

تجربه ای از آموزش پزشکی جامعه نگر در کشور کلمبیا

ترجمه: دکتر نکیسا هومن* - نسرین سرحدی**

خلاصه

سعی بر آن است تا با جهت دادن مجدد به واحدهای بهداشتی با بازنگری دروس آموزش پزشکی، به مراقبت اولیه با دید جامعه نگر وسعت داده شود. معذالک تغییر در نحوه آموزش باید همزمان با تغییر در واحد خدمات بهداشتی باشد تا افراد آموزش دیده در زمینه مراقبت اولیه با دید جامعه نگر (copc)، محیطی برای کار در این زمینه بیابند. تجربه ای که در این مقاله توصیف شده است، در زمینه دستیابی به این دو هدف است. به یک دانشکده سنتی پزشکی، برنامه آموزشی داده شد تا به عنوان تعلیم دهنده copc عمل نمایند و همزمان با فعالیت های جاری واحدهای بهداشتی نیز هماهنگی ایجاد گردید. نتایج این برنامه نشان داد که دستیابی به اهداف آموزشی، بطور کامل صورت پذیرفته و دانشجویان نیز از روند کار رضایت داشتند. بر اساس ارزیابی بعمل آمده، گسترش copc در واحدهای بهداشتی موجب تغییر برنامه های بهداشتی بر اساس نیازهای جامعه شده و سازماندهی و هدایت اجتماع با قوت بیشتر انجام پذیرفت.

مقدمه:

دانشکده های پزشکی رخ داده است (قرار دادن آموزش copc در برنامه ها)، که این تغییرات بسیار چشمگیر بوده است. در بعضی مراکز، مراقبتهای اولیه با دید جامعه نگر، در سالهای اول دانشکده پزشکی معرفی می گردند، و در سالهای آموزش بالینی بالاتر بکار برده نمی شوند.

معرفی copc در واحدهای خدمات بهداشتی نیز ضروری است، زیرا در صورت عدم تغییر در سیستم مراقبت بهداشتی، آموزش دیدگان حرفه ای با این نگرش، محیطی برای کار نخواهند یافت. این مقاله نتیجه تجربه وارد کردن copc به عنوان جزئی از دروس، در یک دانشکده سنتی و تعمیم آن به ۶ مرکز بهداشتی را ارائه میدهد.

مراقبت اولیه با دید جامعه نگر (copc) عبارت از بخشی از مراقبت اولیه بهداشت فردی، خانواده و همچنین بخشی از مراقبت بهداشتی جامعه برای یک جمعیت بعنوان کل، با تأکید بر زیر گروههای اجتماع با نیازهای ویژه می باشد. بحث های زیادی در این مورد وجود دارد، از روشهای مؤثر برای اجرا کردن اصول اجلاس آلمانا گرفته تا فراهم کردن واحدهای بهداشتی مؤثر و منطقی برای گروههای جامعه، ولی اتفاق نظر کلی در این رابطه وجود ندارد.

یکی از مشکلات گسترش copc، آموزش دادن افراد حرفه ای بهداشتی با مهارتهای لازم می باشد. تغییرات عمده در آموزش پزشکی در تعداد کمی از

* متخصص کودکان

** کارشناس ارشد آموزش پرستاری و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان



شکل گرفتن آموزش:

دانشگاه جاوریانا (Javeriana)، یک مؤسسه خصوصی واقع در بوگوتا (Bogota) در کلمبیا است که با تعالیم مذهبی مسیحی اداره می‌شود و ده دانشکده حقوق، اقتصاد و دارایی، علوم اجتماعی، علوم پایه روانشناسی، پرستاری، دندانپزشکی، مهندسی و معماری دارد. دانشکده پزشکی در سال ۱۹۴۲ تأسیس گردید. در اوائل آموزش دانشجویان قبل از ورود به دوره بالینی بر یادگیری آناتومی تأکید داشت و در دوره های بالینی آموزش بر اساس ارتباط مستقیم با بیمار صورت می‌گرفت، در اواخر ۱۹۵۰ از روش Flexnerian استفاده شد.

