

## مقایسه نگرش کارورزان نسبت به بخش پزشکی اجتماعی قبل و بعد از گذراندن دوره

دکتر زهرا جلیلی\*: استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دکتر علی اکبر روحانی: استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

سکینه محمدعلیزاده: مریمی، گروه اطفال، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

فصلنامه پایش

سال دوم شماره چهارم پاییز ۱۳۸۲ صص ۲۹۰-۲۸۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۲/۴/۳۱

### چکیده

نگرش کارورزان با مشاهدات و قضاوت آنان مرتبط بوده و یکی از عوامل مؤثر بر توسعه و اصلاح آموزش پزشکی است. این مطالعه که به منظور مقایسه نگرش کارورزان پزشکی اجتماعی قبل و بعد از گذراندن دوره انجام شد، از نوع نیمه تجربی بوده و در سال ۸۰-۸۱ بر روی ۱۰۰ کارورز که به روش غیراحتمالی آسان انتخاب شدند انجام گردید. داده‌ها به وسیله پرسشنامه با ضربیت ثبات درونی (۰/۸۶ و ۰/۸۹) به ترتیب برای قبل و بعد، جمع‌آوری گردید. کارورزان پرسشنامه پیش آزمون (قبل از آموزش دوره) و آزمون نهایی (بعد از آموزش دوره) را تکمیل کردند که با استفاده از آزمون‌های پارامتریک و ناپارامتریک مقایسه و تجزیه و تحلیل شدند.

میانگین نمره کل نگرش قبل و بعد از گذراندن دوره پزشکی اجتماعی تفاوت معنی‌دار آماری نشان داد ( $P < 0/05$ ). جهت مقایسه رتبه هر یک از عبارات نگرش در دو مرحله از آزمون علامت استفاده شد، که در مورد تمام ۲۷ عبارت تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده گردید ( $P < 0/05$ ، ولی بین متغیر جنس و نمرات کسب شده قبل و بعد از دوره آموزشی تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده نشد.

نتایج مطالعه نشان‌دهنده آن بود که دوره آموزش پزشکی اجتماعی بر نگرش کارورزان مؤثر بوده و توانسته نگرش آنان را در جهت اهداف پزشکی اجتماعی تغییر دهد.

**کلیدواژه‌ها:** نگرش، پزشکی اجتماعی، کارورزان

\* نویسنده اصلی: کرمان، دانشگاه علوم پزشکی، معاونت آموزشی، مرکز توسعه علوم پزشکی، کد پستی ۷۶۱۸۷۴۷۶۵۳  
تلفن: ۰۳۴۱-۲۱۱۳۷۰۹

## مقدمه

بهاین منظور برنامه آموزش جامعه‌نگر با توجه به مشارکت و ارتباط مستقیم دانشکده پزشکی با نظام مراقبت‌های بهداشتی منطقه و حضور دانشجویان پزشکی در عرصه مراقبت‌های بهداشتی در جامعه طراحی می‌گردد. در واقع آموزش پزشکی باید به گونه‌ای عمل نماید که سه جزء، ترکیبی دانشگاه، جامعه و نظام «مراقبت‌های بهداشتی اولیه» مکمل یکدیگر باشند.<sup>[۱۴، ۹]</sup>

احتمالاً دانشکده‌های پزشکی از منابع جامعه و چگونگی دسترسی به آنها آگاه نیستند. همین‌طور سازمان‌های موجود در جامعه هم ممکن است درک ناچیزی از ساختار برنامه آموزش پزشکی داشته باشند. به همین دلیل است که مهارت‌های فارغ‌التحصیلان پزشکی کاملاً منطبق بر نیازها و ارزش‌های جامعه نیستند.<sup>[۱۶، ۲۱]</sup>

دوره کارورزی یکی از دوره‌های مهم آموزش پزشکی است و می‌بایست به گونه‌ای طراحی گردد که محتوای آن مناسب با موقعیت کاری قابل کاربرد در محیط واقعی و آینده آنان باشد و فارغ‌التحصیلان، مهارت‌های لازم را برای ارایه خدمات به جامعه کسب نمایند.

