

"به نام خدا"

اجرای آموزش پزشکی مبتنی بر شایستگی در سراسر جهان

سمپوزیوم مورد بحث، که توسط مدیر اجرایی کالج سلطنتی پزشکان و جراحان کانادا مدیریت می‌شود، بر این تأکید دارد که اجرای آموزش پزشکی مبتنی بر شایستگی (CBME) یک ابتکار مهم، بلندمدت و ناتمام است که نیاز به کار دارد و به شدت به موقعیت مکانی و فرهنگ محلی وابسته است.

در این گفتگو سخنرانانی از کشورهای کانادا، ایالات متحده، شیلی، تایوان و هلند/آمستردام هستند.

تجربه کانادا: تکامل و تحول

کالج سلطنتی پزشکان و جراحان کانادا (تأسیس ۱۹۲۹)، چارچوب خود را بر مبنای تکامل ۲۵۰ ساله آموزش رزیدنتی قرار داده است.

چارچوب CANMEDs: این چارچوب نتیجه یک ابتکار ملی در دهه ۱۹۹۰ بود که برای پاسخگویی به انتظارات جامعه از پزشکان ایجاد شد. اولین چارچوب کامل شایستگی برای کانادا بود، اما فوراً CBME مدرن را معرفی نکرد و در ابتدا به عنوان "سنگ بنا" عمل کرد.

بازنگری مستمر CANMEDs: در طول حدود ۲۰ سال تکامل یافته و تقریباً هر ۵ تا ۱۰ سال از طریق فرآیندهای مشورتی پیچیده بازنگری می‌شود (مثلاً تغییر شایستگی از "مدیر" به "رهبر"). ("در حال حاضر، این چارچوب برای تناسب با دنیای امروز (شامل مفاهیم نوظهوری مانند هوش مصنوعی و عدالت، تنوع، و فراگیری) در حال بازنگری است.

مدل پیاده‌سازی (CBD): کانادا مدل "شایستگی بر اساس طراحی (Competence by Design - CBD)" را توسعه داد که اجرای آن چند سال قبل از همه‌گیری آغاز شد و هنوز به پایان نرسیده است. این تغییر آموزشی عمده سال‌ها زمان می‌برد.

تجربه ایالات متحده

در ایالات متحده، حرکت به سمت CBME مدرن در اواسط دهه ۱۹۹۰ با پروژه اهداف دانشکده‌های پزشکی (MSOPS) آغاز شد که تمرکز را از فرآیندها به نتایج برنامه‌های آموزشی معطوف کرد.

شایستگی‌های بنیادین جدید: اخیراً (سال ۲۰۲۱) مجموعه جدیدی از شایستگی‌های بنیادین برای آموزش پزشکی کارشناسی (UME) با فرآیندی جامع و تکراری، شامل بیش از ۱۰۰۰ نفر در گروه‌های کانونی و ۲۰۰۰ پاسخ بازخورد، توسعه یافته و در دسامبر منتشر شده است.

چالش سیلوها: یک مشکل عمده در ایالات متحده، وجود سیلوهای جداگانه بین سطوح مختلف پیوستار آموزشی (مانند آموزش کارشناسی در مقابل فوق‌لیسانس) است. در پروژه اخیر، یک سال صرف‌گوش دادن به جامعه شد تا درک شود افراد در مورد مفهوم‌سازی و عملیاتی کردن CBME کجا قرار دارند، زیرا درک این موضوع بسیار متغیر است.

تجربه شیلی: بیمار محوری و انگیزه

دانشکده پزشکی UC شیلی (تأسیس ۱۹۲۹) در سانتیاگو، از سال ۲۰۰۸ به دنبال مدل‌های آموزشی مکمل بود و در سال ۲۰۱۹ اولین اعتبار بخشی مؤسسه‌ای خود را از کالج سلطنتی کانادا دریافت کرد.

مرکزیت بیمار: موفقیت آن‌ها تا حد زیادی ناشی از این است که مدل CBME و چارچوب CANMEDs برای جامعه آموزشی بسیار شهودی بوده و بر مراقبت از بیمار در مرکز تأکید می‌کند.

مزیت سازمانی: عضویت در یک مؤسسه بزرگ، به دلیل سهولت در همسوسازی مقررات محلی با سیاست‌های کلان دانشگاه، به پیشرفت کمک کرده است.

چالش‌های جاری: برنامه‌های آموزشی با مشکل برنامه‌های زمانی پریار، مقاومت اندک از سوی مربیان ارشد، و نیاز به بهبود توسعه اعضای هیئت علمی و سیستم‌های نهادی روبرو هستند.