بخش پزشکی اجتماعی و پیشگیری در ۱۹۶۶ افتتاح شد و آموزش آمار حیاتی، اپیدمیولوژی، روشهای تحقیق، ارائه خدمات بهداشتی، بهداشت مادر و کودک، تغذیه، بهداشت کار، بهداشت محیط و دموگرافی به برنامه قبلی اضافه شد. در سال ۱۹۸۴ تمامی این دروس بجز آمار حیاتی بصورت ۹ ترم ۱۰ هفته ای گروه بندی شدند. روش آموزش تنها بصورت ارائه سخنرانی بود و هیچگونه ارتباط واقعی با اجتماع وجود نداشت. علیرغم تحولات مکرر در محتوا و ساختار این دروس (قبل و بعد از گروه بندی برنامه‌ها)، ارزیابی دوره‌ای این بخش نشان داد، که میزان یادگیری محدود بوده و واکنش دانشجویان، به پزشکی اجتماعی و طب پیشگیری منفی بوده است، به همین دلیل بازسازی کامل این بخش در برنامه کار قرار گرفت.

طرح برنامه:

در مرحله طرح برنامه اصول زیر مدنظر قرار گرفت:

- تأکید بر مفاهیمی که دانستن آن برای یک پزشک عمومی ضروری است همانند دانش کلی درباره اصول و روشهای کاربردی طب پیشگیری، کنترل مشکلات مختلف موجود در سطوح اجتماع و استفاده از روش حل مسئله.

- آموختن طب پیشگیری و اجتماعی و استفاده از آن در مهارتهای اولیه بالینی.

- تأکید بر آموختن بطور مستقل، یادگیری کاربردی، تمرین در حل مشکلات واقعی محیط، مشابه با آنچه دانشجویان به عنوان یک حرفه با آن مواجه خواهند شد، ایفای نقش و ایجاد یک محیط آموزشی بر اساس حس اعتماد، حمایت و آموزش متقابل دانشجو و معلم.

- اتکاء به خود، ارزیابی و توجه به کنش ها و کاربرد آموخته ها در مواجهه با مشکلات جدید.

- تمایل به مشارکت در گسترش دادن copc در واحدهای بهداشتی موجود.

در مرحله طرح برنامه، اساس نظری بحث تعریف شده، اهداف اختصاصی و عمومی برنامه مشخص و روشهای آموزشی انتخاب گردید.

چهارچوب نظری:

در این زمینه از الگوی نظری copc استفاده شد بطوریکه کاربرد بالینی با کار در اجتماع و اپیدمیولوژی با ارائه خدمات بهداشتی بطور مؤثری آمیخته گردید. در copc مسائل گوناگونی تأثیر داشته و مورد قبول مراقبین بهداشتی می باشند. به منظور آسان نمودن آموزش، بر استفاده مؤثر، قابل قبول و عملی از تکنولوژی و ارزیابی واحدهای بهداشتی موجود در ارتباط با تکنولوژی بکار گرفته شده، تأکید می‌گردد.

هسته مرکزی copc را مشارکت اجتماع تشکیل می‌دهد. متأسفانه در مورد روشهای انجام کار در copc بجز درباره آموزش کارکنان بهداشتی، اتفاق نظر وجود ندارد. به همین دلیل، ما روش کلی کار را براساس مشارکت کلی اجتماع قرار دادیم.

ریفکین (Rifkin) و والٹ (Walt) روشهای مختلف مراقبتهای اولیه بهداشتی را تعریف کردند و استراتژی منتخب ما را که توجه به مشارکت جمعی، به مفهوم قدرت دادن به مردم بوده است، پذیرفتند. متعاقباً به منظور تکمیل کردن روش copc از تحقیق مشارکتی (participatory research) استفاده شد.



