



معرفی برنامه های درسی نوآور

درس : برنامه ریزی پیشرفته

جلسه : سیزده

فهرست

۳	اهداف کلی
۳	۱ نیاز به تغییر در برنامه های درسی
۴	۱,۱ مقدمه و اهمیت موضوع
۴	۱,۲ تغییرات در آموزش پزشکی مقدماتی
۴	۱,۳ موج اول اصلاحات در آموزش پزشکی
۴	۱,۴ موج دوم اصلاحات در آموزش پزشکی
۵	۱,۵ موج سوم اصلاحات در آموزش پزشکی
۶	۱,۶ تغییر حرفه پزشکی
۶	۱,۷ پاسخگویی اجتماعی دانشکده های پزشکی
۶	۱,۸ پزشک پنج ستاره
۷	۱,۹ پروژه ارزشیابی و اعتباربخشی آموزش پزشکی
۷	۱,۱۰ پزشکی در هزاره سوم
۹	۲ تغییرات برنامه های درسی در ۱۳۰ دانشکده آمریکای شمالی
۹	۲,۱ سطوح تغییرات در ۱۳۰ دانشکده آمریکای شمالی
۹	۲,۲ برنامه درسی نوآور دانشکده پزشکی ایندیانا (برنامه درسی مبتنی بر شایستگی)
۱۰	۲,۳ برنامه درسی دانشکده پزشکی یوتا
۱۱	۲,۴ برنامه درسی در ۱۲۸ دانشکده پزشکی آمریکا و کانادا در یک نگاه
۱۱	۲,۵ گذاشتن ۱۲ موضوع جدید در برنامه درسی دانشکده پزشکی مکزیک
۱۲	۳ برنامه های درسی نوآور در سایر نقاط دنیا
۱۳	۳,۱ طراحی یک کوریکولوم جدید جهت تقویت مهارت های بالینی در دانشکده پزشکی دندی در اسکاتلند
۱۴	۳,۲ تلفیق اخلاق حرفه ای در آموزش پزشکی در دانشکده های پزشکی انگلیس
۱۵	۳,۳ برنامه درسی جدید در دانشکده های پزشکی کشور آلمان
۱۶	۴ برنامه های نوآور در کشور ما
۱۶	۴,۱ برنامه اصلاحات در آموزش پزشکی در دانشکده پزشکی شهید بهشتی، طراحی برنامه
۱۷	۴,۲ مداخلات صورت گرفته در برنامه اصلاحات شهید بهشتی
۱۸	۴,۳ برنامه تغییر در دانشکده پزشکی شیراز
۱۸	۴,۴ مداخلات صورت گرفته در برنامه دانشکده پزشکی شیراز
۲۰	خلاصه
۲۱	منابع



شناسه جستار
 عنوان جستار: معرفی برنامه های درسی نوآور
 نویسنده: دکتر میترا امینی
 دانشیار مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی
 آخرین تاریخ به روز رسانی: ۱۳۸۹/۸/۲۳
 طراح آموزشی: دکتر مانوش مهربانی
 کارشناس آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
 ویرایش: زهرا صفاری
 کارشناس مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی
 با همکاری :
 مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی
 قطب علمی آموزش الکترونیکی
 دانشگاه علوم پزشکی شیراز

اهداف کلی

در تدوین این درس اهداف کلی زیر مورد نظر است:

۱. آشنایی دانشجویان با اهمیت استفاده از برنامه های درسی نوآور
۲. آشنایی دانشجویان با برنامه های درسی نوین کشور آمریکا
۳. آشنایی دانشجویان با برنامه های درسی نوآور در سایر کشورها
۴. آشنای دانشجویان با برنامه های درسی نوآور در ایران

۱ نیاز به تغییر در برنامه های درسی

➤ نکات کلیدی

سه موج مهم اصلاحات تاکنون در آموزش پزشکی اتفاق افتاده است. اولین موج اصلاحات مربوط به فلکسنر و در سال ۱۹۱۰ بوده است. پزشکی پنج ستاره اصطلاحی است که جهت پزشکان نمونه در نظام سلامت به کار می رود. پاسخگویی اجتماعی یکی از خصوصیات مهم نظام آموزش پزشکی در سال های اخیر است. تغییرات شگرف از نظر جمعیت و باربیماریها وضعیت آموزش پزشکی را مورد تغییر قرار داده است.

➤ اهداف یادگیری

- شما پس از مطالعه این نوشتار قادر خواهید بود :
۱. سه موج مهم اصلاحات آموزش پزشکی را شرح دهید.
 ۲. خصوصیات پاسخگویی اجتماعی آموزش پزشکی را توضیح دهید.
 ۳. خصوصیات پزشک پنج ستاره را توضیح دهید.

۱,۱ مقدمه و اهمیت موضوع

حدود ۱۰۰ سال پیش در سال ۱۹۱۰ فلکسنر^۱ گزارش معروف خود را در خصوص تغییرات در آموزش پزشکی بیان نمود فلکسنر در آن سال گزارش داد که آموزش پزشکی باید تغییر پیدا نماید. گزارش او منجر به کاهش تعداد دانشکده های پزشکی آمریکا شد. مهمترین جنبه گزارش فلکسنر سمت دهی دانشکده های پزشکی به سوی مؤسسه های دانشگاهی بود. در مدل فلکسنر پزشکان در دو سال اول علوم پایه پزشکی را می آموختند و بعد در بیمارستان دانشگاهی فعالیت کلینیکی را ادامه می دادند. در سال های اخیر پس از گذشت ۱۰۰ سال از زمان فلکسنر بیشتر تغییرات در دانشکده های پزشکی به سمت ادغام دروس علوم پایه و بالینی بوده است. در این بحث تعدادی از نمونه های برنامه های درسی جدید معرفی می گردند.

۱,۲ تغییرات در آموزش پزشکی مقدماتی

آنچه که هم اکنون بعنوان آموزش پزشکی مقدماتی در جهان شناخته می شود. برآیند حداقل سه مرحله از اصلاحات در جهان می باشد که عمدتاً در طی قرن گذشته اتفاق افتاده است. تا پیش از این، رویکرد غالب در آموزش پزشکی، رویکرد «استاد - شاگردی» بود که در طی آن فرد شایق علم پزشکی، یک پزشک با تجربه را به عنوان «استاد» انتخاب می کرد، یا در یک بیمارستان به عنوان «شاگرد» شروع به کار می کرد و بر اساس دانش، مهارت ها، تجربه و علایق استاد خود و یا نوع بیمارانی که با آنها مواجه می گشت توشه ای از علم پزشکی می اندوخت و به همین سبب پزشکان از طیف متغیری از دانش و مهارت برخوردار بودند.

۱,۳ موج اول اصلاحات در آموزش پزشکی

تلاش های آبراهام فلکسنر از سال های ۱۹۱۰ تا ۱۹۴۰ موجب اولین موج اصلاحات در نظام آموزش پزشکی در کشورهای غربی شد که منجر به رویکرد سیستماتیک و نظام مند به آموزش پزشکی و تأکید بر اهمیت مدیریت و رهبری آموزش در تربیت پزشکان گشت. حاصل موج اول اصلاحات در آموزش پزشکی تأکید بر استانداردهای برنامه آموزشی و تدارک یک تجربه ی برنامه ریزی شده ی یادگیری بود. پس از این دوره دانشکده های پزشکی تمام تلاش خود را معطوف می داشتند تا دانشجویان از طریق مواجهه با فرصت های یادگیری برنامه ریزی شده، حداقل دانش و مهارت لازم جهت طبابت را کسب نمایند.