موانع ناخواسته: توقف فرآیند اعتباربخشی ملی در طول همه‌گیری باعث شده است که اکنون تعداد زیادی از برنامه‌ها به طور همزمان به اعتباربخشی نیاز داشته باشند، که فشار مضاعفی بر پزشکان و برنامه‌های رزیدنتی وارد می‌کند.

تجربه تایوان: تغییر از پایین به بالا و بهره‌گیری از بحران

اصلاحات آموزشی در تایوان عمدتاً توسط چالش‌ها و بحران‌ها (مانند شیوع سارس در سال ۲۰۰۳) کاتالیز شده است.

مدل پایین به بالا: برخلاف بسیاری مناطق که توسط مقامات مرکزی رهبری می‌شوند، تایوان از یک مدل پایین به بالا اما هماهنگ‌شده پیروی می‌کند؛ جایی که انجمن‌های حرفه‌ای (مانند انجمن پزشکی اورژانس) توسعه CBME را آغاز کرده و نوآوری محلی را پیش می‌برند.

جهانی‌سازی محلی: (Globalization) آن‌ها چارچوب‌های بین‌المللی را با زمینه آموزشی محلی تایوان از طریق «خلق مشترک تکراری» و با استفاده از کمک‌های مالی تحقیقاتی ملی به عنوان کاتالیزور، پیوند می‌دهند.

تجربه هلند: اعتماد، انگیزه درونی، و یادگیری تحول‌آفرین

در هلند (با تمرکز بر برنامه زنان و زایمان)، این باور وجود دارد که CBME یک فرآیند در حال توسعه مستمر است و با گذر زمان و تغییر بافتار، تغییر می‌کند.

نقد ارزیابی: آن‌ها دریافتند که ارزیابی لزوماً محرک یادگیری نیست، بلکه انگیزه درونی پزشکان برای تبدیل شدن به متخصص خوب، محرک اصلی است. سیستم‌های ارزیابی بیش از حد (که در نسخه ۲۰۰۴ پیاده‌سازی شد) به عنوان یک "بار" و "اتلاف وقت" تلقی می‌شد.

سیستم مبتنی بر اعتماد: آن‌ها ارزیابی را تعدیل کرده و به سمت سیستم مبتنی بر اعتماد حرکت کردند؛ به این معنی که ارزیابی شدید تنها برای موارد مربوط به ایمنی بیمار (EPA) ها (حفظ می‌شود و در بقیه موارد، گفتگو و بازخورد دوطرفه جایگزین می‌شود).

یادگیری تحول‌آفرین: هلند گامی فراتر از اکثر برنامه‌های CBME برداشته و زمان رزیدنت‌ها را به پروژه‌هایی برای ایجاد تغییر در سیستم سلامت (مانند رسیدگی به کمبود پرسنل یا بیماران چندموربیدیتی) اختصاص داده است تا "عوامل تغییر" را تربیت کند.

درس‌های کلی و چالش‌های مشترک

چالش‌های اجرای CBME در سطح جهانی یکسان است:

زمان و تکرار: اجرای "CBME ماه" طول نمی‌کشد، بلکه "سال" طول می‌کشد. باید با "قابلیت آزمون (Trialability)" شروع کرد، به این معنی که اگر هدف "درست انجام دادن از اولین بار" باشد، احتمالاً هرگز شروع نخواهید کرد؛ بلکه باید کار را شروع کرد، نتایج را بررسی و تکرار کرد.

بحران به عنوان کاتالیزور: نباید اجازه داد "یک بحران خوب به هدر برود"؛ توقف کار یا همه‌گیری می‌تواند محرکی برای تغییرات مثبت عمده باشد.

مقابله با خستگی از تغییر: برای مقابله با خستگی اعضای هیئت علمی، رهبران باید بیشتر گوش دهند، سرعت تغییر را کم کنند، و از زبان مناسب استفاده کنند (مثلاً از واژه‌هایی مانند "تحول آفرین" کمتر استفاده شود تا ترس مردم کاهش یابد).

اعتبارسنجی و نتایج بیمار: هنوز دشوار است که به طور مستقیم نشان دهیم که آیا CBME منجر به بهبود نتایج جهانی بیمار می‌شود یا خیر، زیرا عوامل زیادی همزمان در حال تغییر هستند. با این حال، نیاز به **سنجش بیشتر** (داده‌های کمی) در آموزش پزشکی وجود دارد.

اگر بتوانند دوباره شروع کنند: برخی از رهبران گفته‌اند که اگر می‌توانستند دوباره سفر CBME را آغاز کنند، بیشتر روی گفتگوهای زودتر و مکرر با نهادهای تأمین مالی دولتی تمرکز می‌کردند، و همچنین «فازهای مکث و انطباق» را در فرآیند اجرای خود می‌گنجاندند.