محاسبه و تفسیر داده های

اپیدمیولوژیک:

- درک، کاربرد و ارزیابی روش های پیشگیری مورد استفاده (آموزش بهداشت، واکسیناسیون، کنترل عوامل محیطی، روشهای شناسائی جمعیت در خطر یا تشخیص امراض در مراحل اولیه بیماری).

- درک کردن و شرکت جستن در بکارگیری روشهای تحقیق مشارکتی.

- تعیین فاکتورهای خطر در افراد و خانواده، اثبات و ارزیابی نمودن یک طرح با مشارکت دادن فرد یا خانواده.

- انتخاب عوامل مؤثر و مداخله گر در پیشگیری از بروز بیماری و تعیین بیماری در مراحل اولیه، در یک برنامه دوره‌ای به منظور حفظ بهداشت افراد خانواده. ما انتظار داشتیم این دوره بتواند در رفتار واحدهای بهداشتی موجود تغییر ایجاد کند، بطوریکه حس مفید بودن، رهبری، خلاقیت در یافتن راه حل برای مشکلات مختلف، شرکت در کارهای گروهی، علاقه و توجه کردن به مشکلات مردم و حس نیاز به مشارکت دادن اجتماع، در آنان ایجاد گردد.

روش های آموزشی:

به منظور نیل به اهداف فوق، روش های آموزشی زیر مدنظر قرار گرفت:

۱- تهیه یک راهنمای آموزشی شامل چکیده ای از هر موضوع و تمریناتی که به دانشجو کمک می نمود تا مفاهیم فوق را خلاصه و تجزیه و تحلیل نماید و در عمل بکار برد.

۲- برگزاری کارگاه یکروزه درباره مراقبت های اولیه بهداشتی و مشارکت مردم، آموزش بهداشت و تعیین جمعیت در معرض خطر و تکنیک های شناسائی آنان.

۳- تشکیل یک گروه ۴-۵ نفره از دانشجویان برای شرکت در فعالیتهای یک واحد بهداشتی و جامعه‌ای که تحت نظر این واحد می باشد و مداخله در جهت

تحقیق مشارکتی موجب ارج نهادن به آگاهی عموم، افزایش امکان دستیابی به اطلاعات، ایجاد روحیه همکاری بین اجتماع و کارکنان بهداشتی، تشویق مشارکت مردم در اموری که نیازهای ایشان را تشکیل می دهد و تصمیم گیری در مورد مسائلی که بر زندگی آنان تأثیر می گذارد، خواهد شد.

اهداف آموزشی:

بمنظور مشخص کردن اهداف آموزشی لازم بود تجارب آموزشی دانشجویان در گذشته مدنظر قرار گیرد. دانشجویانی که در این دوره شرکت می کردند در ابتدای سال پنجم پزشکی بودند. دوره های علوم پایه، طب داخلی، روانشناسی، کودکان و نیمی از دوره زنان و زایمان، اپیدمیولوژی بالینی، آنستروپولوژی پزشکی، فلسفه و اپیستومولوژی را گذرانده بودند. به همین دلیل، تصمیم گرفته شد، این دوره محدود به مهارتهای اجتماعی و طب پیشگیری گردد که مکمل مهارتهای بالینی کسب شده توسط دانشجویان و اصول مورد نیاز copc می باشد.

بر این اساس، پیش بینی شد که در پایان دوره ۱۰ هفته‌ای، دانشجو قادر خواهد بود تا طب پیشگیری و روشهای پیشبرنده را به کار برده و ارزیابی کند، تا اهم مشکلات کلمبیا در سطح فرد - جامعه حل گردد.

به منظور دستیابی این اهداف لازم بود تا دانشجو:

۱- معیارها و تکنیکهایی را که معرف و مشخصه یک اجتماع است درک کند و بکار برد.

