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: مربی، 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

نگـرش کـارورزان بـا مـشاهدات 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 سـال ۸۱-۸۰ بـر روی ۱۰۰ کارورز که به روش غیراحتمالی آسان انتخاب شدند انجام گردید. داده‌ها به وسیله پرسشنامه با ضریب ثبات درونی (۰/۸۶ و ۰/۸۹) به‌ترتیب 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.

میانگـین نمـره کـل نگـرش قـبل و بعد از گذراندن دوره پزشکی اجتماعی تفاوت معنی‌دار آماری نشان داد ($P<۰/۰۵$). جهت مقایـسه رتـبه هـر یـک از عـبارات نگرش در دو مرحله از آزمون علامت استفاده شد، که در مورد تمام ۲۷ عبارت تفاوت معنی‌دار آمـاری مـشاهده گـردید ($P<۰/۰۵$)، ولی بین متغیر جنس و نمرات کسب شده قبل و بعد از دوره آموزشی تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده نشد.

نـتایج مطالعـه 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.6.1]

مقدمه

امروزه با توجه به تغییرات به‌وجودآمده 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[۲، ۵]. پیش بینی این که تمامی این تغییرات به کجا خواهد انجامید دشوار است. ولی یک چیز روشن 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 [۲].

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[۲، ۱۸].

نکته ظریف آموزش پزشکی این است که هم‌جهت با افزایش دانش پزشکی و همچنین توجه به تکنولوژی برای تشخیص و درمان بیماران، پزشکان تربیت‌شده 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[۱۲، ۱۵، ۱۹].

ماتوس و همکاران در مطالعه‌ای تحت عنوان « آموزش در جامعه و اجرای یک برنامه»، این‌گونه نتیجه گیری کردند: « به منظور رفع نیازهای جامعه کنونی، پزشکان بایستی مجهز به یک دیدگاه اجتماعی- بیولوژی به سلامت و بیماری باشند. 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 [۹، ۱۴].

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[۱۶، ۲۱].

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[۸، ۱۱، ۱۶]. 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[۱۰، ۱۳].

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 خودارزیابی ارزشمند بوده و پایه نیازهای یادگیری آنان است و در ضمن منجر به توسعه برنامه‌های آموزشی می‌گردد [۸، ۱۷]. بسیاری از نگرش‌ها و رفتارهای پزشکان در طی آموزش پزشکی شکل می‌گیرد. وقتی این نگرش‌ها و رفتارها با تغییرات جامعه همسویی نداشته باشد، نتیجه آن بی‌اثرماندن

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.6.1]

تلاش‌های گروه پزشکی برای انجام مراقبت سلامت و هدر رفتن بالقوه ثروت‌های سازمانی است[۲]. این در حالی است که نگرش‌های مثبت یکی از برآیندهای مهم آموزش پزشکی است[۱۸].

با این توصیف پژوهشگران در اولین گام برای ارتقای کیفیت آموزش پزشکی، نگرش کارورزان را نسبت به برنامه‌های گروه پزشکی اجتماعی قبل و بعد از آموزش مطالعه نمودند.

امید است نتایج حاصل از این مطالعه، اطلاعات مفید و راهکارهای مناسب و مؤثری را در زمینه مورد بررسی در اختیار متخصصین و طراحان برنامه‌های آموزش پزشکی قرار دهد و همچنین به عنوان پایه تحقیقات بعدی در آموزش پزشکی محسوب گردد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر مطالعه‌ای نیمه تجربی(Quasi experimental) از نوع « قبل و بعد» بوده که با هدف مقایسه نگرش کارورزان نسبت به دوره پزشکی اجتماعی قبل و بعد از گذراندن دوره انجام شد.

جامعه پژوهش در این مطالعه کلیه کارورزان پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی کرمان بودند و کارورزانی که در طی یک‌سال (اول فروردین ۸۰ تا آخر اسفند ۸۰) به بخش کارورزی پزشکی اجتماعی وارد شدند (۱۰۰ نفر) نمونه این مطالعه را تشکیل دادند. اطلاعات مورد نیاز نیز از طریق پرسشنامه جمع‌آوری گردید.