۱,۴ موج دوم اصلاحات در آموزش پزشکی

سال های ۱۹۶۰ تا ۱۹۸۰ دومین موج اصلاحات در آموزش پزشکی در جهان به وقوع پیوست که متأثر از پیشرفت شگرفی بود که در تئوری های یادگیری در بزرگسالان صورت گرفته بود. در این زمان، دانشمندان متوجه تفاوت های اساسی بین سازوکارهای یادگیری در کودکان و بزرگسالان شدند. آنان دریافتند برای آنکه بزرگسالان یادگیری مؤثرتری داشته باشند، باید اهمیت موضوع یادگیری را درک نمایند و به آن احساس نیاز نمایند. آنها باید مسئولیت یادگیری را خود به عهده گیرند، یادگیری آنان باید بر پایه ی تجربیات و آموخته های قبلی باشد و بالاخره یادگیری در بزرگسالان باید حول یک مسأله یا وظیفه و در صورت امکان در محیط های واقعی صورت گیرد. یادگیری در بزرگسالان هنگامی اثربخش خواهد بود که محیط آموزشی مبتنی بر احترام و اعتماد متقابل شکل گرفته باشد. موج دوم اصلاحات به طور عمده خود را به صورت تغییرات در روش ها و جایگاه های آموزشی نمایان ساخت و در همین دوره بود که مفاهیم آموزشی دانشجوی محور، یادگیری مبتنی بر حل مسأله، آموزش پزشکی جامعه نگر و ادغام در

^۱ Flexner

آموزش پزشکی در دانشگاه های پیشرو مانند مک مستر کانادا، ماستریخت هلند و داندی اسکاتلند مبنای اصلاحات قرار گرفت. در هر صورت در طی دهه ۸۰ هنوز تأکید اساسی بر آموزش پزشکی بعنوان یک سیستم بود ولی در دهه ۹۰، دیگر این دیدگاه کافی به نظر نمی رسد.

۱,۵ موج سوم اصلاحات در آموزش پزشکی

سرآغاز موج سوم اصلاحات که در سال های ۱۹۹۰ و ۲۰۰۰ به وقوع پیوست را می توان اعلامیه ادینبورو دانست. این اعلامیه که در کنفرانس جهانی سال ۱۹۸۸ مورد توافق کارشناسان آموزش پزشکی بیش از ۸۰ کشور جهان قرار گرفته بود (اجماع جهانی) سال بعد در پارلمان جهانی آموزش پزشکی نیز به طور رسمی مورد تأیید قرار گرفت. در این زمان بود که سؤال «آموزش پزشکی برای چه؟» مطرح شد و با توجه به تغییرات وسیعی که در سیستم ارائه خدمات سلامت به وجود آمد، شعار جدیدی بنام «آموزش پزشکی برای ارائه خدمات سلامت بهتر» شکل گرفت. در مقدمه اعلامیه ادینبورو آمده است: هدف آموزش پزشکی تولید پزشکانی است که نه فقط ارائه کننده خدمات درمانی به کسانی هستند که بهای آن را می پردازند و یا در حال حاضر در دسترس هستند، بلکه سلامت آحاد مردم (تمام مردم) را ارتقاء می دهند. اولین نتیجه این شعار، تأکید بر گسترش جایگاه های آموزشی می باشد. همچنین ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری به اندازه طبابت درمانی اهمیت پیدا می کند که این خود بازنگری کلیه دپارتمانهای آموزشی را در محتوای آموزشی خود ایجاب می نمود.

توصیه های دوازده گانه این اعلامیه می تواند بخوبی خطوط تغییر و اصلاحات مورد نظر این کارشناسان را نشان دهد که عبارتند از:

- (۱) فعالیت های متمرکز در مدارس پزشکی
- (۲) توسعه جایگاه های آموزشی
- (۳) نیازهای سلامت در سطح ملی بعنوان زمینه برنامه درسی
- (۴) بکارگیری متدهای فعال آموزشی
- (۵) لزوم تمرکز بر توانایی های حرفه ای (بجای افزایش تأکید بر حافظه و بخاطر سپاری دانش)
- (۶) آموزش دادن اساتید بعنوان مدرس
- (۷) پیشگیری از بیماری و ارتقاء سلامت
- (۸) ادغام علوم پای و مهارت بالینی
- (۹) انتخاب دانشجوی واجد شرایط (هم از نظر مشخصات هوشی و هم سایر مشخصات)

✓ فعالیت های گسترده تر

- (۱) هماهنگی آموزش پزشکی و نظام مراقبت سلامت
- (۲) تعادل در تولید گروه های مختلف اعم از کارکنان پزشکی و سایر افراد نظام سلامت
- (۳) تربیت چند حرفه ایی و تیمی و آموزش مداوم

در این زمان بود که تمام کشورهای جهان برای بازبینی برنامه های آموزش پزشکی خود در جهت ۱۲ اصل این اعلامیه فرا خوانده شدند. این تغییرات در آموزش پزشکی چنان بود که در سال ۱۹۸۴ مهمترین هدف فدراسیون جهانی آموزش پزشکی^۲ برنامه ایی با همین نام «برنامه ی همکاری بین المللی برای جهت یابی تازه به آموزش پزشکی» قرار گرفته بود ولی از آنجا که برای هر تغییر اجماع اولیه ضروری به نظر می رسد می

² World Federation for Medical Education. (WFME)

توان ادعا نمود، شروع واقعی این برنامه از سال ۱۹۸۸ و در پی اولین نشست ادینبورو بوده است. بدین لحاظ عده ای اعتبار اعلامیه ادینبورو را به عنوان یک الزام جهانی برای اصلاحات در آموزش پزشکی همچنان بدون رقیب می دانند.

۱,۶ تغییر حرفه پزشکی

پنج سال بعد در سال ۱۹۹۳ نشست جهانی دیگری با همکاری فدراسیون جهانی آموزش پزشکی مجدداً در ادینبورو و با عنوان «تغییر حرفه پزشکی» تشکیل شد که نیاز به تعریف جدید آموزشی از پزشکان را تأکید نمود، در پی این نشست جهانی، اعلامیه مشابهی با پیشنهادهای عملی تر منتشر شد که مجدداً لزوم جهت گیریهای آموزشی جدید در نظام های آموزشی جهان را مورد تأکید قرار می داد. ملاحظات اقتصادی، انقلاب مدیریتی و تبدیل پزشکی به تجارت سه عامل جدید بود که در این نشست بعنوان عوامل خارجی تأثیر گذار بر طبابت پزشکی مورد توجه قرار گرفت یک سؤال واضح جامعه از این پس در زمینه کیفیت مراقب سلامت، در برابر سرمایه گذاری مالی بود که برای آن انجام می شد. دیگر پزشکان خدایان در لباس سفید نبودند که نتوان آنها را مورد سؤال قرار داد. بدین ترتیب افزایش تقاضای واضحی برای پاسخگوئی افراد حرفه ایی نظام سلامت به وجود آمد و پاسخگویی اجتماعی از مضامین اساسی دورنمای دانشکده های پزشکی قرار گرفت.