دوره کارورزی پزشکی اجتماعی از طریق آموزش جامعه‌نگر در عرصه، سعی در ایجاد و توسعه مهارت‌های کارورزان داشته، همچنین آنان را برای کار و قبول مسئولیت‌هایی چون مدیریت تیم بهداشتی، مدیریت مشکلات بهداشتی و ارتقای بهداشتی تربیت می‌کند.<sup>[۸، ۱۶، ۱۱]</sup> پزشکی اجتماعی به عنوان یک علم تخصصی بر رابطه پزشکی و جامعه تأکید دارد، نیازهای جامعه را بدون در نظر گرفتن سالم یا بیمار بودن آن جامعه مشخص کرده و با برنامه‌ریزی، مدیریت و آموزش در جهت رفع نیازها گام بر می‌دارد.<sup>[۱۰، ۱۳]</sup>

در مطالعات انجام شده محققین به این نتیجه رسیدند که درک و نگرش دانشجویان پزشکی نسبت به دوره و محتوای آموزشی و نیز اثربخشی و شایستگی آنان در دوره‌های آموزشی یک خوددارزیابی ارزشمند بوده و پایه نیازهای یادگیری آنان است و در ضمن منجر به توسعه برنامه‌های آموزشی می‌گردد.<sup>[۸، ۱۷]</sup> بسیاری از نگرش‌ها و رفتارهای پزشکان در طی آموزش پزشکی شکل می‌گیرد. وقتی این نگرش‌ها و رفتارها با تغییرات جامعه همسوی نداشته باشد، نتیجه آن بی‌اثرماندن

امروزه با توجه به تغییرات به وجود آمده در نیازهای بهداشتی مردم و پدیده «انتقال اپیدمیولوژیک» و نیز دگرگونی بنیادی در نحوه سازماندهی در پزشکی، پزشکان باید برای کار در موقعیت‌ها و شرایط مختلف آماده باشند.<sup>[۲، ۵]</sup> پیش‌بینی این که تمامی این تغییرات به کجا خواهد انجامید دشوار است. ولی یک چیز روش است: در حال حاضر آماده کردن پزشکان برای این که در یک نظام سلامت با پیچیدگی، پویایی و مسئولیت پذیری فزآینده، مولد و سازنده باشند، یکی از رسالت‌های اساسی برای آموزش پزشکی است.<sup>[۲]</sup>

از میان مهارت‌های واقعی که پزشکان آینده به آنها نیاز خواهند داشت می‌توان از این موارد نام برد: ارتقای برقراری ارتباط با سایر پزشکان و متخصصان غیر پزشک، مهارت‌های کارگروهی و ارایه خدمات به جامعه. همچنین آنان باید مهارت‌های لازم برای رسیدگی به شرایط رفتاری و اجتماعی که ریشه بسیاری از مسایل سلامتی ماست را دارا باشند.<sup>[۲، ۱۸]</sup> نکته طریق آموزش پزشکی این است که هم‌جهت با افزایش دانش پزشکی و همچنین توجه به تکنولوژی برای تشخیص و درمان بیماران، پزشکان تربیت شده به عنوان مراقبین انسانی نسبت به نیازها و رفاه بیماران خود حساس بوده و انسان را به عنوان کلیت اجتماعی با ابعاد گوناگون در نظر داشته باشند.

این نگرش منجر به ایجاد تغییراتی در برنامه آموزش پزشکی با توجه به ابعاد انسانی و جامعه نگر بودن مراقبت‌ها در بسیاری از دانشکده‌های پزشکی انگلستان، آمریکای شمالی و هلند گردیده است. بنابراین جنبه‌های آموزش پزشکی سنتی که مبتنی بر آموزش در بیمارستان است و آن هم انحصاری توسط پزشکان، تغییر یافته و سبب افزایش درک دانشجویان از گوناگونی نقش‌های آینده و توسعه مهارت‌های کارگروهی می‌گردد.<sup>[۱۲، ۱۵، ۱۹]</sup>

ماتوس و همکاران در مطالعه‌ای تحت عنوان «آموزش در جامعه و اجرای یک برنامه»، این گونه نتیجه گیری کردند: «به منظور رفع نیازهای جامعه کنونی، پزشکان بایستی مجهز به یک دیدگاه اجتماعی- بیولوژی به سلامت و بیماری باشند.

