



مقاله کیفی

تبیین شایستگی‌های بالینی مورد نیاز برای تربیت پزشکان عمومی در راستای تحقق پاسخ‌گویی اجتماعی: یک مطالعه کیفی

یوسف ادیب^۱، اسکندر فتحی آذر^۱، مهستی علیزاده^۱، غلامعلی دهقانی^{۱*}

^۱گروه علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران | dehghanigh@tbzmed.ac.ir

دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۲۸ | پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۲۳ | چاپ: ۱۳۹۶/۱۲/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: پاسخ‌گویی اجتماعی یک ویژگی مهم و اساسی در آموزش پزشکی است. علی‌رغم تشابه زیاد، کشورهای مختلف تلاش کرده‌اند بر اساس نظام آرایه‌ی خدمات سلامت و نیازهای جامعه خود، شایستگی‌های مناسب آموزش پزشکی را تعریف کنند. این مطالعه باهدف تبیین شایستگی‌های بالینی موردنیاز برای تربیت پزشکان عمومی در راستای تحقق پاسخ‌گویی اجتماعی طراحی گردید.

روش بررسی: این پژوهش در سال ۱۳۹۶ با بهره‌گیری از روش تحلیل محتوای کیفی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. ۱۴ نفر استاد و ۵ نفر پزشک عمومی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و تجارب و دیدگاه‌های آنان تا رسیدن به مرحله اشباع اطلاعاتی مورداستفاده قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختارمند و برای تحلیل آن‌ها از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، شش طبقه اصلی تحت عناوین «توانمندی آرایه‌ی خدمات بالینی بر اساس رویکرد کل‌نگر»، «همکاری با تیم سلامت برای ارتقای سلامت و پیشگیری»، «نقش‌آفرینی در نظام سلامت»، «مهارت‌های ارتباطی»، «اخلاق و تعهد حرفه‌ای» و «تصمیم‌گیری در شرایط سخت» شناخته شد که در مجموع از ۱۵ زیر طبقه حاصل شدند.

نتیجه‌گیری: برای توسعه‌ی پاسخ‌گویی اجتماعی در آموزش پزشکی، دانشکده‌های پزشکی باید فارغ‌التحصیلانی را تربیت نمایند که به‌طور جدی در مورد سلامت جامعه فعال بوده و به اخلاق و رفتار حرفه‌ای، برقراری ارتباط موثر، کارگروهی، انجام مراقبت‌های اولیه و ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها در کل جامعه، متعهد باشند.

واژگان کلیدی: شایستگی بالینی، پزشک عمومی، پاسخ‌گویی اجتماعی، مطالعه کیفی، تحلیل محتوا

این مقاله بدین صورت ارجاع داده شود:

Adib Y, Fathiazar E, Alizadeh M, Dehghani G. Exploration of the Required Clinical Competencies for Training General Practitioners to Acquire Social Accountability: A Qualitative Study. *J Med Educ Dev*. 2018; 10 (28) :3-17