۱,۷ پاسخگویی اجتماعی دانشکده های پزشکی

سازمان جهانی بهداشت پاسخگویی اجتماعی دانشکده های پزشکی را در زمینه فعالیت های آنها چنین تعریف می کند: دانشکده های پزشکی باید نشان دهند که آموزش، تحقیق و فعالیت های خدماتی را در جهت اولویت های سلامت جمعیت، ناحیه و یا کشور هدایت می کنند. این سازمان چهار ارزش ارتباط، کیفیت، هزینه اثربخشی و عدالت را بعنوان چارچوب پاسخگوئی دانشکده های پزشکی در فعالیت های آموزشی، پژوهشی و خدماتی می داند. ارتباط به معنی رویکرد نظام مند در پاسخگوئی به نیازهای جامعه، کیفیت بالای مراقبت سلامت به معنی خدمات مبتنی بر شواهد، جامع و بومی، عدالت به معنی تلاش برای دسترسی به مراقبت سلامت با کیفیت برای آحاد مردم و بالاخره تنظیم اولویت های منطقه ایی و تضمین هزینه اثربخشی از مسئولیت های دانشکده های پزشکی است که باید در پاسخ به نیازهای جامعه انجام گیرد. گزارش بانک جهانی در همین سال (۱۹۹۳) تحت عنوان «گذار سلامت» نیز با ارائه شواهدی در زمینه کشورهای در حال توسعه، بر جهانی بودن تغییرات به وجود آمده در بخش سلامت تأکید می نماید. این گزارش ضمن تأیید تغییر شیوع بیماریها در کشورهای در حال توسعه به سمت الگوهای غربی و تلاش جهانی برای افزایش امید به زندگی، مشکلات اصلی رودروی نظام سلامت را در هر نقطه از جهان از قبیل اپیدمی ایدز و افراد مسنی که مراقبت سلامت را جستجو می کنند مطرح کرده بود.

۱,۸ پزشک پنج ستاره

«پزشک پنج ستاره» اصطلاحی است که از این پس در مورد پزشکان نمونه در نظام سلامت بکار گرفته شده است. پزشک پنج ستاره نمای ایده آل یک پزشک است که باید طیفی از خدمات را در جایگاه های سلامت، با در نظر گرفتن ارزش های ارتباط، کیفیت، هزینه اثربخشی و عدالت در سلامت ارائه نماید.

پنج مشخصه این پزشکان که از آنها به «مهارت های اساسی و جهانی پزشکان» تعبیر می شود عبارتند از:

(۱) ارائه کننده خدمات

(۲) تصمیم گیرنده

۳) برقرار کننده ارتباط

۴) رهبر جامعه

۵) مدیر

ایفای این نقشها مستلزم ایجاد قابلیت های و توانایی های جدیدی در پزشکان است که منجر به اصلاحات عمیق در نظام آموزش پزشکی، چه از نظر اهداف و محتوا و چه از نظر فرآیند گردید. یک دانشکده پزشکی به منظور تربیت پزشکان پنج ستاره باید تغییراتی در برنامه آموزشی خود ایجاد می نمود و تضمین می کرد تا ابداعات خود فارغ التحصیلانی تحویل می دهد که در آینده در محیط کاری و در تعامل مداوم با الزامات اصلاحات سلامت، بطور مناسب عمل می نمایند.

در سال ۱۹۹۳ با انتشار مستند «پزشکان فردا» توسط شورای پزشکی عمومی انگلیس، حرکت به سمت افزایش تجربه در جایگاه آموزشی جامعه، بیشتر مورد حمایت قرار گرفت. در طی سال های ۹۵ و ۱۹۹۴ توصیه های ادینبورو در ۶ کنفرانس اروپایی، آفریقا، خاور میانه، جنوب شرقی آسیا و پاسیفیک غربی مورد تأکید قرار گرفت.

در سال ۱۹۹۵ در نشست جهانی سلامت تحت نام «جهت یابی تازه آموزش پزشکی و طبابت برای سلامت همگان» توصیه شد که اصلاحات نظام سلامت و آموزش و طبابت افراد حرفه ای، با یکدیگر هماهنگ شوند. سازمان جهانی بهداشت در این زمان متعهد گردید که از طریق برگزاری جلسات مشاوره ایی و ابداعات منطقه ایی و با در پیش گرفتن سیاست ها، استراتژی ها و راهکارهای جدید و متناسب، تلاش های جهانی را برای اصلاحات آموزش پزشکی و طبابت در جهت اصول «سلامتی برای همه» هدایت نماید.

۱،۹ پروژۀ ارزشیابی و اعتباربخشی آموزش پزشکی

علیرغم همه این تلاش ها روند کند تغییرات در آموزش پزشکی به حدی بود که بالاخره فدراسیون جهانی آموزش پزشکی را بر آن داشت تا در سال ۱۹۹۸ با ارائه «پروژه ارزشیابی و اعتباربخشی دانشکده های پزشکی» به تحریک دانشکده های پزشکی در راستای توصیه های جهانی اقدام نماید. در این پروژه فدراسیون جهانی آموزش پزشکی تلاش نمود کلیه انتظارات از آموزش پزشکی امروز را در عبارات استانداردهای آموزشی بین المللی جمع آوری نموده و با استفاده از اهرم اعتباربخشی جهانی، دانشکده های پزشکی را به گام برداشتن در جهت تأمین آنها ترغیب نماید. ماحصل این تلاش ها تدوین و تأیید استانداردهای جهانی آموزش پزشکی مقدماتی در سال ۲۰۰۳ می باشد که به خوبی می توان ردپای توصیه های ادینبورو و تغییرات انجام گرفته در آموزش پزشکی پس از آن را، در این استانداردها مشاهده نمود.

۱،۱۰ پزشکی در هزاره سوم

بدین ترتیب ماحصل فعالیت های انجام گرفته طی سه موج اصلاحات، پیشرفت های مطالعاتی در علوم شناختی، همراه با شرایط نظام سلامت مجموعه شرایطی است که نمای آموزش پزشکی را در هزاره سوم چنین ترسیم می نماید: در این زمان به دنبال انفجار اطلاعات در بخش سلامت، افزایش پیچیدگی در نظام سلامت، تغییر الگوی بیماری ها، پیر شدن جمعیت، جهانی شدن، ظهور فن آوری های جدید و افزایش چشمگیر در هزینه های بخش سلامت، آموزش پزشکی ناگزیر است که برای تطبیق با این شرایط تغییرات مشخصی را لحاظ نماید.

* توجه بیش از پیش به نقش عوامل اجتماعی در سلامت آحاد جامعه سبب شده است تا نقش پزشکان علاوه بر ارائه دهنده ی خدمات تشخیصی و درمانی بعنوان رهبر جامعه در رابطه با مقولات مرتبط به سلامت و ترویج کننده سلامت تثبیت گردد.

* امروزه رشد و تغییر دانش پزشکی به حدی سریع است که آموخته های یک دانشجوی پزشکی در حین تحصیل، تنها مدت کوتاهی پس از فارغ التحصیلی، برای یک طبابت کیفی و به روز کفایت می نماید. به این ترتیب نقش دیگری برای پزشکان تعریف می شود که همانا نقش مدیریت

دانش پزشکی است. پزشکان هزاره سوم باید بتوانند در کوتاهترین زمان اطلاعات لازم جهت رفع مشکلات بیماران خود را به دست آورند، صحت و روایی این اطلاعات را بررسی نمایند و این اطلاعات را در مراقبت از بیماران خود بکار ببندند.

* هم راستا با این تغییر در وظایف پزشکان، نظام آموزشی نیز باید سازوکارهای یادگیری خود محور را در برنامه های آموزشی خود به کار گیرد که یکی از اجزای اساسی موج سوم اصلاحات آموزش پزشکی در سطح جهان بوده است.