کارورزان به دو شکل پيش آزمون (Pre test)، قبل از شروع بخش و آزمون نهايى (Post test)، بعد از اتمام دوره آموزش مورد سنجش قرار گرفتند. در مجموع ۲۰۰ پرسشنامه (۱۰۰ پرسشنامه پيش آزمون و ۱۰۰ پرسشنامه آزمون نهايى) در پيان يك سال جمع آوري گردید. جهت استخراج نمرات از پرسشنامه، در مورد عبارات داراي جهت مثبت از «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالفم» از ۱ تا ۵ و در مورد عبارات داراي جهت منفي از ۱ تا ۵ نمره گذاري صورت گرفت. در نهايit اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزيه و تحليل آماري قرار گرفت.

### يافته ها

نتایج اين مطالعه که به منظور « مقاييسه نگرش کارورزان دانشگاه علوم پزشكى کرمان نسبت به دوره پزشكى اجتماعى قبل و بعد از گذراندن دوره» صورت گرفت، نشان داد که در نمونه مورد مطالعه ۴۰ درصد مؤنث و ۵۵ درصد مذکر بودند و ۵ درصد نيز جنسیت خود را ذکر نکرده بودند.

از نظر رشته مورد علاقه جهت تخصص ۳۱ درصد از دادن پاسخ امتناع گردند و بيشترین درصد انتخابي مربوط به پوست (۱۱ درصد) و بعد از آن به ترتيب روانپزشكى و ارتوپدي (۱۰ درصد)، راديولوژي و قلب (۷ درصد) و کودکان (۵ درصد) بود. رشته پزشكى اجتماعى را نيز فقط ۲ درصد از دانشجويان به عنوان رشته تخصصی مورد علاقه جهت ادامه تحصيل انتخاب گردند.

ميانگين نمره کل نگرش و نمرات سه حيظه آن قبل و بعد از گذراندن دوره پزشكى اجتماعى تفاوت معنی دار آماري نشان داد ( $P < 0.001$ )، به طوري که در همه موارد ميانگين نمرات بعد از گذراندن دوره افزايش يافته بود (جدول شماره ۱).

تلاش های گروه پزشكى برای انجام مراقبت سلامت و هدر رفتن بالقوه شروط های سازمانی است [۲]. اين در حالی است که نگرش های مثبت یکی از برآيندهای مهم آموزش پزشكى است [۱۸].

با اين توصيف پژوهشگران در اولين گام برای ارتقاي كيفيت آموزش پزشكى، نگرش کارورزان را نسبت به برنامه های گروه پزشكى اجتماعى قبل و بعد از آموزش مطالعه نمودند. اميد است نتایج حاصل از اين مطالعه، اطلاعات مفید و راهكارهای مناسب و مؤثری را در زمينه مورد بررسی در اختيار متخصصين و طراحان برنامه های آموزش پزشكى قرار دهد و همچنین به عنوان پایه تحقیقات بعدی در آموزش پزشكى محسوب گردد.

### مواد و روش کار

مطالعه حاضر مطالعه ای نيمه تجربی (Quasi experimental) از نوع «قبل و بعد» بوده که با هدف مقاييسه نگرش کارورزان نسبت به دوره پزشكى اجتماعى قبل و بعد از گذراندن دوره انجام شد.

جامعه پژوهش در اين مطالعه کلیه کارورزان پزشكى اجتماعى دانشکده پزشكى کرمان بودند و کارورزانی که در طی يك سال (اول فروردین ۸۰ تا آخر اسفند ۸۰) به بخش کارورزان پزشكى اجتماعى وارد شدند (۱۰۰ نفر) نمونه اين مطالعه را تشکيل دادند. اطلاعات مورد نياز نيز از طریق پرسشنامه جمع آوري گردید.

پرسشنامه دارای ۲۷ عبارت نگرش بود که سه بعد (شناختي، عاطفي و رفتاري) را به تعداد مساوى شامل مي شد. عبارات بر اساس مقیاس لیکرت در پنج طیف «کاملاً موافق، موافق، بی نظرم، مخالف و کاملاً مخالفم» درجه بندی شد. پرسشنامه پس از تأييد روايي محتوى مورد استفاده قرار گرفت. ضرائب ثبات درونی نيز با استفاده از آلفای کرونباخ بر اساس نمرات کل قبل ۰/۸۶ و بعد ۰/۸۹ به دست آمد.