۱- گروه علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

مقدمه

آنچه در آموزش پزشکی مهم است، نتایج یادگیری است که در قالب توانمندی‌های حرفه‌ای بیان می‌شود. در واقع، هدف آموزش پزشکی، پاسخ‌گویی به نیازهای سلامتی و بهداشتی جامعه است (۱) و اصلی‌ترین معیار پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه‌ی درسی پزشکی، میزان موفقیت برنامه‌ی درسی در تربیت پزشکان توانمند است (۲). اکنون توجه جوامع بین‌المللی به این موضوع معطوف است که پزشک امروزی علاوه بر اینکه باید قادر به ارائه‌ی خدمات مراقبت‌های سلامت در جامعه باشد، بایستی با توجه به شرایط گوناگون جغرافیایی، اجتماعی و اقتصادی، تصمیم‌گیرنده‌ای مدبر در مورد بیماری‌ها، ماهر در برقراری ارتباط و مدیری موثر و کارآمد در گروه‌های سلامت و جامعه باشد و همواره از انگیزه‌های درونی و پویا برای یادگیری و پژوهش مادام‌العمر برخوردار باشد (۳). در سال ۱۹۹۶ دانشکده‌ی براون آمریکا، مدلی برای آموزش پزشکی در قرون آینده ارائه داد که براساس آن، توانایی‌هایی که از یک پزشک موفق انتظار می‌رود شامل موارد زیر است: مهارت ارتباط موثر؛ مهارت‌های بالینی پایه؛ کاربرد دانش پایه در پرداختن به پزشکی؛ تشخیص، اداره و پیشگیری از بیماری‌ها؛ یادگیری مادام‌العمر؛ خودآگاهی، مراقبت از خود و توسعه‌ی فردی؛ زمینه‌های عمومی و اجتماعی مراقبت سلامت؛ استدلال اخلاقی و اخلاق بالینی؛ و حل مساله. نشان دادن این ۹ توانایی به صورت رفتارهای قابل مشاهده در فراگیران، در سطوح مبتدی، متوسط و پیشرفته در دوران کارآموزی الزامی است (۴). در مطالعه‌ی کیفی آژانس تضمین کیفیت در مورد ویژگی‌های فارغ‌التحصیلان سه رشته‌ی پزشکی، دندان پزشکی و دامپزشکی، ۷ درون‌مایه استخراج گردید که شامل تفکر جستجوگر، دانش پایه، تفکر انتقادی، ارتقای موارد حرفه‌ای، رعایت اصول اخلاقی، توانایی کار تیمی و مهارت‌های ارتباطی بود که سه مورد از ۹ توانایی موجود در رویکرد براون شامل مهارت دانش پایه، اصول اخلاقی و مهارت‌های ارتباطی را پوشش می‌دهد (۵).

در پروژه‌ی Can MEDS کشور کانادا، ۷ نقش برای پزشکان متخصص تعریف شد که شامل: خبره‌ی پزشکی، برقرارکننده‌ی ارتباط، همکار، مدافع سلامت، مدیر، دانشور و حرفه‌ای بود. شورای اعتباربخشی فارغ‌التحصیلان پزشکی آمریکا نیز در پروژه ACGME برای آموزش پزشکان توانمندی‌های مراقبت بیمار، دانش پزشکی، ارتقاء یادگیری مبتنی بر عملکرد، مهارت‌های بین فردی و ارتباطی، رفتار حرفه‌ای و عملکرد مبتنی بر سیستم را تعریف کرد (۶). دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۱ چهارچوب شایستگی‌های موردنیاز دانشجویان و جامعه‌را بر اساس رویکرد مشارکتی طراحی کرد. این شایستگی‌ها در ۸ حوزه شامل مهارت‌های زیر است: (۱) مهارت‌های بالینی (۲) مهارت‌های ارتباطی (۳) مدیریت بیمار (۴) ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری (۵) ارتقای شخصی (۶) اخلاق پزشکی و حقوق بیمار (۷) تصمیم‌گیری، استدلال و حل مساله (۸) نقش پزشک به عنوان مسوول در نظام سلامت. تعدادی از این حوزه‌ها در چهارچوب‌های بسیاری از کشورهای دیگر مشترک است (۷). با توجه به این ۸ حوزه شایستگی‌ها، یک پزشک در نظام سلامت ایران سه نقش اساسی را ایفا می‌کند که شامل مدیریت و رهبری، ارائه‌دهنده‌ی خدمات بالینی و مروج سلامت است (۸). گام اصلی در برنامه‌ریزی آموزشی و تدوین برنامه‌ی درسی پزشکی عمومی در کلیه‌ی نظام‌های آموزشی، تعریف و مشخص نمودن قابلیت‌ها یا توانمندی‌های موردنیاز پزشکان است. هر جامعه بر اساس نیازهای خود توانمندی‌هایی را برای پزشکان خود تعیین و تعریف می‌کند (۹). با وجود تشابه زیاد در چهارچوب شایستگی‌های موردنیاز برای آموزش پزشکی در کشورهای مختلف، هیچ توافقی بر یک مجموعه‌ی مشترک از شایستگی‌ها و پیامدها وجود ندارد. کشورهای مختلف تلاش کرده‌اند برحسب نیازهای جامعه خود و نظام ارائه‌ی خدمات سلامت، شایستگی‌های مناسب را تعریف کنند (۸). بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تبیین دیدگاه اساتید و پزشکان