* در این دوره سلامت مردم تنها توسط یک فرد به نام پزشک تضمین نمی شود و تعامل فعال تعداد زیادی از شاغلین به حرف پزشکی و پیراپزشکی، می تواند موجبات سلامت فرد و جامعه را مهیا نماید. به همین سبب امروزه هماهنگی بین حرفه ای یکی از مشخصات اصلی نظام های سلامت در سطح جهان محسوب می شود و به تبع آن نظام های آموزشی برای تربیت افرادی که بتوانند در قالب یک تیم هماهنگ خدمت نمایند، باید راهکارهای جدیدی را برگزینند که یکی از آنها آموزش و یادگیری در گروه های دانشجویی با ترکیب چند رشته ایی است.

* و بالاخره در طی چند دهه ی اخیر، تغییر شگرفی از نظر ترکیب جمعیت و بار بیماری ها رخ داده است که از آن بحث عنوان گذار جمعیت شناختی و گذار همه گیر شناختی یاد می شود. دیگر بر خلاف چند دهه ی قبل، بیماری های عفونی قاتلین شماره یک بشر محسوب نمی شوند و این بیماری ها جای خود را به بیماری های قلبی - عروقی، سرطان، تصادفات و سوانح داده اند. هم راستا با این تغییرات، محتوای آموزش پزشکی نیز باید دستخوش تغییر شود.

➤ آزمون

۱- کدامیک از تعاریف زیر پاسخگویی اجتماعی دانشکده های پزشکی را نشان می دهد؟
الف) دانشکده های پزشکی باید نشان دهند که آموزش، تحقیق و فعالیت های خدماتی را در جهت اولویت های سلامت جمعیت ناحیه و یا کشور هدایت می کنند.

ب) چهار ارزش ارتباط، کیفیت، هزینه اثربخشی و عدالت چهارچوب پاسخگویی اجتماعی فعالیت های دانشکده پزشکی را نشان می دهند.

ج) هر دو

د) هیچکدام

گزینه " ج " صحیح است.

۲- پزشک ۵ ستاره شامل تمام موارد زیر است بیجز؟

الف) ارائه دهنده خدمات

ب) مدیر

ج) برقرار کننده ارتباطات

د) پژوهشگر

گزینه " د " صحیح است.

۳-

الف)

ب)

ج)

د)

گزینه " " صحیح است

۲ تغییرات برنامه های درسی در ۱۳۰ دانشکده آمریکای شمالی

➤ نکات کلیدی

۱. ۱۳۰ دانشکده پزشکی در کشور آمریکا درجات متفاوتی از تغییر را در برنامه درسی خود ایجاد کرده اند.
۲. آشنا سازی دانشجویان با بالین در برنامه های جدید در سال های پایین تر اتفاق می افتد.
۳. در بیشتر دانشکده ها شایستگی برای دانشجویان پزشکی تعریف می شود.

➤ اهداف یادگیری

شما پس از مطالعه این نوشتار قادر خواهید بود :

۱. خصوصیات دانشکده های پزشکی آمریکا در جهت تغییر در برنامه های درسی شرح دهید.
۲. شایستگی های مشخص شده برای پزشکان را توضیح داده خصوصیات برنامه های مبتنی بر شایستگی را شرح دهید.

۲,۱ سطوح تغییرات در ۱۳۰ دانشکده آمریکای شمالی

۱۳۰ دانشکده پزشکی در این کشور درجات متفاوتی از تغییر در برنامه درسی خود ایجاد کرده اند مشخص کردن دقیق پیامدهای درسی و تعیین برنامه درسی مبتنی بر پیامد یکی از موارد است. تغییر روش آموزشی به سمت روش های آموزش بزرگسالان، استفاده از سطوح متفاوت ادغام در این دانشکده ها قسمتی از این تغییرات است. استفاده از کامپیوتر در آموزش بخصوص در بحث پزشکی مبتنی بر شواهد و روش جستجو در بیشتر دانشکده ها دیده می شود. تغییر در روش های ارزشیابی و استفاده از ارزشیابی عملکرد در تمام دانشکده ها مشاهده می شود. آشناسازی دانشجویان با بالین در سال های پایین تر اتفاق می افتد. تماس زودرس با بیمار حتی در هفته اول ورود به دانشکده پزشکی گزارش شده است. آموزش در جامعه و آموزش درمانگاهی نیز اهمیت فوق العاده ای پیدا کرده است در قسمت های بعدی برخی از این برنامه های درسی نوآور معرفی می گردند.

۲,۲ برنامه درسی نوآور دانشکده پزشکی ایندیانا (برنامه درسی مبتنی بر شایستگی)

در این دانشکده تغییرات زیادی به منظور تغییر برنامه درسی صورت گرفته است. این برنامه یک برنامه مبتنی بر شایستگی بوده است که بر اساس شایستگی های یک پزشک طراحی شده است. همچنین در این برنامه پیامدها و ارزشیابی دانشجویان نیز مورد تأکید قرار گرفته است.

در ابتدا ۹ شایستگی یک پزشک برای این برنامه درسی به شرح زیر تعریف شده است :

- (۱) مهارت های ارتباطی
- (۲) مهارت های بالینی پایه
- (۳) استفاده از دانش پزشکی در تشخیص، درمان و پیشگیری از بیماری ها
- (۴) آموزش مادام العمر
- (۵) خودآگاهی و ارتقاء شخصی
- (۶) جنبه های اجتماعی در مراقبت های پزشکی
- (۷) قضاوت های اخلاقی و قانونی
- (۸) حل مسأله
- (۹) اخلاق حرفه ای

برای رسیدن به شایستگی های فوق مراحل زیر در این دانشکده پزشکی مورد تأکید قرار گرفت:

- افزایش تعداد اعضای هیأت علمی توانا
- طراحی یک برنامه درسی ادغام یافته که بتواند تمام شایستگی ها را در بر گیرد.
- تغییر فرهنگ و حرکت از سمت یک برنامه درسی رسمی به سمت برنامه درسی مبتنی بر شایستگی
- استفاده از روش های جدید آموزش
- تقویت سیستم الکترونیکی
- اختصاص بودجه کافی جهت برنامه جدید

در شروع برنامه مشکلاتی وجود داشت از جمله عدم هماهنگی اساتید با برنامه درسی جدید و ترس دانشجویان از اینکه این برنامه حجم کاری آنان را افزایش دهد.

لیکن پس از شروع برنامه و بعد از اجرای آن ارزشیابی های انجام شده نشان دهنده رضایت دانشجویان و اساتید از برنامه ها و همچنین دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده بود.

۲،۳ برنامه درسی دانشکده پزشکی یوتا^۳

در این دانشکده مدیریت برنامه درسی به شرح زیر است:

رئیس دانشکده مسئول کل برنامه درسی است.

یک کمیته برنامه درسی مسئول هماهنگی برنامه درسی، بودجه ها، ارزشیابی و سنجش پیامدها است.

در هر سال خاص برنامه درسی توسط کمیته برنامه درسی مورد بازنگری قرار می گیرد. سیاست های برنامه درسی توسط اعضای هیأت علمی پایه و بالینی مورد بازنگری قرار می گیرد.

از سال ۲۰۰۶ تا ۲۰۰۹ برنامه درسی مورد بازنگری کلی قرار گرفته و استراتژی های جدیدی در آن اعمال شده است.

در حال حاضر در برنامه جدید دپارتمانهای جدا وجود ندارد و سیستم از سنتی به سمت ادغام یافته حرکت کرده است.