جدول شماره ۱- ميانگين نمرات نگرش نمونه های مورد پژوهش قبل و بعد از گذراندن دوره

P	بعد			قبل			نگرش
	انحراف معيار	درصد نمره	ميانگين	انحراف معيار	درصد نمره	ميانگين	
<0.05	۳/۱	۷۹/۸	۳۵/۹	۴/۷	۶۵/۸	۲۹/۶	نگرش
<0.05	۳/۱	۸۰/۲	۳۶/۱	۳/۲	۶۸/۴	۳۰/۸	دانش
<0.05	۳/۶	۸۰/۴	۳۶/۲	۴/۲	۶۶/۹	۳۰/۱	رفتار
<0.05	۸/۹	۹۰/۱	۱۰۸/۲	۱۰/۵	۶۸/۱	۹۰/۶	جمع

جدول شماره ۳ نیز توزیع فراوانی مطلق رتبه عبارات نگرش واحدهای مورد پژوهش را قبل و بعد از گذراندن دوره بر حسب جهت نگرش نشان می‌دهد. همانگونه که از جدول مذکور نمایان است، در میان ۲۷ عبارت، ارتقای نگرش‌ها از جهت منفی به مثبت بیشترین فراوانی را دارد و پس از آن یکسان بودن رتبه نگرش قبل و بعد است که نشانگر عدم تغییر رتبه‌های نگرشی است. از بین عبارات نگرشی نیز، بیشترین درصد تغییر رتبه، عبارت (۱۴) است (محتوای برنامه کارورزی تکرار کارآموزی است)، که نگرش ۸۴ درصد از کارورزان بعد از دوره نسبت به این عبارت تغییر کرد و عبارات ۴، ۸، ۲۵، به ترتیب جایگاه‌های بعدی را در اختیار دارند.

جهت مقایسه رتبه هر یک از عبارات نگرش در دو مرحله (قبل و بعد) از آزمون علامت استفاده شد که در مورد کلیه ۲۷ عبارت، تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده گردید ( $P < 0.001$ ) و نیز در مورد کلیه عبارات، تغییرات رتبه در جهت افزایش رتبه بعد از گذراندن دوره پژوهشکی اجتماعی بود.

میانگین نمره نگرش و حیطه‌های آن (شناختی، عاطفی، رفتاری) قبل و بعد از دوره پژوهشکی اجتماعی بر حسب متغیر جنس مقایسه گردید. اما نتایج حاکی از عدم تفاوت معنی‌دار آماری در کلیه موارد بود (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- میانگین کل نگرش نمونه‌های مورد پژوهش بر حسب متغیر جنس قبل و بعد از گذراندن دوره آموزشی

انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	مذکور	
				انحراف معیار	میانگین
۵/۱	۲۸/۹	۴	۳۰/۷	عاطفی	
۳	۳۰/۷	۳/۱	۳۰/۸	شناختی	
۴/۳	۲۹/۸	۳/۷	۳۰/۳	عملکرد	قبل
۱۱	۸۹/۶	۹/۳	۹۱/۹	کل	
۴/۲	۳۵/۸	۲/۹	۳۶/۳	عاطفی	
۲/۲	۳۶/۴	۳	۳۶/۱	شناختی	
۲/۸	۳۶/۶	۳/۱	۳۶/۲	عملکرد	بعد
۶/۱	۱۰۸/۶	۸/۲	۱۰۸/۷	کل	
۵/۱	۷/۱	۴/۸	۵/۷	عاطفی	
۳/۶	۵/۷	۳/۶	۵/۶	شناختی	تفاوت قبل و بعد
۵/۱	۶/۷	۳/۴	۵/۹	عملکرد	
۱۱/۹	۱۹/۵	۱۰/۷	۱۷/۶	کل	

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی مطلق رتبه عبارات نگرش واحدهای مورد پژوهش بعد از گذراندن دوره بر حسب جهت نگرش