سوال اصلی مصاحبه «شایستگی‌های بالینی موردنیاز پزشکان عمومی برای پاسخ‌گویی اجتماعی چه مواردی است؟» مطرح گردید. سپس در جهت کامل شدن مصاحبه و جمع‌آوری داده‌های غنی‌تر بر اساس نوع پاسخ مشارکت‌کنندگان، سوالات ادامه می‌یافت. متن مصاحبه‌ها با اجازه مشارکت‌کنندگان ضبط و به‌جای اسامی افراد از کدهای عددی استفاده شد. بعدازآن، مصاحبه‌ها بدون کم و کاست به‌صورت مکتوب درآمد و مجدداً با اطلاعات ضبط‌شده مطابقت گردید. متن مصاحبه‌ها در اختیار مصاحبه‌شوندگان جهت اصلاح و تایید قرار گرفت. درنهایت پس از ۱۷ مصاحبه، اشباع داده‌ها رخ داد و دو مصاحبه بعدی برای حصول اطمینان صورت گرفت و از آنجایی که مطلب جدیدی حاصل نشد، روند انجام مصاحبه متوقف شد. پیاده کردن مصاحبه‌ها و تحلیل داده‌ها (کدگذاری و دسته‌بندی کدها) بعد از انجام اولین مصاحبه شروع شد. تحلیل داده‌ها بر اساس رویکرد تحلیل محتوای قراردادی (Conventional content analysis method) و با بهره‌گیری از روش تحلیل مستمر و چرخشی (Constant Comparative Analysis) استروبرت و کارپنتر (Streubert & Carpenter) انجام پذیرفت. این رویکرد عمدتاً برای تحلیل داده‌های شخصی حاصل از مصاحبه مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۰). تحلیل داده‌ها به‌صورت دستی و طی مراحل زیر با دقت انجام پذیرفت: متن مصاحبه‌ها به‌طور کامل روی کاغذ پیاده شد. خط به خط و کلمه به کلمه داده‌ها توسط محقق مورد بازنگری قرار گرفته، مفاهیم موجود در هر خط یا جمله مرتبط با موضوع اصلی پژوهش مشخص شد و مفهوم اصلی جملات معنادار به‌صورت کد استخراج گردید. سپس با قرار دان کدهایی با مفهوم مشترک در یک طبقه و نام‌گذاری آن‌ها، دسته‌بندی کدها آغاز گردید. در ادامه، طبقات حاصل از مرحله‌ی قبلی بر اساس تشابه دسته‌بندی شدند. با استفاده از فرآیند تحلیل مقایسه‌ای مداوم، هر داده با تمام داده‌ها مقایسه

عمومی درخصوص رویکرد پاسخ‌گویی اجتماعی و با بهره‌گیری از مطالعه کیفی سعی دارد ابعاد شایستگی‌های بالینی موردنیاز پزشکان عمومی را مشخص نماید تا براساس این نتایج، بتوان راهکارهای لازم برای حرکت به سمت تربیت پزشکان کارآمدتر، لایق‌تر و پاسخ‌گوتر را به‌برنامه‌ریزان آموزش پزشکی پیشنهاد نمود.