۲- مشکلات عمده را تعیین نماید.

۳- فاکتورهای خطر را شناسایی و اندازه گیری کند.

۴- تکنولوژی بکار گرفته شده را تجزیه و تحلیل نماید.

۵- واحدهای بهداشتی موجود را ارزیابی کند.

۶- مشکلات موجود در ارائه خدمات بهداشتی را تجزیه و تحلیل نماید.

۷- فعالیتهای برنامه ریزی کند.

۸- ایجاد انگیزه نموده و نتایج را ارزیابی نماید.



طراحی، جلب موافقت و ارزیابی برنامه های جامعه‌نگر و مراقبت افراد خانواده.

۴- یک معلم که بحث های گروهی را به عنوان یک راهنمای آموزشی طرح ریزی نموده، مشوق در تجزیه و تحلیل و حل مشکلات بوده و دو معلم تمام وقت و آموزش دیده در copc و مجرب در زمینه های مختلف نیز در دسترس بودند، تا در صورت نیاز مورد شور قرار گیرند.

۵- تهیه منابع اطلاعاتی برای یافتن فاکتورهای خطر و تکنولوژی مناسب، به منظور پیشگیری از پانزده مشکل عمده بهداشتی کلمبیا.

۶- دسترسی به کتابخانه دانشگاه که منابعی در زمینه اپیدمیولوژی، بهداشت جامعه و مراقبت های بهداشتی در آن موجود بود.

۷- وسایلی برای ارزیابی: شامل ارزیابی آموخته های نظری و توانایی در کاربرد دانش و مهارت های کسب شده و نیز ایجاد رفتار قابل ارزیابی.

۸- بحث درباره مشکلات اجتماع در بین گروه دانشجویان و معلمین با مقایسه بیماران و مبادله تجارب دانشجویان.

شش محل (۳ روستا، ۳ شهر: ۲ مرکز با بیمارستان های محلی و ۴ منطقه با مرکز بهداشتی) با معیارهای زیر انتخاب شد:

- اولین خط ارتباطی را مؤسسات دولتی - بهداشتی تشکیل دهند. ناحیه انتخابی تحت نظر دانشگاه باشد (وزارت بهداشت، نواحی جغرافیایی مختلفی را برای هر دانشگاه طرح ریزی نمود تا در امر آموزش و مراقبت های بهداشتی مداخله کنند).

- در دسترس بودن یک پزشک عمومی که مراقبت های بالینی اولیه افراد را انجام دهد، مسئول اجرای توصیه های مؤسسات بهداشتی به عنوان گرداننده گروه بوده و نسبت به مردم و کار خود متعهد باشد.

تمامی گردانندگان برای شرکت در این برنامه دعوت شدند. به ۳ نفر پیشنهاد همکاری تمام وقت داده شد، سایر افراد برای یک ماه آموزش دیدند، و راهنمای آموزشی بطور کامل مرور شد و روش های آموزشی مورد بحث قرار گرفت.

بعد از شروع کار با دانشجویان، جلسات هفتگی به منظور بحث در زمینه معضلات نظری یا عملی copc و مشکلات آموزشی برگزار شد. در ۳ مؤسسه دیگر، نازکنان، هماهنگ با گردانندگان واحدها، در کار با دانشجو و اجتماع مداخله بسیار نزدیک داشتند. ضمن فعالیت ۲ ساله فوق، ۸ گروه متشکل از ۳۵ دانشجو در این برنامه شرکت جستند. هر گروه یک برنامه متفاوت copc را انجام می دادند و فعالیت هر گروه جدید دانشجویان بر نتایج گروه قبل بنا می شد و معلم نقش هماهنگ کننده را داشت.