=	+	←	-	←	+
۴۸	۴۶	۶			۱ بخش پژوهشکی اجتماعی نسبت به سایر بخش‌ها اهمیت کمتری دارد
۳۹	۵۴	۷			۲ نسبت به دوره پژوهشکی اجتماعی احساس خوبی ندارم
۳۹	۵۳	۸			۳ حضور در عرصه‌های آموزشی غیر بیمارستانی برای من تازگی و هیجان دارد
۳۰	۶۵	۵			۴ از دید مردم خدمات پژوهشکی اجتماعی اهمیتی ندارد
۵۸	۳۷	۵			۵ ارزش خدمات پژوهشکی اجتماعی با توجه به تغییر الگوی بیماری‌ها در جامعه بیشتر احساس می‌گردد
۲۱	۷۴	۵			۶ احساس می‌کنم اساتید بخش پژوهشکی اجتماعی انگیزه کافی را در کارورز ایجاد نمی‌کنند
۴۲	۵۲	۶			۷ دوره پژوهشکی اجتماعی حساسیت پژوهشکان را نسبت به رفاه اجتماعی افراد بیشتر می‌کند
۳۵	۶۲	۳			۸ کارورزان، دوره پژوهشکی اجتماعی را جدی نمی‌گیرند
۶۲	۳۵	۳			۹ با وجود مراکز بهداشتی- درمانی رستایی و شهری نیاز به مراقبت‌های جامعه احساس نمی‌گردد
۵۸	۳۲	۱۰			۱۰ دوره پژوهشکی اجتماعی نشانه تکامل رشته پژوهشکی و مکمل بخش‌های پایه و بالینی می‌باشد
۶۶	۲۷	۷			۱۱ خدمات پژوهشکی اجتماعی سبب افزایش مشارکت مردمی در ارائه خدمات بهداشتی درمانی می‌گردد

## ادامه جدول شماره ۳- توزیع فراوانی مطلق رتبه عبارات نگرش واحدهای مورد پژوهش بعد از گذراندن دوره بر حسب جهت نگرش

=	+	←	-	→	+
۴۶	۴۷	۷			۱۲ مشارکت افراد حرفه ای بهداشتی (غیرپزشک) در آموزش کارورزان مفید نمی باشد
۴۰	۵۴	۶			۱۳ بهتر است کارورزی پزشکی اجتماعی حذف و به بخش های بالینی اضافه گردد
۱۱	۸۴	۵			۱۴ محتوای برنامه کارورزی تکرار کارآموزی بهداشت است
۵۹	۳۶	۵			۱۵ بیمارستان تنها محل مناسب برای گذراندن دوره آموزش پزشکی است
۴۸	۴۷	۵			۱۶ گذراندن دوره پزشکی اجتماعی سبب تقویت نقش آموزشی پزشکان می گردد
۵۹	۳۲	۹			۱۷ خدمات رایج پزشکان (طب درمانی) برای ارایه مراقبت های جامعه کافی است
۳۶	۵۷	۷			۱۸ گذراندن دوره پزشکی اجتماعی سبب ارتقای توانایی کارورز در شناخت نیازها و اولویت های بهداشتی جامعه می گردد
۴۲	۵۰	۸			۱۹ دوره پزشکی اجتماعی زمان مناسبی برای آموزش پزشکی جامعه نگر می باشدند
۳۹	۵۷	۴			۲۰ در دوره پزشکی اجتماعی به کارورز در فرآیند یادگیری مشارکت بیشتری داده می شود
۳۸	۵۳	۹			۲۱ بهتر است زمان کمتری را در دوره کارورزی پزشکی اجتماعی سپری کنم
۴۶	۴۵	۹			۲۲ مایل برای رفع نیازهای آموزشی مردم طرح مداخله آموزشی را اجرا نمایم
۴۰	۵۵	۵			۲۳ تمایلی به انجام پروژه های دوره کارورزی پزشکی اجتماعی ندارم
۳۹	۵۴	۷			۲۴ دوره پزشکی اجتماعی سبب ارتقای ارتباط کارورز با مردم می شود
۳۳	۶۲	۵			۲۵ در این دوره کارورز تشویق به انجام تحقیقات در جامعه می گردد
۵۳	۳۷	۱۰			۲۶ تمایلی برای شرکت در دوره پزشکی اجتماعی ندارم
۵۹	۳۷	۴			۲۷ از راهنمایی های افراد حرفه بهداشتی (غیرپزشک) در عرصه جامعه استفاده می کنم

## بحث و نتیجه گیری

می گردد. در این دوره می توان از مکانیسم های گوناگون جهت تغییر نگرش کارورزان استفاده نمود. نگرش های مثبت در دانشجویان یکی از برآیندهای مهم آموزش پزشکی است [۱۸]. در سال ۱۹۹۸ نگرش ها و مهارت های ارتباطی دانشجویان دانشکده پزشکی در انگلستان مورد بررسی قرار گرفت و دانشگاه آمستردام یکی از دانشگاه هایی بود که بررسی نگرش ها را در دانشجویان پزشکی آغاز نمود [۸، ۲۱].