روش بررسی

این پژوهش به‌صورت یک تحقیق کیفی در نیمه اول سال ۱۳۹۶ در دانشگاه علوم پزشکی تبریز طراحی و اجرا گردید. جامعه‌ی مورد بررسی اساتید و پزشکان عمومی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بودند. به‌منظور دستیابی به هدف مطالعه، انتخاب نمونه‌ها بر اساس رویکرد مبتنی بر هدف و به روش نمونه‌گیری متوالی انجام پذیرفت و تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. در این پژوهش، اساتید آموزش پزشکی و پزشکی اجتماعی که در زمینه‌ی علوم بالینی اطلاعات و تجربیات ارزشمندی داشتند و هم‌چنین پزشکان عمومی که بلافاصله بعد از فارغ‌التحصیلی حداقل به مدت دو سال به‌طور مستمر در عرصه خدمات بهداشتی و درمانی مشغول طبابت بودند، در پژوهش مشارکت داده شدند. بنابراین، ۱۹ نفر از اساتید و پزشکان عمومی (۸ نفر متخصص آموزش پزشکی، ۶ نفر متخصص پزشکی اجتماعی و ۵ نفر از پزشکان عمومی) جهت جمع‌آوری و تولید داده‌های غنی وارد مطالعه شدند. مکان مصاحبه بر اساس هماهنگی قبلی و زمان توافق شده در دفتر کار مشارکت‌کنندگان تعیین گردید. هر مصاحبه حدود ۶۰-۴۵ دقیقه به طول انجامید. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختارمند انفرادی به دست آمد. برای شکستن جو رسمی، مصاحبه با سوالات کلی شروع می‌شد و سعی محقق بر این بود تا فرآیند مصاحبه طوری هدایت شود که امکان تعامل دوطرفه فراهم گردد. سوال کلی «درک شما از مفهوم پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه درسی در آموزش پزشکی چیست؟» سوال آغازین مصاحبه بود. در ادامه

که در تحقیق شرکت نداشتند، قرار گرفت تا مشخص گردد آیا تشابهی بین نتایج تحقیق و تجارب ایشان وجود دارد یا نه؟ در پژوهش حاضر، ملاحظات اخلاقی از طریق رایبهی اطلاعات شفاهی و کتبی در خصوص مطالعه به مشارکت‌کنندگان، اختیاری بودن شرکت در پژوهش و تکمیل رضایت‌نامه کتبی، اطمینان دادن از بابت محرمانه ماندن گفتگوها و رعایت اصل رازداری، ضبط مصاحبه به صورت بی‌نام و پاک نمودن فایل مصاحبه پس از پایان تحقیق، رایبهی شماره تماس به شرکت‌کنندگان جهت اعلام انصراف از شرکت در مطالعه در هر مرحله از تحقیق، رعایت شد.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان این مطالعه، ۱۴ استاد (۹ نفر مرد و ۵ نفر زن) و ۵ پزشک عمومی (۳ مرد و ۲ زن) بودند. در تحلیل مصاحبه‌ها ۳۳۵ کد به دست آمد که بعد از حذف کدهای تکراری و ادغام موارد مشابه، در نهایت ۶۵ کد حاصل شد که در ۶ طبقه اصلی و ۱۵ زیرطبقه قرار گرفت. این طبقات اصلی شامل «توانمندی رایبهی خدمات بالینی بر اساس رویکرد کل‌نگر»، «همکاری با تیم سلامت برای ارتقای سلامت و پیشگیری»، «نقش‌آفرینی در نظام سلامت»، «مهارت‌های ارتباطی»، «اخلاق و تعهد حرفه‌ای» و «تصمیم‌گیری در شرایط سخت» بودند که در جدول ۱ توصیف شده است.