در مرحله اول: مطالعه مقدماتی کل جمعیت تحت پوشش هر مرکز جهت مراقبت های بهداشتی انجام گرفت. از اطلاعات موجود استفاده شد تا جمعیتی که بیشتر نیاز به مراقبت دارند، مشخص شوند. بنابراین برای هر واحد انتخاب شده در هر جامعه مورد بررسی، رهبر رسمی و غیر رسمی جامعه، سازمان های موجود و افراد کلیدی اجتماع شناسائی شدند تا امکان تماس با افراد مختلف را فراهم کنند و به منظور کسب آگاهی درباره ابعاد اجتماع و زمینه فرهنگی، تاریخی، اجتماعی، مشکلات عمده بهداشتی و شاخص های آن، فعالیتها و منابع بهداشتی موجود با آنان تبادل نظر صورت گیرد. با کمک رؤسای اجتماع و سازمان ها، از کل جامعه تحت بررسی دعوت بعمل آمد تا در این برنامه کلی شرکت کنند و در آن از مردم خواسته شد (ابتدا در گروه های کوچک و بعد در مجامع بزرگتر) تا در تعیین مشکلات بهداشتی به ترتیب اولویت، تعیین عوامل مؤثر و راه حل های ممکن شرکت نمایند. بدین ترتیب در مورد مهمترین معضلات به ترتیب اولویت، توافقی حاصل آمد و تکلیف کار برای تحقیقات بهداشتی و ارائه راه حل مشخص گردید.

در هر اجتماع، مراقبت پزشکی و بازدید منازل بصورت متناوب صورت گرفت تا اطلاعات بیشتری جمع آوری گردد. برنامه زمان بندی شده بر اساس مشکلات ویژه و نیازهای جامعه تهیه گردید.

علاوه بر مراقبت های پیشگیری و درمانی افراد و خانواده، برنامه هایی تدوین شد تا عوامل خطر برای بیماریهای اسهال، سوءتغذیه و عفونت تنفسی بررسی



در سال بعد به منظور مشخص کردن قسمت هایی که امکان پیشرفت داشت، ارزیابی بیشتر کیفی صورت گرفت. پیشنهادات دانشجویان عبارت بودند از: تغییر مباحث درس داده شده توسط اساتید راهنما، جایگزین نمودن سخنرانی با کارگاهها و کوشش برای ارائه پروژه از گروهی به گروه دیگر. دانشجویان اکثراً خواهان افزایش ساعت برنامه و آموزش به همراه استاد بودند که شاید نمایانگر نارضایتی از اولین فرصت بدست آمده برای آموزش مستقل می باشد. عده دیگری پیشنهاد کردند که وقت بیشتری برای دوره گذاشته شود.

در هر ۸ گروه (تعداد=۲۸۲ نفر)، میزان دستیابی به اهداف بر اساس مقیاس ۱۰۰-۰٪ ارزیابی شد. دستیابی به هدف، بکارگیری روش های پیشگیری و حل مشکلات بر اساس اولویت در سطح فردی و اجتماعی در کلمبیا حدود ۷۷٪ بود و دستیابی به هدف ایجاد تعهد در جهت تغییر سیستم های بهداشتی موجود، مؤثر بودن، هدایت کردن، خلاقیت در تحقیق برای ارائه راه حلهای مناسب در موقعیت های متفاوت، قابلیت انجام کار گروهی، وجود حس علاقه و تعهد به مردم و مشکلات ایشان حین نیاز به مشارکت اجتماع حدود ۸۳/۵٪ بود.