❖ پیامدهای یادگیری

پیامدهای یادگیری در سال ۱۹۹۶ در این دانشکده تعریف شد و در سال ۲۰۰۳ مورد بازنگری قرار گرفت. دانش، نگرش، مهارت، محیط آموزشی، ارزشیابی، روش های آموزش مشخص شد.

از کامپیوتر در این دانشکده استفاده زیادی شده است، تمام دانشجویان یک لب تاپ شخصی دارند.

استفاده از تکنولوژی کامپیوتری در ارزشیابی برنامه - دانشجو و حتی ارائه دروس نقش به سزایی دارد.

روش های ارزشیابی در این دانشکده به سمت ارزشیابی عملکرد پیش رفته است. از بیمار استاندارد در ارزشیابی استفاده می شود. برای ارزشیابی عملکرد از OSCE همراه با بازخورد به دانشجویان استفاده می گردد.

در کوریکولوم جدید دانشجویان ۱۸ ماه در مراکز مراقبت های اولیه آموزش می گیرند.

تعداد واحدهای اختیاری در کوریکولوم جدید افزایش یافته است.

³ Utah school of medicine

۲,۴ برنامه درسی در ۱۲۸ دانشکده پزشکی آمریکا و کانادا در یک نگاه

در برنامه درسی ۱۲۸ دانشکده پزشکی آمریکا و کانادا موارد زیر به عنوان موارد جدید اضافه شده :
 مباحث مربوط به سلامت بیمار، ارتقاء کیفیت، آموزش مبتنی بر تیم، استفاده از بیمارنماها در بیشتر دانشکده ها اضافه شده.
 تفکر انتقادی و مهارت استدلال بالینی بخصوص در دانشکده پزشکی نیویورک و سنت لوئیس مورد تأکید قرار دارد.
 بیوتورویسم، مدیریت بحران در دانشکده هاوارد و تعداد دیگری از دانشکده ها اضافه شده.
 آموزش تفاوت های فرهنگی در دانشکده هایی مثل داکوتای شمالی، تگزاس و واشنگتن مورد تأکید قرار دارد.
 دانشکده پزشکی یل، تعاملات بین رشته ای، فشارهای اجتماعی در محیط بیمارستان مورد تأکید قرار گرفته است.
 پاسخگویی اجتماعی در تعداد زیادی از دانشکده ها نظیر آریزونا مورد تأکید قرار دارد.
 معنویت در پزشکی در تعدادی از دانشکده ها نظیر کارولینا به برنامه درسی اضافه شده است.
 آموزش در جامعه نیز در بسیاری از دانشکده ها نظیر کانزاس، الینویز، مورد تأکید است.

۲,۵ گذشتن ۱۲ موضوع جدید در برنامه درسی دانشکده پزشکی مکزیک

در این برنامه درسی به دلیل نیاز به سلامت رفتاری، مهارت های کلینیکی، مهارت های ارتباطی، اخلاق پزشکی، پزشکی مبتنی بر شواهد، طب سالمندان، خشونت خانگی، بهداشت عمومی، درمانهای تسکینی، مسایل فرهنگی، مدیریت اطلاعات، پزشکی ادغام یافته، ۱۲ موضوع جدید در برنامه درسی گنجانده شده است.

به عنوان مثال در برنامه درد و مدیریت درد اهداف زیر آورده شده است:

- آناتومی و فیزیولوژی درد
- تعریف درد
- توصیه ها جهت درمان درد
- درد در بیماران خاص
- درد پس از عمل
- درد در مواقع اورژانس
- درد در بیماری های مزمن
- دردهای روماتولوژیکی
- مسایل قانونی درمان درد

❖ اهداف

فاز اول: دانشجو باید پاتوفیزیولوژی درد را توضیح دهد.
 فاز دوم: روش بررسی درد در بزرگسالان و بچه ها را توضیح دهد.
 فاز سوم: داروهای مؤثر در درمان درد را لیست کند.

❖ ارزشیابی

امتحان چهارگزینه ای

بیمار استاندارد و چک لیست

بدیهی است که این ۱۲ مورد بصورت افقی و عمودی در برنامه درسی ادغام می شوند.

➤ آزمون

۱- کدامیک از جملات زیر صحیح است؟

الف) ۱۳۰ دانشکده پزشکی آمریکا مدل مشابه ای را برای تغییر در برنامه درسی خود انتخاب کرده اند.

ب) آشناسازی دانشجویان در برنامه های جدید با بالین در سال های بالینی اتفاق می افتد.

ج) آموزش در جامعه و آموزش درمانگاهی در سال های اخیر اهمیت زیادی پیدا کرده است.

د) استفاده از سطوح ادغام در تمام دانشکده های پزشکی آمریکا در سطح ادغام کامل بوده است.

گزینه " ج " صحیح است

۲- همه پیامدهای یادگیری زیر در دانشکده یوتا در آمریکا مورد تأکید قرار دارد بجز؟

الف) مهارت های ارتباطی

ب) حل مسأله

ج) اخلاق حرفه ای

د) علوم پایه

گزینه " د " صحیح است

۳ برنامه های درسی نوآور در سایر نقاط دنیا

➤ نکات کلیدی

۱. در سایر نقاط دنیا بجز آمریکا نیز از برنامه های درسی نوآور استفاده شده است.

۲. یکی از دانشکده های پزشکی معروف در اسکاتلند در بخش آموزش پزشکی دندی است.

۳. در بیشتر برنامه های نوآور پیامدها مورد تأکید قرار گرفته اند.

۴. تلفیق اخلاق حرفه ای در برنامه درسی پزشکی عمومی کشور انگلیس اهمیت زیادی دارد.

➤ اهداف یادگیری

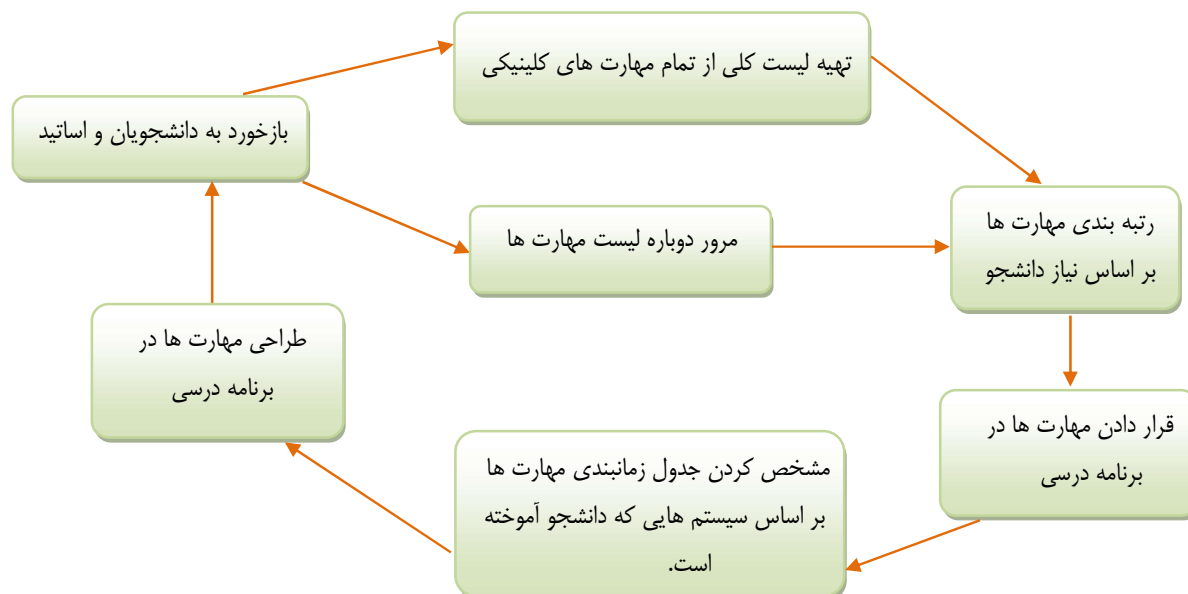
شما پس از مطالعه این نوشتار قادر خواهید بود :

۱. نمونه هایی از برنامه های تغییر در کشورهای مختلف دنیا را نام ببرید.