پرسشنامه دارای ۲۷ عبارت نگرش بود که سه بعد (شناختی، عاطفی و رفتاری) را به تعداد مساوی شامل می‌شد. عبارات بر اساس مقیاس لیکرت در پنج طیف « کاملاً موافقم، موافقم، بی‌نظرم، مخالفم و کاملاً مخالفم» درجه‌بندی شد. پرسشنامه پس از تأیید روایی محتوی مورد استفاده قرار گرفت. ضرایب ثبات درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ بر اساس نمرات کل قبل ۰/۸۶ و بعد ۰/۸۹ به دست آمد.

کارورزان به دو شکل پیش آزمون (Pre test)، قبل از شروع بخش و آزمون نهایی (Post test)، بعد از اتمام دوره آموزش مورد سنجش قرار گرفتند. در مجموع ۲۰۰ پرسشنامه (۱۰۰ پرسشنامه پیش آزمون و ۱۰۰ پرسشنامه آزمون نهایی) در پایان یک‌سال جمع‌آوری گردید. جهت استخراج نمرات از پرسشنامه، در مورد عبارات دارای جهت مثبت از «کاملاً موافقم» تا « کاملاً مخالفم» از ۵ تا ۱ و در مورد عبارات دارای جهت منفی از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری صورت گرفت. در نهایت اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج این مطالعه که به منظور « مقایسه نگرش کارورزان دانشگاه علوم پزشکی کرمان نسبت به دوره پزشکی اجتماعی 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 نیز جنسیت خود را ذکر نکرده بودند.

از نظر رشته مورد علاقه جهت تخصص ۳۱ درصد از دادن پاسخ امتناع کردند و بیشترین درصد انتخابی مربوط به پوست (۱۱ درصد) و بعد از آن به ترتیب روانپزشکی و ارتوپدی (۱۰ درصد)، رادیولوژی و قلب (۷ درصد) و کودکان (۵ درصد) بود. رشته پزشکی اجتماعی را نیز فقط ۲ درصد از دانشجویان به عنوان رشته تخصصی مورد علاقه جهت ادامه تحصیل انتخاب کردند.

میانگین نمره کل نگرش و نمرات سه حیطه آن قبل و بعد از گذراندن دوره پزشکی اجتماعی تفاوت معنی‌دار آماری نشان داد (P<۰/۰۰۰۱)، به طوری که در همه موارد میانگین نمرات بعد از گذراندن دوره افزایش یافته بود (جدول شماره۱).

جدول شماره ۱- میانگین نمرات نگرش نمونه‌های مورد پژوهش قبل و بعد از گذراندن دوره

	قبل			بعد			P
	میانگین	درصد نمره	انحراف معیار	میانگین	درصد نمره	انحراف معیار	
نگرش	۲۹/۶	۶۵/۸	۴/۷	۳۵/۹	۷۹/۸	۳/۱	<۰/۰۵
دانش	۳۰/۸	۶۸/۴	۳/۲	۳۶/۱	۸۰/۲	۳/۱	<۰/۰۵
رفتار	۳۰/۱	۶۶/۹	۴/۲	۳۶/۲	۸۰/۴	۳/۶	<۰/۰۵
جمع	۹۰/۶	۶۸/۱	۱۰/۵	۱۰۸/۲	۹۰/۱	۸/۹	<۰/۰۵

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.6.1]

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 پزشکی اجتماعی بود.

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

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.

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

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

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

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.6.1]

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

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

بحث و نتیجه‌گیری

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 حرفه‌ای در پزشکان و دانشجویان در رابطه با فعالیت‌های آنان به عنوان یک ارزیابی حرفه‌ای محسوب می‌شود. 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 می‌گردد[۸، ۱۸]. البته بررسی نگرش‌ها همواره در مقایسه با حیطه‌های شناختی و روان حرکتی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. اهمیت بررسی نگرش با یک نگاه کوتاه به تعریف آن که شامل مجموعه باورها و تمایلات و قصد رفتاری افراد می‌شود روشن می‌گردد[۷، ۲۲].