شد. به این صورت که با هر مصاحبه جدید، طبقات قبلی بازنگری و طبقات مشابه با یکدیگر ادغام یا طبقه‌بندی جدیدی ایجاد گردید. در نهایت با کنار هم گذاشتن طبقات در عباراتی قابل‌تعمیم، طبقات اصلی (درون‌مایه‌ها) به دست آمد. برای صحت و استحکام داده‌ها چهار معیار: قابلیت اعتبار، تایید پذیری، قابلیت اعتماد و قابلیت انتقال مورد توجه قرار گرفت (۱۰). قابلیت اعتبار داده‌ها از طریق درگیری طولانی مدت محقق در فرآیند پژوهش، برقراری ارتباط کافی با شرکت‌کنندگان در پژوهش و رایبهی برداشت‌های حاصل از تحلیل داده‌ها به سمع و نظر آن‌ها تامین شد. برای اطمینان از تایید پذیری، بعد از تشکیل کدهای اولیه از نظرات شرکت‌کنندگان جهت صحت کدها و تفاسیر، اطمینان حاصل شد و در صورتی که کدها با نظرات شرکت‌کنندگان مغایرت داشت، اصلاحات لازم انجام پذیرفت. هم‌چنین از شیوهی کنترل توسط دو نفر از اساتید متخصص در زمینهی تحقیق کیفی استفاده شد و توافق نظر روی کدهای انتخابی و طبقه‌بندی صورت گرفت. جهت افزایش قابلیت اعتماد داده‌ها، از نمونه‌گیری هدف‌مند و با رعایت تنوع حداکثری و نیز بهره‌گیری از بازبینی افراد صاحب‌نظر، استفاده شد. جهت افزایش قابلیت انتقال، پژوهش‌گر تلاش نمود تا توصیفی جامع از فرآیند مطالعه و روند تجزیه و تحلیل داده‌ها رایبه نماید. طبقات استخراج شده در اختیار دو نفر از اساتید

جدول ۱: طبقات اصلی و زیرطبقات مربوط به شایستگی‌های بالینی پزشکان عمومی با تاکید بر پاسخ‌گویی اجتماعی

زیر طبقه	طبقه اصلی
مهارت‌های بالینی، آشنایی با اصول کلی مراقبت از بیمار	توانمندی رایبهی خدمات بالینی بر اساس رویکرد کل‌نگر
شناسایی و کنترل عوامل خطر ساز سلامتی فرد و جامعه، تعیین وضعیت فعلی سلامتی فرد و جمعیت تحت پوشش، تشخیص زودهنگام و درمان به موقع	همکاری با تیم سلامت برای ارتقای سلامت و پیشگیری
آموزش‌دهنده و مروج، پژوهش‌گر، مدیریت و رهبری، تیم سازی و کارگروهی	نقش‌آفرینی در نظام سلامت
ارتباط اثربخش با بیمار و همراهان بیمار، ارتباط با همکاران	مهارت‌های ارتباطی
اخلاق پزشکی، تعهد حرفه‌ای	اخلاق و تعهد حرفه‌ای
مهارت حل مساله، مهارت تفکر انتقادی	تصمیم‌گیری در شرایط سخت

راهنمایی تغذیه مناسب، کنترل بیماری و بازتوانی توانمندی‌های لازم را کسب نماید».

بر اساس داده‌ها، پزشکان عمومی ضمن داشتن توانمندی در طیف گسترده‌ای از مهارت‌های بالینی، باید با داشتن نگاه جامع‌نگر به بیمار، توانایی برای تشخیص بیماری و تعیین برنامه مراقبتی مناسب جهت دستیابی به اهداف موردنظر در برخورد با مشکل بیمار را داشته باشد. جامع‌نگری در پزشکی به مفهوم توجه به تمام زوایای اجتماعی، انسان‌شناسی و سلامتی است تا معانی و علل نهفته در آنچه در ظاهر پاسخ‌های فیزیولوژیک تلقی می‌شوند، دریافت شوند.

ب) همکاری با تیم سلامت برای ارتقای سلامت و پیشگیری

این طبقه‌ی اصلی مشتمل بر سه زیر طبقه بود که عبارت‌اند از: «شناسایی و کنترل عوامل خطر ساز سلامتی فرد و جامعه»، «تعیین وضعیت فعلی سلامتی فرد و جمعیت تحت پوشش» و «تشخیص زودهنگام و درمان به موقع».

۱) شناسایی و کنترل عوامل خطر ساز سلامتی فرد و جامعه با توجه به دیدگاه مشارکت‌کنندگان، دانش آموخته پزشکی باید به‌عنوان عضوی از تیم سلامت در شناسایی و کنترل عوامل تهدیدکننده سلامتی افراد اجتماع از توانمندی‌ها و شایستگی‌های لازم برخوردار باشد.

