دوره های بازآموزی هم در کشورهای توسعه یافته و هم در حال توسعه می باشد، اما استفاده از انواع مداخلات و شیوه های آموزشی متنوع با کارایی بیشتر در آموزش مداوم کشور ضروری می باشد. توماس (Thomas) و همکارانش در

مطالعه خود، برگزاری کارگاه برای پزشکان عمومی را به عنوان یکی از روش های آموزش مداوم مؤثر معرفی کرده اند که موجب کاهش میانگین اقلام داروهای تزریقی در نسخ پزشکان شده است (۱۳). در مطالعه سانتوزو (Santoso) و همکاران نیز روش بحث گروهی تعاملی و استفاده از مداخله رفتاری تاثیرات مثبتی بر کاهش میزان تجویز غیرمنطقی داروهای تزریقی داشته است (۱۴). در پژوهش کاهان (Kahan) و همکارانش، مداخله آموزشی از طریق سخنرانی تنها در کوتاه مدت مؤثر بوده اما ارسال

نیازمند همکاری طولانی مدت افراد متخصص و اساتید دانشگاهی علیرغم مشغله زیاد آنها می باشد. از طرف دیگر خود مدرسین نیز نیازمند توسعه دانش و مهارت‌های تدریس هستند تا بتوانند به بهترین نحو، اهم مطالب را بصورت کاربردی در اختیار شرکت کنندگان قرار دهند و خود نیز بعنوان الگو بایستی در نسخه نویسی پایبند به اصول علمی و منطقی باشند. بعلاوه لازم است راهکارهایی برای جلب بیشتر مشارکت متخصصین و اساتید باتجربه در بازآموزی ها ارائه گردد.

متأسفانه نتایج بررسی ها نشان می دهد که اکثر پزشکان با انگیزه های غیرعلمی در بازآموزی ها حضور می یابند. انتخاب موضوعات بر اساس نیاز مخاطبین و شناسایی اولویتها، افزایش حرفه ای گرای، استفاده های از شیوه های آموزشی نوین و جذاب و بهبود کیفیت برنامه ها و همچنین پایش علمی و برگزاری آزمون در پایان بازآموزی ها و صدور گواهی بر اساس آن می تواند موجب حضور فعال و با انگیزه شرکت کنندگان شود (۱۹).

نتیجه گیری

این مطالعه مهم ترین موانع موجود بر سر راه دستیابی به یک آموزش مداوم تأثیرگذار بر وضعیت تجویز داروها شامل موانع فیزیکی، موانع مالی، موانع انگیزشی، موانع نظارتی، موانع اجرایی و موانع سیاستگذاری را از دیدگاه صاحب نظران ارائه نمود. به منظور رفع این موانع و پر کردن شکاف موجود بین جایگاه فعلی و وضعیت مطلوب، بازنگری در محتوی و کیفیت برگزاری دوره های بازآموزی، برنامه ریزی بر اساس دستاوردهای مطلوب و ارتقای کیفیت مستمر ضرورت دارد.

تقدیر و تشکر

این مقاله از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد با کد ۳۹۵۳۴۴ استخراج گردیده و با حمایت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان اجرا شده است.

نامه ای محتوی اطلاعات نسخه نویسی افراد همراه با روش فوق کارایی بیشتری در بهبود وضعیت تجویز داشته است (۱۵). آموزش آنلاین، ارسال گایدلاین های بالینی، به اشتراک گذاشتن تجارب و آموزش چهره به چهره نیز از جمله شیوه های کارآمدی هستند که در آموزش مداوم مورد استفاده قرار گرفته و نتایج قابل توجهی در بهبود تجویز داروها داشته اند (۱۶).

رویکرد آموزشی مبتنی بر دستاورد (Outcome-based education) نیز از شیوه های آموزشی جدید است که هم بر چگونگی یادگیری و هم بر عملکرد حاصل از آن تمرکز دارد. این روش در بازآموزی ها مورد استفاده قرار گرفته و مؤثر بوده است. نکته قابل توجه این است که گرچه دوره های متنوع بازآموزی نتایج مفیدی در بهبود برخی از شاخصهای ارزیابی نسخ داشته اند ولی اصلاح رفتارهای پیچیده نیازمند اقدامات جامع تری می باشد. بطور نمونه در مطالعه اسماعیلی و همکاران استفاده از آموزش مبتنی بر دستاورد منجر به کاهش تجویز داروهای تزریقی توسط پزشکان عمومی شده اما بر میزان تجویز داروهای مسکن و آنتی بیوتیکها تاثیری نداشته است (۱۷). گرجانی و همکاران نیز در مطالعه خود گزارش نمودند که روش بحث در گروه های کوچک و به شیوه تعاملی که بطور معمول در تغییر رفتار مؤثر است تأثیری در بهبود وضعیت تجویز دارو توسط پزشکان عمومی نداشت. آنها اذعان داشتند که نسخه نویسی فرآیند پیچیده ای است که تحت تاثیر عوامل زمینه ای، انگیزه های مالی، محدودیت ها و عوامل متعدد دیگری قرار می گیرد و به کار بردن مداخله آموزشی به تنهایی و بدون حل کردن مشکلات زمینه ای نمی تواند معضل تجویز غیرمنطقی دارو را حل نماید (۱۸).