در سال های اخیر در ایران نیز تحقیقاتی تحت عنوانی بررسی نگرش و دیدگاه های دانشجویان پزشکی در رابطه با بخش های مختلف انجام شد [۱، ۲، ۳ و ۴].

علی رغم این که نظام آموزش پزشکی بر آموزش دانشجویان در بیمارستان تأکید دارد، در این مطالعه کارورزان به حضور در عرصه های غیربیمارستانی تمایل بیشتری نشان دادند. به طوری که اکثریت کارورزان (۷۲ درصد) قبل از ورود به بخش پزشکی اجتماعی با عبارت «بیمارستان تنها محل مناسب گذراندن دوره آموزش پزشکی است» مخالفت نمودند که در آزمون نهایی نیز نگرش ۳۶ درصد ارتقا یافت.

در این مطالعه نحوه نگرش کارورزان در سه بعد (شناختی، عاطفی و رفتاری) نسبت به آموزش دوره پزشکی اجتماعی [۲۲] قبل و بعد از گذراندن دوره مقایسه گردید. در مطالعات انجام شده اخیر در انگلستان، محققین به این نتیجه دست یافتند که ارزیابی نگرش حرفه ای در پزشکان و دانشجویان در رابطه با فعالیت های آنان به عنوان یک ارزیابی حرفه ای محسوب می شود. آنان معتقدند که درک و نگرش دانشجویان پزشکی نسبت به دوره و محتوای آموزش یک خودارزیابی ارزشمند است و منجر به اصلاح و توسعه برنامه آموزشی می گردد [۸، ۱۸]. البته بررسی نگرش ها همواره در مقایسه با حیطه های شناختی و روان حرکتی کمتر مورد توجه قرار می گیرد. اهمیت بررسی نگرش با یک نگاه کوتاه به تعریف آن که شامل مجموعه باورها و تمایلات و قصد رفتاری افراد می شود روشن می گردد [۷، ۲۲].

بهترین زمان بررسی نگرش دانشجویان در دوره بالینی است که به عنوان یک هدف ارزشیابی (Formative) محسوب

کارورزان» مفید بیان نمودند. مشارکت پزشکان نظام بهداشتی منطقه و دیگر افراد حرفه‌ای بهداشتی در فعالیت‌های آموزشی و همچنین آموزش و تعلیم دانشجویان پزشکی در عرصه‌های مراقبت‌های بهداشتی جامعه از اهمیت زیادی برخوردار است [۱۱، ۹].

در این مطالعه قبل از گذراندن دوره اکثریت کارورزان اعتقاد داشتند که اساتید بخش پزشکی اجتماعی انگیزه کافی را در کارورزی ایجاد نمی‌کنند، که بعد از آموزش به حدود ۷۴ درصد نگرش مثبت ارتقا یافت.

همچنین این مطالعه، به وضوح نشان داد که کارورزان نگرش مثبتی به حضور در بخش پزشکی اجتماعی داشته و مایلند در دوره‌های پزشکی اجتماعی شرکت کنند و پروژه‌های عرصه را انجام دهند. مسلماً نگرش مثبت در زمینه پزشکی اجتماعی می‌تواند حضور پزشکان آینده را به عنوان رهبر گروههای عملیات بهداشتی در مراکز بهداشتی- درمانی با موفقیت بیشتر همراه سازد [۱۲، ۱۲].

بدیهی است بهداشت و سلامت افراد جامعه بدون مشارکت همه گروه‌ها در امر مراقبت‌های بهداشتی بهبود نمی‌یابد. حرفه پزشکی با یک نقش مرکزی و گسترده در این مهم مشارکت دارد و مشخصاً پزشکان در اصلاح، بهبود و توسعه برنامه مراقبت‌ها نقش کلیدی را به عهده دارند [۲]. بنابراین ایجاد می‌کند که پزشکان، با دانش کافی و نگرش صحیح و کامل از نحوه خدمات ارتقای سلامت در جامعه و مبتنی بر نیاز جامعه مراقبت‌های بهداشتی را ارایه دهند [۱۵].