بهترین زمان بررسی نگرش دانشجویان در دوره بالینی است که به عنوان یک هدف ارزشیابی (Formative) محسوب می‌گردد. در این دوره می‌توان از مکانیسم‌های گوناگون جهت تغییر نگرش کارورزان استفاده نمود. نگرش‌های مثبت در دانشجویان یکی از برآیندهای مهم آموزش پزشکی است[۱۸].

در سال ۱۹۹۸ نگرش‌ها و مهارت‌های ارتباطی دانشجویان دانشکده پزشکی در انگلستان مورد بررسی قرار گرفت و دانشگاه آمستردام یکی از دانشگاه‌هایی بود که بررسی نگرش‌ها را در دانشجویان پزشکی آغاز نمود[۸، ۲۱].

در سال‌های اخیر در ایران نیز تحقیقاتی تحت عناوین بررسی نگرش و دیدگاه‌های دانشجویان پزشکی در رابطه با بخش‌های مختلف انجام شد[۱، ۳، ۴ و ۶].

علی‌رغم این که نظام آموزش پزشکی بر آموزش دانشجویان در بیمارستان تأکید دارد، در این مطالعه کارورزان به حضور در عرصه‌های غیربیمارستانی تمایل بیشتری نشان دادند.

به‌طوری 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.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.6.1]

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 (۷۰-۶۰ 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 [۸، ۲۱].

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 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 [۹، ۱۱].

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، ۲۰].

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 ایجاب 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 یافتند که همانگونه که تیلور (۱۹۸۹)، معتقد است، نگرش‌ها می‌توانند از طریق کسب اطلاعات از محیط فرهنگی و آموزشی اصلاح گردند [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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.6.1]

ولـی در طـول بـرنامه‌های آموزشی، می‌توان نگرش دانشجویان پزشکی را تغییر داد[۱۷].

همچنـین بـا تـوجه به یافته‌های این مطالعه راهکارهایی از قبـیل انجـام مطالعـات مـشابه و جامـع‌تر در این بخش و سایر بخـش‌های بالینی، ارزیابی مستمر بخش‌های آموزشی به منظور تأثیـر آمـوزش بـر دانش، نگرش و مهارت‌های کارورزان، تنظیم طـرح درس بـا نظـارت اسـاتید و متخصـصین مربوط، پیشنهاد می‌گردد.

منابع

۱- امامـی سیدمحمدحـسن، علـوم پایـه پزشـکی از دیـدگاه کـارورزان: بررسـی آگاهی و نگرش نسبت به دروس و سؤالات آزمـون جامـع علـوم پایـه در دانـشگاه علـوم پزشکی اصفهان، آموزش پزشکی، ۱۳۷۹، ۱، ۲۳-۱۹

۲- بلومنـتال دی، تربیت پزشکان فردا: رسالت آموزش پزشکی در مراکـز سـلامت دانشگاهی، توسعه سلامت و پزشکی، نشریه تخصـصی ویـژه مدیـران بخـش بهداشـت، درمـان و آمـوزش پزشکی، ۸۱، ۳، ۲۳۴-۲۱۲

۳- فراهانـی فـرهاد، عظیمـیان محمدحـسین، مانـی کاشـانی خسرو، بررسی نگرش و میزان بهره‌وری آموزش کارورزان رشته پزشـکی از بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان امام خمینی دانـشگاه همـدان، 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- کریـستوفر مـوری، آلـن لوپز، بار جهانی بیماری‌ها، ترجمه شـادپور پـژمان، نـشریه وزارت بهداشـت، درمـان و آمـوزش پزشکی/ یونیسف، ۱۳۷۷، ۲-۱

۶- مانـی کاشـانی خـسرو، الله‌وردی‌پـور حمـید، عظیمـیان محمدحـسین، بررسـی آگاهـی و نگـرش پزشـکان شهرسـتان همـدان در زمیـنه آموزش پزشکی جامعه نگر در سال ۱۳۷۷، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی همدان، ۱۳۷۹، ۴، ۹-۵

1-Brynhildsen, J, Dahle LO, Fallsberg B, Rundquist I, Hammar M. Attitude among students and teachers on vertical integration between 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. 1st 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.6.1]

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. 1st Edition, Prentic Hall Inc: London, 1997: 139-70

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.6.1]