۲. خصوصیات برنامه های نوآور را بطور کلی شرح دهید.

۳,۱ طراحی یک کوریکولوم جدید جهت تقویت مهارت های بالینی در دانشکده پزشکی دندی^۴ در اسکاتلند

دانشکده پزشکی دندی در اسکاتلند یکی از دانشکده های پزشکی پیشرو در بحث آموزش پزشکی است. در کوریکولوم جدید این دانشکده مبحثی به عنوان تقویت مهارت های بالینی جهت دانشجویان سال دوم پزشکی اضافه شده است. در سال دوم پزشکی دانشجویان صبح ها در سیستم ادغام یافته آموزش می بینند و در عصرها در مرکز مهارت های بالینی، مرکز آموزش درمانگاهی سرپایی در خصوص مهارت های بالینی آموزش می بینند. اولین سیستمی که این دانشجویان آموزش می بینند سیستم هماتولوژی است چرا که تاریخچه دقیق یکی از اصول مهم تشخیص در بیماری های هماتولوژی است و از طرفی معاینه دست و صورت خیلی از علائم بیماری های هماتولوژی نظیر کم خونی را به دانشجویان می آموزد، سیستم هماتولوژی در کنار بقیه سیستم ها معنی می یابد و دانشجو می تواند ارتباطات بین سیستمی را بیاموزد، از طرفی خونگیری که یکی از مهارت های ضروری جهت دانشجویان پزشکی است در این سیستم آموزش داده می شود.



نمودار شماره ۱ : مراحل طراحی برنامه درسی جدید در دانشکده پزشکی دندی است.

- به طور مثال یک برنامه سه هفته ای آموزش مهارت ها در سیستم هماتولوژی در زیر آورده شده است.

زمان	مهارت	روش ها
هفته اول ۳/۰۰-۲/۰۰ بعد از ظهر	گرفتن تاریخچه	از طریق بیمارناها آموزش سؤالات باز و بسته در تاریخچه
۳/۰۰-۳/۳۰	معاینه فیزیکی	از طریق بیمارناها معاینه کامل و کلی
۳/۳۰-۴/۰۰	خونگیری	از طریق مولاژ دست
هفته دوم ۲/۰۰-۲/۳۰	گرفتن تاریخچه و خلاصه کردن اطلاعات	در این قسمت از طریق بیمارناها تاریخچه های دقیق تری گرفته شده و اطلاعات خلاصه می گردند.
۲/۳۰-۳/۳۰	معاینه	از طریق بیمارناها علاوه بر معاینه کلی - معاینه غدد لنفاوی و همچنین کبد و طحال آموزش داده می شد.
۳/۳۰-۴/۰۰	خونگیری	از طریق مولاژ دست
هفته سوم ۲/۰۰-۲/۳۰	گرفتن تاریخچه	تاریخچه بیماری های خاص خونی مثل لوکمیا از طریق بیمار استاندارد
۲/۳۰-۳/۰۰	معاینه فیزیکی	از طریق بیمارناها علاوه بر معاینه کلی معاینه اختصاصی هم صورت می گیرد.
۳/۰۰-۳/۳۰	خونگیری	دانشجویان از یکدیگر خون می گیرند.
۳/۳۰-۴/۰۰	بازدید از آزمایشگاه	دیدن فرمهای آزمایشگاهی و نحوه درخواست آزمایشات

نظیر همین برنامه در سیستم های دیگر نیز اجرا می شود.

✓ ویزیت بیمار در منزل به عنوان جزئی از برنامه تغییر یافته دانشکده پزشکی دندی

در تغییرات برنامه درسی دانشکده پزشکی دندی دانشجویان پزشکی یک بیمار با بیماری مزمن را در منزل در مورد معاینه قرار می دهند و با تجربیات او در خصوص بیماری خود آشنا می شوند این فعالیت در راستای ارتقاء فعالیت های پزشکی جامعه نگر در این دانشکده طراحی شده است.

۳,۲ تلفیق اخلاق حرفه ای در آموزش پزشکی در دانشکده های پزشکی انگلیس

با توجه به اهمیت بحث اخلاق حرفه ای تلفیق آن در برنامه های درسی نوآور بسیار اهمیت دارد. در گذشته آموزش اخلاق حرفه ای بیشتر از طریق الگوها بوده است و در خصوص تلفیق آن در برنامه درسی کمتر کار شده است.

پس از مشخص کردن پیامدها در برنامه درسی مبتنی بر پیامد، آموزش اخلاق حرفه ای در کل برنامه درسی پزشکی عمومی کشور انگلیس مورد تأکید قرار گرفت. در ابتدا دانش اخلاق حرفه ای مورد تأکید قرار گرفت و ارتباط بین دانشکده های پزشکی و جامعه اهمیت اخلاق حرفه ای و همچنین اصول اخلاقی به دانشجویان آموزش داده شد. در آموزش رفتار حرفه ای از روش های مختلفی در بالین استفاده شد برای آموزش دانشجویان در سال های پایین تر از تماس زودرس با بیمار استفاده شد و برای دانشجویان سال های بالاتر از آموزش بر بالین استفاده شد. بیمارناها نیز جهت این آموزش استفاده شدند.

۳,۳ برنامه درسی جدید در دانشکده های پزشکی کشور آلمان

در حال حاضر آموزش پزشکی در مقطع پزشکی عمومی در دانشکده های پزشکی آلمان تغییرات قابل توجهی یافته است این تغییرات بیشتر از سال ۲۰۰۲ اعمال شده است. مقایسه در خصوص وضعیت برنامه های درسی، روش آموزش و ارزشیابی در این کشور قبل و بعد از تغییرات در جدول زیر نشان داده شده است.

بعد از تغییرات	قبل از تغییرات	
اضافه کردن مباحث مهم	سیستم سنتی	برنامه های درسی
استفاده از روش های جدید آموزشی (آموزش توسط بیمار استاندارد)	بیشتر سخنرانی	روش های آموزش
ارزشیابی عملکرد	بیشتر تست های چهار جوابی	ارزشیابی ها

✓ **نکته:** یکی از مهمترین برنامه های درسی نوآور در کل جهان، برنامه های درسی مبتنی بر پیامد است که در یک جلسه کامل توضیح داده خواهد شد.

➤ آزمون

۱- همه جملات زیر صحیح است بجز؟

- الف) در دانشکده های پزشکی انگلیس بحث تلفیق اخلاق حرفه ای در برنامه های درسی اهمیت زیادی دارد.
- ب) در دانشکده های پزشکی آلمان مباحث مهم به برنامه درسی اضافه شده است.
- ج) ویزیت بیمار جزئی از برنامه تغییر یافته دانشکده پزشکی دندی است.
- د) خونگیری در برنامه دندی در هفته اول روی بیمار صورت می گیرد.