ما بر این حقیقت واقفیم که کیفیت مراقبت‌هایی که به جامعه ارایه می‌شود تا حدود زیادی به کیفیت آموزشی بستگی دارد که دانشجویان و دستیاران دریافت می‌کنند. در نتیجه برنامه‌های آموزش پزشکی به طور غیرمستقیم بر کیفیت مراقبت مصرف کننده خدمات مؤثر است [۲].

در مجموع پژوهشگران در این مطالعه به این مهم دست یافتنند که همانگونه که تیلور (۱۹۸۹)، معتقد است، نگرش‌ها می‌توانند از طریق کسب اطلاعات از محیط فرهنگی و آموزشی اصلاح گردد [۲۲]، دوره کارورزی پزشکی اجتماعی بر نگرش کارورزان مؤثر بود و توانسته نگرش آنان را در جهت اهداف پزشکی اجتماعی تغییر دهد. نگرش‌ها از عقاید ثابت‌تر هستند

متخصصین آموزش پزشکی معتقدند که در دوره کارورزی، مسئولیت خارج از محیط آموزشی دانشکده باعث اصلاح و بهبود مهارت‌ها در امر مراقبت‌های بهداشتی آنان می‌گردد [۸]. همچنین در این مطالعه بخش پزشکی اجتماعی توانسته است به میزان قابل توجهی (۶۰-۷۰ درصد) نگرش کارورزان را نسبت به اهداف دوره پزشکی اجتماعی مانند «بخش پزشکی اجتماعی سبب ارتقای توانایی کارورز در شناخت نیازهای بهداشتی می‌گردد»، «دوره پزشکی اجتماعی سبب ارتقای ارتباط کارورز با مردم می‌شود»، «این دوره کارورز را تشویق به انجام تحقیقات در جامعه می‌کند»، و «گذراندن دوره پزشکی اجتماعی سبب تقویت نقش آموزش پزشکان می‌گردد» ارتقا بخشد [۴]. در ضمن این بخش قادر بوده، نگرش مثبت نسبت به نقش آموزشی افراد حرفه‌ای بهداشتی (غیرپزشک) را در آموزش دانشجویان پزشکی ایجاد کند.

یکی از عوامل مهم مؤثر بر بهبود و ارتقای کیفیت آموزش پزشکی ایجاد ارتباط مؤثر بین دانشجویان پزشکی و دیگر کارکنان خدمات بهداشتی و همچنین در مشارکت فعال کارکنان بهداشتی (غیرپزشک) در آموزش دانشجویان است [۲۱، ۸].

در این مطالعه، کارورزان به این مهم دست یافته بودند که «دوره پزشکی اجتماعی زمان مناسبی برای آموزش پزشکی جامعه نگر است»؛ تحقیقات نشان داده که روش جامعه نگر در آموزش پزشکی روش معتبری است و مهارت‌های دانشجویان را در برقراری ارتباط با دیگر افراد تیم بهداشتی و مدیریت حل مسأله تقویت می‌کند [۲، ۲۱].

اکثریت کارورزان (۸۴ درصد) بعد از گذراندن دوره پزشکی اجتماعی با عبارت «محتوای برنامه کارورزی تکرار برنامه کارآموزی است» مخالفت خود را بیان نمودند و لازم به ذکر است قبل از شروع دوره اکثریت کارورزان با این عبارت موافق بودند. خوشبختانه این یافته نشان می‌دهد، علی‌رغم پیش‌داوری‌های کارورزان نسبت به محتوای دوره پزشکی اجتماعی قبل از ورود به این بخش، مرتبه نگرش آنان بعد از گذراندن دوره به میزان قابل ملاحظه‌ای بهبود یافت.

تقریباً نیمی از کارورزان مورد مطالعه بعد از گذراندن دوره «مشارکت افراد حرفه‌ای بهداشتی (غیرپزشک) را در آموزش

بخش‌های بالینی، ارزیابی مستمر بخش‌های آموزشی به منظور تأثیر آموزش بر دانش، نگرش و مهارت‌های کارورزان، تنظیم طرح درس با نظارت اساتید و متخصصین مربوط، پیشنهاد می‌گردد.