مطالعات گسترده ای بر تاثیر شگرف آموزش چهره به چهره بر تغییر رفتار پزشکان و کاهش تجویز غیرمنطقی دارو اشاره کرده اند (۱۶، ۶). اما این شیوه نیز همانگونه که در نظرات مشارکت کنندگان در مطالعه حاضر بیان شد، بدلیل تعداد زیاد پزشکان فرآیندی بسیار زمان بر بوده و

7. Esmaily HM, Savage C, Vahidi R, Amini A, Zarrintan MH, Wahlstrom R. Identifying outcome-based indicators and developing a curriculum for a continuing medical education programme on rational prescribing using a modified Delphi process. *BMC Medical Education*. 2008; 8: 33.
8. Amini A, Kargarmaher MH, HatamiSadabadi F, Salami H. Determining CME needs of general physicians in East Azerbaijan provinc. *Iranian Journal of Medical Education*. 2002; 1(8): 12-13 (In Persian).
9. Shirazi M, Zeinaloo AA, Sabouri-Kashani A, Alaeddini F. Assessing the gap between current and desirable needs in TUMS CME Unit: participants' viewpoints. *Journal of Medical Education*. 2004; 5(1): 17-22.
10. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf FM, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Systematic Review*. 2009; 2: CD003030.
11. Abedijafari H, Taslimi MS, Faghihi A, Sheikhzadeh M. Thematic analysis and thematic network: the simple and efficient way for explain existence patterns in qualitative data. 5th Ed. Tehran: Andisheh Modiriati Rahbordi. 2011; 10(2): 151-198 (In Persian).
12. Kamarudin G, Penm J, Chaar B, Moles R. Educational interventions to improve prescribing competency: a systematic review. *British Medical Journal*. 2013; 3(8): e003291.

تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

منابع

1. Marandi A. Health in the Islamic Republic of Iran. *Medical Education*. 1997; 5(30): 370-5 (In Persian).
2. WHO. Policy Perspectives on medicines: Promoting rational use for medicine: Core components; 2002; Geneva, Switzerland.
3. Camacho SM, Lopez M, Bron JE, Shinn AP. An assessment of the use of drug and non-drug interventions in the treatment, a protozoan parasite of freshwater fish. *Parasitology*. 2012; 139(2): 149-90.
4. Theodorou M, Tsiantou V, Pavlakis A, Maniadakis N, Fragoulakis V, Pavi E, et al. Factors influencing prescribing behavior of physicians in Greece and Cyprus: results from a questionnaire based survey. *BMC Health Services Research*. 2009; 9(1): 150-8.
5. Ghahremani H. How to prevent overuse of drugs. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2004; 50: 4-9 (In Persian).
6. Ghorbani M, Hosseini SM, Khori V. Investigating the effectiveness of face to face education on decreasing drug interaction in 2005/2006 autumn and winter prescriptions of insurance institutes. *Journal of Azad Islamic University*. 2007; 17(3): 171-5 (In Persian).

- trial. *British Medical Journal*. 2012; 344:
17. Esmaily HM, Silver I, Shiva S, Gargani A, Maleki-Dizaji N, Al-Maniri A, et al. Can rational prescribing be improved by an outcome-based educational approach? A randomized trial completed in Iran. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2010; 30(1): 11-18.
 18. Garjani A, Salimnejad M, Maleki N. The Effect of interactive group discussion among physicians to promote rational use of drugs. *Journal of Medical Education*. 2006; 8(2): 73-81.
 19. 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. *Iranian Journal of Medicine*. 2007; 7(1): 161-7.
 13. Thomas M, Cherian AM, Mathai D. Measuring the impact of focused workshops on rational drug use. *Tropical Doctor*. 1997; 27(4): 206-10.
 14. Santoso B, Suryawati S, Hadiyono JEP, Danu SS, Sunartono B. Interactional group discussion: results of a controlled trial using a behavioral intervention to reduce the use of injections in public health facilities. *Social Science & Medicine*. 1996; 42: 1185-86.
 15. Kahan NR, Kahan E, Waitman DA, Kitai E, Chintz DP. The tools of an evidence-based culture: implementing clinical-practice guidelines in an Israeli HMO. *Academic Medicine*. 2009; 84: 1217-25.
 16. Butler CC, Simpson SA, Dunstan F, Rollnick S, Cohen D R, Gillespie D, et al. Effectiveness of multifaceted educational programme to reduce antibiotic dispensing in primary care: practice based randomized controlled

Cite this article as:

Keyvanara M, Safaeian L, Shojaeizadeh N, Karimi S. Do Continuing Medical Education Programs Improve Drug Prescribing Status in Iran? A Qualitative Study. *Sadra Med Sci J* 2019; 7(3): 261-272.