مشارکت‌کننده‌ی ۱۴ (متخصص پزشکی اجتماعی): «پزشکی که بر اساس رویکرد پاسخ‌گویی اجتماعی تربیت می‌شود باید توانایی همکاری با تیم سلامت را داشته باشد».

مشارکت‌کننده‌ی ۳ (متخصص پزشکی اجتماعی): «شناسایی و کنترل عوامل تهدیدکننده سلامتی فرد و جامعه از قبیل، سیگار، مواد مخدر، رفتارهای پرخطر و حتی عوامل محیطی، اقتصادی و اجتماعی می‌تواند از مولفه‌های مهم شایستگی پزشکان عمومی برای پاسخ‌گویی اجتماعی قلمداد شود».

الف) توانمندی‌های پایه‌ی خدمات بالینی بر اساس رویکرد کل‌نگر

این طبقه اصلی شامل دو طبقه فرعی «مهارت‌های بالینی» و «آشنایی با اصول کلی مراقبت از بیمار» بود.

۱) مهارت‌های بالینی

شرکت‌کنندگان در پژوهش، داشتن توانمندی در طیف وسیعی از مهارت‌های بالینی به‌ویژه گرفتن شرح‌حال، معاینه بالینی، اقدامات عملی و ثبت اطلاعات حاصل از آن‌ها را جزو توانمندی‌های اصلی پزشکان عمومی برای پاسخ‌گویی اجتماعی دانستند.

مشارکت‌کننده‌ی ۴ (متخصص آموزش پزشکی) معتقد بود: «دانش آموخته رشته‌ی پزشکی باید ضرورت انجام پروسیجرهای بالینی، عوارض و محدودیت‌های آن‌ها را به بیمار شرح داده و به‌صورت استاندارد و کامل آن‌ها را انجام دهد».

مشارکت‌کننده‌ی ۱۰ (پزشک عمومی): «شرح‌حال گرفتن یکی از مهم‌ترین توانمندی‌های پزشکان محسوب می‌شود؛ پزشکان عمومی باید در این زمینه آگاهی کاملی داشته باشند ... عدم اجرای صحیح آن می‌تواند تهدیدی برای سلامت بیمار باشد».

۲) آشنایی با اصول کلی مراقبت از بیمار

مشارکت‌کنندگان در تحقیق، اهمیت داشتن دیدگاه کل‌نگر به بیمار و توجه به تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیمار برای تشخیص، درمان و پیگیری وضعیت بیمار را مورد اشاره قرار دادند. برخی از نقل‌قول‌ها عبارت است از: مشارکت‌کننده ۵ (متخصص پزشکی اجتماعی): «پزشکان ما باید این توانایی را داشته باشند که در تشخیص و درمان، تمام ابعاد نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی بیمار را به‌عنوان یک کل ببینند و آن‌ها را مورد توجه قرار دهند»

مشارکت‌کننده ۱۲ (متخصص آموزش پزشکی): «از یک دانشجوی دوره بالینی پزشکی انتظار می‌رود در جنبه‌های مهم مراقبت از بیمار من جمله اقدامات بالینی، تجویز دارو،

سلامت»، «پژوهش‌گر»، «مدیریت و رهبری» و «تیم‌سازی و کارگروهی» بود.

۱) آموزش‌دهنده و مروج سلامت از نظر مشارکت‌کنندگان، یکی از شایستگی‌های موردنیاز پزشکان در رویکرد پاسخ‌گویی اجتماعی، نقش آموزش‌دهنده پزشکان است. پزشکان در این نقش، شیوه‌ی زندگی سالم را به فرد و خانواده، هم‌چنین شیوه مراقبت از خود را به افراد جامعه آموزش می‌دهند تا توانایی آنان در مراقبت از خود افزایش یابد و در نتیجه سلامتی جامعه ارتقاء یافته و از بیماری‌ها پیشگیری شود.

مشارکت‌کننده‌ی ۱۶ (متخصص پزشکی اجتماعی): «... لازم است که پزشکان امروزی مروج سلامت اجتماع باشند، یعنی با آموزش شیوه‌های سبک زندگی سالم به افراد، باعث ارتقاء وضعیت سلامتی جامعه شوند...».