گزینه " د " صحیح است

۲- در کوریکولوم دانشکده پزشکی دندی کدام یک از موارد زیر مورد تأکید قرار گرفته است؟

- الف) تقویت مهارت های بالینی در دانشجویان سال دوم پزشکی
- ب) تقویت اخلاق پزشکی در سال اول پزشکی

ج) تقویت دروس علوم پایه

د) هیچکدام

گزینه " الف " صحیح است

۴ برنامه های نوآور در کشور ما

➤ نکات کلیدی

۱. نیاز به تغییر در آموزش پزشکی کشور ما هم بطور جدی دیده شد.
۲. برنامه اصلاحات دانشکده پزشکی شهید بهشتی یکی از کاملترین برنامه های نوآور است.
۳. سایر دانشگاه ها از جمله دانشگاه علوم پزشکی شیراز نیز برنامه ادغام را جهت دوره پزشکی عمومی اجرا کرده اند.

➤ اهداف یادگیری

شما پس از مطالعه این نوشتار قادر خواهید بود :

۱. علل نیاز به تغییر در کشور ما را شرح دهید.
۲. برنامه اصلاحات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی را توضیح دهید.
۳. برنامه ادغام دانشگاه علوم پزشکی شیراز را شرح دهید.

۴,۱ برنامه اصلاحات در آموزش پزشکی در دانشکده پزشکی شهید بهشتی، طراحی برنامه

از اسفند ماه ۱۳۷۹ و در چارچوب بازنگری برنامه آموزشی پزشک عمومی، کمیته رفرم مطالعات و توسعه آموزش پزشکی شهید بهشتی در یک دوره زمانی ۲۰ ماهه، به بررسی تحولات آموزشی پزشکی در جهان و ایران بر اساس مطالعات زیر پرداخت:

الف) مطالعه متون مربوط به اصلاحات پزشکی در سطح جهان

ب) بررسی موردی برنامه آموزشی و اصلاحات صورت گرفته در برنامه آموزشی پزشکی مقدماتی در حدود ۳۰۰ دانشکده پزشکی جهان شامل:

۱- ۱۳۰ دانشکده آمریکای شمالی

۲- دانشکده های انگلستان، ولز و اسکاتلند

۳- دانشکده های پزشکی معتبر در سایر کشورهای اروپایی

۴- دانشکده های پزشکی در استرالیا و نیوزلند

۵- دانشکده های پزشکی در حال توسعه

مجموعه این مطالعات نشان می داد که نیازهای مشترک جهانی برای تغییر در آموزش پزشکی را می توان در موارد ذیل خلاصه نمود.

نیاز به رویکرد نظام مند در پاسخگویی به نیازهای در حال تغییر نظام سلامت و توجه به:

- گذار جمعیت شناختی
- گذار همه گیری شناسی
- تغییر دیدگاههای سلامت (تغییر الگوهای طبابت و ارتباط پزشک و بیمار و اهمیت این ارتباط، تغییر الگوهای مراقبت و اولویت ارتقاء سلامت)
- ورود مفهوم هزینه- اثربخشی در نظام سلامت
- نیاز به برقراری اصول طبابت صحیح خصوصاً طبابت مبتنی بر شواهد
- نیاز به مدیریت دانش پزشکی در مواجهه با انفجار اطلاعات

به عمده این تغییرات در برنامه های درسی جدید به شکل های زیر پاسخ داده شده است.

- توسعه یادگیری خود محور و مهارت های یادگیری مادام العمر
- تأکید بر کم شدن حجم اطلاعات محض در برنامه آموزشی
- تبیین بخش های محوری و انتخابی در برنامه درسی
- اشکال مختلف ادغام دانش پایه و بالینی
- اهمیت انعکاس موضوعات و مشکلات جاری نظام سلامت در برنامه آموزشی
- تأکید بر اطمینان از دستیابی به توانمندی های ضروری طبابت بعنوان پیامد واقعی نظام های آموزشی و آموزش پیامد محور
- همچنین بحث های زیر در بیشتر کوریکولوم ها مورد تأکید قرار دارند.
- طبابت مبتنی بر شواهد
- تکنولوژی اطلاعات
- مهارت های ارتباطی
- اخلاق پزشکی
- مفاهیم پیشگیری و ارتقاء سلامت

در پی این مطالعات و مشخص نمودن خطوط کلی و اولیه تغییر، کمیته رفرم مرکز توسعه دانشگاه شهید بهشتی که بدنبال الگوی مناسب تغییر خود بود، الگوئی نظام مند تحت عنوان الگوی SPICES را برگزید که در یک زمان هم نیازهای تغییر در شرایط طبابت هزاره سوم را در خود داشت و هم می توانست استراتژی های مشخص آموزشی را در برنامه مشخصی نماید. این مدل که یکنوع برخورد سیستماتیک با استراتژی های آموزشی می باشد، توسط هاردن در سال ۱۹۸۴ ارائه شده است. در این مدل هر یک از استراتژی های آموزشی به شکل یک طیف دیده شده و هر دانشکده پزشکی می تواند بسته به شرایط خود محل مطلوب خود را در این طیف مشخص نماید. این مدل به ادعای هاردن مدلی است که می تواند برای طراحی برنامه های جدید مورد استفاده قرار گیرد و همچنین در تغییر برنامه های جاری نیز بکار گرفته می شود. (شرح مبسوط این مدل در جلسات قبلی آورده شده است). انعطاف پذیری این مدل بسته به شرایط بومی، همراه با جامعیت آن که جهت گیریهای جدید آموزشی را در کنار نگاه سنتی آن می دید، از مزیت های این مدل بود که کمیته مربوطه را متقاعد نمود از این مدل بعنوان الگوی تغییر استفاده نماید.

۴،۲ مداخلات صورت گرفته در برنامه اصلاحات شهید بهشتی

- پس از دو سال و بر اساس دانش تولید شده در این بخش، نقشه انتقالی طرح اصلاحات برنامه آموزشی پزشکی عمومی شهید بهشتی طراحی گردید که اهداف کلی مداخلات صورت گرفته در این برنامه را می توان به شرح ذیل خلاصه نمود:
- ۱- افزایش مسؤلیت پذیری دانشجو در برابر یادگیری و زمینه سازی برای یادگیری مادام العمر و خود مدار
 - ۲- تبیین اصول پزشکی علمی، طبابت مبتنی بر شواهد و تفکر نقادانه در برنامه آموزشی
 - ۳- مشخص نمودن بخشی از علوم پایه که زیربنای اصلی علوم بالینی بوده و محتوای محوری علوم پایه را تشکیل می دهد و همچنین ایجاد ارتباط دو طرفه بین این علوم
 - ۴- امکان تماس زودرس با بیمار از طریق حضور زودرس در محیط های بالینی و جامعه
 - ۵- فراهم آوردن زمینه های تجربه برنامه ریزی شده یادگیری در مقاطع بالینی آموزش
 - ۶- تبیین ادغام های متعدد افقی و عمودی در برنامه آموزشی
 - ۷- فراهم نمودن زمینه های آشنایی وسیع دانشجویان با جامعه و وظایف و محیط های شغلی آینده ایشان
 - ۸- تبیین ساختار مدیریت جدید برنامه آموزشی با تعریف کمیته برنامه ریزی آموزشی و سایر کمیته های مرتبط