ولی در طول برنامه‌های آموزشی، می‌توان نگرش دانشجویان پزشکی را تغییر داد [۱۷]. همچنین با توجه به یافته‌های این مطالعه راهکارهایی از قبیل انجام مطالعات مشابه و جامع‌تر در این بخش و سایر

## منابع

- ۱- امامی سیدمحمدحسن، علوم پایه پزشکی از دیدگاه کارورزان: بررسی آگاهی و نگرش نسبت به دروس و سؤالات آزمون جامع علوم پایه در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، آموزش پزشکی، ۱۳۷۹، ۱، ۲۳-۱۹.
- ۲- بلومنتال دی، تربیت پزشکان فردا: رسالت آموزش پزشکی در مراکز سلامت دانشگاهی، توسعه سلامت و پزشکی، نشریه تخصصی ویژه مدیران بخش بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲۱۲-۲۳۴، ۳، ۸۱.
- ۳- فراهانی فرهاد، عظیمیان محمدحسین، مانی کاشانی خسرو، بررسی نگرش و میزان بهره‌وری آموزش کارورزان رشته پزشکی از بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان امام خمینی دانشگاه همدان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی همدان، ۱۳۷۹، ۴، ۱۴-۱۰.
- ۴- رضایی منصور، الماسی علی، بررسی آگاهی و نگرش دانشجویان پزشکی نسبت به آموزش پزشکی جامعه نگر کرمانشاه، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۳۷۶، ۱، ۷۸-۷۱.
- ۵- کریستوفر موری، آلن لوپز، بار جهانی بیماری‌ها، ترجمه شادپور پژمان، نشریه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / یونیسف، ۱۳۷۷، ۱-۲.
- ۶- مانی کاشانی خسرو، اللهوردی پور حمید، عظیمیان محمدحسین، بررسی آگاهی و نگرش پزشکان شهرستان همدان در زمینه آموزش پزشکی جامعه نگر در سال ۱۳۷۷، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی همدان، ۱۳۷۹، ۴، ۹-۵.
- 7-Brynhildsen, J, Dahle LO, Fallsberg B, Rundquist I, Hammar M. Attitude among students and teachers on vertical integration between a clinical medicine and basic science with in a

problem-based undergraduate medical curriculum. Medical Teacher 2002; 3: 286-88

8-Catrine TJ, Dehaes JCM. Summative assessment of medical students and affective domain. Medical Teacher 2000; 1: 40-43

9-Mattus DE, Machado JL, Ruiy T. Teaching in the community: changing and implementing and a new curriculum. Education for Health 1998; 3: 319-25

10-Fee E. The origins and development of public health in the United States: In: Detls R, Holland W, Ewen McJ, Omenn Gs. Oxford Text book of Public Health. 3ed edition, Oxford University Press, London, 1997: 45-46.

11-Hannon FBA. National medical education needs: assessment of interns and the development of an intern education and training program. Medical Education 2000; 4: 275-84

12-Maheux B. Medical faculty as humanistic physicians and teachers: the perceptions of students at innovative and traditional medical schools. Medical Education 2000; 34: 630-34

13-Mahajan BK, Gupta MC. Textbook of preventive and social medicine. 1<sup>st</sup> Edition, Jaypee Brothers Medical Publishers India, 1995: 130-38

14-Naidoo J, Orme, J. Health promotion in the medical curriculum: enhancing its potential. Medical Teacher 2000; 3: 282-86

15-Pittilo RM, Ross FM. Policies for interprofessional education: current trends in the UK. Education for Health 1998; 3: 285-95

16-Parsel G. Under graduated curriculum change in North America: a quiet revolution. Medical Education 2000; 12: 972-75

17-Regler AG. Attitude change during medical school: a review of the literature. Journal of Medical Education 1974; 49: 1023-30

**18-** Leinster. Medical education and the changing face of health care delivery. *Medical Teacher* 2002; 1: 13-15

**19-** Seo M, Tamura K, Marioka E, Shijo H. Impact of medical round outpatient's an residents, perceptions at university hospital in Japan. *Medical Education* 2000; 5: 404-11

**20-** Sobral DT. Student's perception of own effectiveness in counseling. *Education for Health* 1998; 3: 393-94

**21-** Seabrook MA, Lempp H, Wood field S. Extending community involvement in the medical curriculum: lessons from a case study. *Medical Education* 1999; 11: 838-45

**22-** Taylor SE, Peplav L, Sears A, David O. *Social Psychology*. 1<sup>st</sup> Edition, Prentic Hall Inc: London, 1997: 139-70