گسترش دادن copc :

نتایج گسترش دادن copc با دو مقیاس اندازه گیری شد. اول مقیاس Conner و Nutting که چهار جزء copc به عنوان معیارهای چهار مرحله ای به کار برده شد. این معیارها عبارت بودند از: تعریف و مشخص نمودن اجتماع، تعیین مشکلات بهداشتی اجتماع، تغییر برنامه های مراقبت بهداشتی و بررسی میزان مؤثر بودن تغییرات برنامه، مرحله چهارم نمایانگر حصول ایده آل اصول و تجارب copc می باشد. مرحله حد واسط نشان دهنده فعالیت موفقیت آمیز گسترش برنامه است. عیب این مقیاس عدم توجه به جنبه حیاتی مشارکت اجتماع در copc می باشد. دوم مقیاس Rifkin و همکاران است. در این مقیاس میزان مشارکت را بر اساس ۵ فاکتور،

شوند. در دو جامعه برنامه بهداشت مدارس طرح ریزی و بکار گرفته شد. در ۶ جامعه اعضای اجتماع در یک گروه تحقیق مشارکتی شرکت جستند.

ارزیابی:

دو جنبه از نظر ارزیابی مورد توجه بود: درک دانشجو از دوره و گسترش copc.

درک دانشجو از دوره: در طول اولین ترم (دو گروه دانشجویی)، با پرسشنامه هایی که هر متغیر ۲۵ نمره مقیاس Likert را داشتند، محتوی، توالی، مکان، روش تدریس و دانش کسب شده ارزیابی شد. نمره ۳، نمایانگر یک نمره کامل در این مقیاس است. میانگین نمره برای این دوره ۲/۶۶ بود (انحراف معیار = ۰/۳۱).

گروه بندی: بر اساس وسایل کمک آموزشی بکار گرفته شده در طول دوره، صورت پذیرفت. تمامی برنامه های دانشگاهی با استفاده از پرسشنامه هایی شروع می شد که در ابتدای دوره ارائه می شدند، متغیرهای مورد نظر معیارهای زیر بود: آیا اهداف، روش ها، فعالیت ها و معیارهای ارزیابی به وضوح توصیف شده اند؟ آیا معلمین همکاری آشکار دارند؟ آیا مشوق در مشارکتهای گروهی می باشند؟ آیا امکان بحث و توضیح درباره مفاهیم فراهم می گردد؟ آیا بر جنبه های مهم دوره تأکید نموده اند؟ آیا از استراتژی های متفاوت آموزشی استفاده نموده اند و آموخته ها را در عمل آزموده و مشوق تحقیق بوده اند؟ آیا بر فرآیند ارزیابی تأکید شده است؟ آیا در این دوره آموزشی، مهارت حل کردن مشکلات، خلاقیت، آموختن مستقل، اعتماد به نفس و توانایی در تجزیه و تحلیل و کاربرد آموخته ها در موقعیت های متفاوت به دانشجو آموخته اند؟ مقیاس بر اساس پاسخ های مثبتی بود که به این سوالات داده می شد. نمره کامل ۱۰۰ بود. میانگین نمره برای برنامه copc ۸۴/۵ درصد بود (انحراف معیار = ۱۲ درصد). (نمرات کسب شده در طب داخلی، کودکان و زنان بترتیب ۶۳/۳ درصد، ۷۶/۵ درصد و ۸۰/۳ درصد بوده است.)

کردن نیازهای جامعه و سازماندهی و رهبری قوی‌تر آن بوده است.

مشکلاتی در طول کار پیش آمد که فلسفه و کاربرد عملی copc بهتر فهمیده شد. از جمله اینکه کارگزاران و دانشجویان بهداشتی تمایل داشتند که بدون طراحی و تجزیه و تحلیل کافی عمل کنند، اکثراً به فعالیتهای قابل شمارش از قبیل تعداد بیماران پذیرفته شده، مسائل آموخته شده، سخنرانیهای ارائه شده مشغول گشتند و وقت کمی برای تجزیه و تحلیل گزینه‌های گوناگون، اندیشه در باره نتایج و اهداف طویل‌مدت و ... صرف نمودند. این امر احتمالاً بدلیل کوتاهی دوره آموزشی بوده است. از طرفی پرسنل بهداشتی، بویژه در مراکز محلی، بدلیل نیازهای ملی خدمات اساسی در واحدهای اجتماعی، مکرراً تغییر می‌کردند و درک این مسئله را که copc یک تعهد طویل‌مدت است دشوار می‌نمود.