۴,۳ برنامه تغییر در دانشکده پزشکی شیراز

در دانشکده پزشکی شیراز برنامه ادغام بانسکلیت کمیته مرکزی بازرنگری دروس علوم پایه از مهر ماه سال ۱۳۸۶ زیر نظر معاون آموزشی دانشگاه، و مطالعه کتابخانه ای کل روش های آموزش پزشکی در دنیا و ایران در مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی شروع شد. با توجه به انواع مختلف روش های ادغام پس از یک تحلیل موقعیت^۵ و بررسی نظرات اساتید موافق و مخالف و محدودیت های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز از مدل طراحی کوریکولوم مالکوم اسکیل بک Malcom Skilbeck بصورت جلسات متعدد با اساتید مربوطه و بارش افکار از (گروه متمرکز^۶) استفاده شد. و بتدریج با شکل گرفتن ایده و جلسات علمی متعدد مقاومت ها بسیار کمتر شد. در جلسات بعدی گروهی به عنوان گروه ادغام شامل کمیته مرکزی بازرنگری و نمایندگان در هر بخش علوم پایه تشکیل شد و روش های اجرای این سه روش از ابعاد مختلف در حضور ریاست محترم دانشگاه و معاون محترم آموزشی دانشگاه بررسی شد. در بازدید کارشناسان خبره آموزش دانشگاه های کانادا، انگلیس، مالزی و سنگاپور از دانشگاه علوم پزشکی شیراز روش های مطرح در جلسات ملاقات با خبرگان^۷ به چالش گذاشته شد و کارشناسان متخصص جهت بررسی وضع تغییر از دانشگاه های آمریکایی مورد استعلام قرار گرفتند. با توجه به وضع بودجه و مشکلات اجرایی: روش "ادغام افقی به صورت مدول های ارگانی و ادغام عمودی به روش تماس زودرس" مورد تأیید قرار گرفت و پس از این اجماع و تأیید توسط ریاست محترم دانشگاه و معاون محترم آموزشی وزارت بهداشت و آموزش پزشکی راهکارهای اجرایی آن مورد بررسی قرار گرفت.

کمیته ادغام همواره به دنبال جمع آوری داده هایی از نحوه اجرای برنامه، میزان دستیابی به اهداف، رضایت گروه دانشجویان و اساتید بوده و در پاسخ به داده های جمع آوری شده، اقدام به ایجاد تغییرات در برنامه می نماید. در این راستا و با این اهداف ارزشیابی برنامه ادغام در مقطع علوم پایه صورت می گیرد. بدیهی است که بر اساس اطلاعات جمع آوری شده از ارزشیابی این برنامه طرح تکمیل گردیده و محتوا هر چه بیشتر غنی می گردد و تلاش در جهت رفع نقاط ضعف و تقویت نقاط مثبت صورت می گیرد.

۴,۴ مداخلات صورت گرفته در برنامه دانشکده پزشکی شیراز

در پایان جلسات مکرر هفتگی سه روش عمده قابل انجام جهت تغییر در آموزش علوم پایه پیشنهاد شد:

۱- سیستم سنتی با تغییر و کاهش محتوا

۲- سیستم ادغام افقی

۳- سیستم ادغام عمودی

در نهایت دروس علوم پایه به سه گروه:

۱- علوم تشریحی و فیزیولوژی

۲- باکتری شناسی و ویروس شناسی، ایمنی شناسی، انگل شناسی و فارماشناسی، پاتولوژی

۳- بیوشیمی، ژنتیک و علوم نوین تقسیم شد.

کمیته مسئول به صورت یک کار مداوم و سخت (Task Force) تمامی دروس را بررسی کردند. مدول های آموزش (Module) به صورت دروس کمتر از یک واحد ثابت بدون زمان ثابت اجرا در هر ترم در نظر گرفته شدند. به این صورت که در یک دوره مدون دانشجوی دروس مربوطه را بصورت یک بلاک مطالعه و امتحان می داد و پس از پایان این بلاک وارد درس بعدی می شد.

⁵ Situational Analysis

⁶ Focus Group

⁷ Meet the Expert

ادغام افقی دروس بر اساس ارگان های بدن بر اساس نظرات اساتید علوم پایه تنظیم و برنامه درسی مربوطه تدوین می گردید. برنامه تماس زودرس به عنوان پل ارتباطی جهت ادغام عمودی برای افزایش ارتباط بالینی^۸ در دروس علوم پایه استفاده شدند.

➤ آزمون

۱- در برنامه ادغام دانشکده پزشکی شهید بهشتی کدام یک از موارد زیر مورد تأکید قرار گرفته است؟

الف) استراتژی SPICES

ب) تماس زودرس با بیمار

ج) تبیین دروسی مثل پزشکی مبتنی بر شواهد

د) همه موارد

گزینه " د " صحیح است

۲- در دانشکده پزشکی شیراز از چه مدلی جهت طراحی کوریکولوم استفاده شده است؟

الف) مالکوم اسکیل بک

ب) کوریکولوم ماریچ

ج) هر دو

د) هیچکدام

گزینه " الف " صحیح است

⁸ Clinical Relevance

خلاصه

آنچه که هم اکنون به عنوان آموزش پزشکی مقدماتی در جهان شناخته می شود برآیند حداقل سه مرحله از اصلاحات می باشد که عمدتاً در طی قرن گذشته اتفاق افتاده است. اولین موج اصلاحات مربوط به اصلاحات فکسور بود دومین موج تغییرات بر اساس مبانی یادگیری بزرگسالان طراحی شد و سومین موج تغییرات مربوط به اعلامیه ادینبورو بود. این تغییرات در نقاط مختلف جهان سبب تغییراتی در دانشکده های پزشکی شده است در حال حاضر ۱۳۰ دانشکده پزشکی در دنیا درجاتی از سیستم ادغام را در برنامه خود اعمال کرده اند در بیشتر دانشکده های دنیا تغییرات بر اساس مشخص شدن پیامدها صورت گرفته است. در کشور ما نیز دانشکده پزشکی شهید بهشتی به عنوان اولین دانشکده پزشکی مجری تغییرات برنامه درسی جدید خود را مشخص نمود و سپس دانشکده های پزشکی بقیه نقاط کشور از جمله دانشگاه علوم پزشکی شیراز نیز تغییراتی را بیشتر در جهت ادغام انجام داده شد که به تفصیل مورد بحث قرار گرفت.

منابع

- 1- Anderson MB. A guide to the 130 reports in this snapshot supplement to academic medicine. *Academic Medicine* 2000;75(9):sx-sxiv
- 2- Litzelman DK, Cottingham AH. The new formal competency based curriculum and informal curriculum at Indiana university school of medicine, overview and five year analysis. *Academic Medicine* 2007;82 (4): 410-421
- 3- Reimer L, Bjorkman DJ. University of utah school of medicine. *Academic Medicine* 2010; 85 (9): S570-S572
- 4- Anderson MB, Kanter SL. Medical education in the united states and Canada , 2010 *Academic Medicine* 2010;85(9):S2-S18
- 5- Grant JS, Stewart C, Ker J. How we developed a core curriculum in clinical skills. *Medical Teacher* 2005; 27(2): 103-106
- 6- Muir F. Placing the patient at the core of teaching. *Medical teacher* 2007;29:258-260
- 7- Kitzes JA, Savich RD, Kalishman S, Sander J, Prasad A, Morris CR, et al. Fitting it all in: integration of 12 cross cutting themes into school of medicine curriculum. *Medical teacher* 2007; 29:437-442
- 8- Goldie J. Integrating professionalism teaching in to undergraduate medical education in the UK setting. *Medical Teacher* 2008;30:513-527
- 9- Nikendei C, Weyrich P, Junger J, Schrauth M. Medical education in Germany. *Medical Teacher* 2009;31:591-600