ایجاد انگیزه در بین کارکنان بهداشتی یکی از مشکلات عمده است. بعضی به تغییر در فعالیت‌های متداول و یادگیری روش‌های جدید و بهتر کردن سیستم بهداشتی، علاقه‌ای نداشتند، احتمالاً این امر بدلیل آن است که واحدهای بهداشتی، به فعالیتهای خارج از مراقبت‌های بالینی، اهمیت کافی نمی‌دهند. امیدواریم، همانگونه که شاهد فعالیت بیشتر در این زمینه می‌باشیم، تعداد کارکنان بهداشتی در مراقبتهای جامعه نیز رو به فزونی گذارد.

جوامعی که در این تجربه مورد استفاده قرار گرفتند، در نهایت فقر زندگی می‌کردند و منابع اندکی برای توسعه خدمات بنیادی در اختیار داشتند. اکثراً به تقدیر معتقد بودند و برای دهه‌ها بر سیستم پدرسالاری استوار بوده‌اند. تغییر این رفتار نیاز به مدت زمان و کوشش زیاد دارد که گاهی بدلیل رقابتهای اختیاری در واحدهای بهداشتی، امکان‌پذیر نبوده است.

علیرغم وجود محدودیتهای متعدد در برنامه، نتایج رضایت بخش‌تر و مؤثرتر از برنامه یا روش سنتی دانشگاهی بوده است که نمایانگر این نکته است که برای اجرا کردن copc نیاز به منابع انسانی

رهبریت، سازماندهی، استفاده از منابع، مدیریت و ارزیابی نیازها سنجیدند.

از هماهنگ کننده برنامه در هر اجتماع مورد بررسی خواسته شد با استفاده از این دو مقیاس قبل و بعد از ۲ سال، وضعیت جامعه ارزیابی گردد. این مقیاس‌ها برای بحث به گروه‌های هماهنگ کننده داده شد. این گروه‌ها بر اساس شناخت کلی که از پیشرفت هر اجتماع داشتند در مورد نحوه نمره دادن به توافق رسیدند.

به طور کلی، به جز در یکی از جوامع (Aurora)، در سایرین میزان پیشرفت در مشارکت اجتماع پیش از عملکرد copc بود، که پیشرفت بیشتر در زمینه رهبری و سازماندهی مشاهده گردید. در حالی که پیشرفت در زمینه استفاده از منابع بسیار کم و ناچیز بوده است. بیشترین پیشرفت در عملکرد copc، در تغییر برنامه‌های بهداشتی حاصل شد و حداقل آن، در مورد بررسی میزان مؤثر بودن برنامه بدست آمد.

بحث:

در بسیاری از جوامع در سطح دنیا سعی بر وسعت دادن آموزش copc می‌باشد. این کوشش، مسائل مربوط به بازنگری خدمات بهداشتی موجود و بازسازی آموزش پزشکی را می‌طلبد. معذک، تغییرات در آموزش باید همزمان با تغییرات واحدهای بهداشتی باشد، به گونه‌ای که کارکنان حرفه‌ای بهداشتی در Copc محلی برای کار در این زمینه بیابند، تجربه ارائه شده در این مقاله کوششی در این دو جهت است.

نتایج ارزیابی دانشجویان در این پروژه نشان داد که اهداف مورد نظر را در کل فرا گرفته‌اند و از برنامه راضی بوده‌اند. این امر نمایانگر آن است که احتمال تغییر رفتار در دانشجویان دانشکده پزشکی با دید بالینی امکان‌پذیر است. اگر چه میزان پایدار بودن این رفتار در عملکرد حرفه‌ای آنان در آینده مشخص نیست.

ارزیابی گسترش Copc در واحدهای بهداشتی، نمایانگر تغییر در برنامه بهداشتی به منظور برآورد