مشارکت‌کننده‌ی ۱۰ (پزشک عمومی): «من اگر با رویکرد پاسخ‌گویی اجتماعی آموزش دیده باشم، حتما در ارزیابی آموزش شیوه‌های صحیح مراقبت از خود به افراد در تماس، توانمندی و شایستگی لازم را دارم... از این طریق می‌توانم در ارتقای پیشگیری و بهبود وضعیت سلامتی جامعه ایفای نقش کنم».

۲) پژوهش‌گر مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که پزشک به‌عنوان عضوی موثر در تیم سلامت، با استفاده از تجربیات بالینی خود باید در پژوهش‌های مربوط به سلامت نقش قابل‌قبولی داشته باشد.

مشارکت‌کننده‌ی ۸ (متخصص آموزش پزشکی): «اگر ما به‌عنوان برنامه‌ریزان و مدرسان آموزش پزشکی مهارت پژوهش‌گری را به دانشجویان آموزش بدهیم، آن‌ها در آینده قادر خواهند بود به‌عنوان عضوی از تیم سلامت فعال باشند و تجربیات ارزشمند بالینی را در انجام پژوهش‌های مرتبط با

۲) تعیین وضعیت فعلی سلامتی فرد و جمعیت تحت پوشش

دیدگاه مشارکت‌کنندگان بر این بود که تشخیص وضعیت موجود سلامتی افراد جامعه توسط پزشکان عمومی در پاسخ‌گویی اجتماعی خدمات سلامت نقش بسزایی دارد.

مشارکت‌کننده‌ی ۱۵ (پزشک عمومی): «توانمندی پزشکان عمومی در مشخص کردن وضعیت کنونی سلامتی فرد و جمعیت در تماس در راستای پاسخ‌گویی اجتماعی است ولی صادقانه می‌گویم که بنده به‌عنوان یک پزشک توانایی انجام آن را ندارم».

۳) تشخیص زودهنگام و درمان به‌موقع مشارکت‌کنندگان، توانایی تشخیص زودهنگام و درمان به‌موقع و مناسب بیماری‌ها را یکی از مولفه‌های شایستگی‌های بالینی پزشکان عمومی در پاسخ‌گویی اجتماعی عنوان کردند.

مشارکت‌کننده‌ی ۷ (متخصص آموزش پزشکی): «امروزه تشخیص به‌موقع مراحل بالینی بیماری‌ها و شناسایی عوامل موثر بر پیش‌آگهی‌های آن‌ها و نهایتاً مداخله مناسب، جزو نیازهای اصلی پزشکان پاسخ‌گو است».

دانش‌آموخته پزشکی باید بتواند به‌عنوان عضوی از تیم سلامت رویکردهای متناسب ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها را به‌عنوان مداخله موثر در سطح جامعه انتخاب و به کار گیرد. برای تحقق این امر، توانایی در ارزیابی وضعیت سلامت، تعیین عوامل خطر ساز، شناسایی علل بیماری‌ها و تشخیص زودهنگام و درمان به‌موقع آن‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است.

ج) نقش‌آفرینی در نظام سلامت این طبقه اصلی شامل زیر طبقه‌های: «آموزش‌دهنده و مروج

کارگروهی جهت استفاده از توانمندی‌های متعدد اعضای گروه را داشته باشند و از هم‌فزایی توانایی‌های آن‌ها در جهت حل مشکلات درمانی و سلامت افراد جامعه بهره ببرند ...».

با توجه به داده‌های حاصل از پژوهش، در راستای ارتقاء سلامت و پیشگیری، دانش‌آموخته پزشکی باید در جهت ایفای نقش موثر در نظام سلامت به‌عنوان پزشک، آموزشگر، پژوهشگر، مدیریت و رهبری تیم سلامت شایستگی‌های لازم را کسب نماید؛ پزشکان عمومی باید طوری تربیت شوند که ضمن کسب این توانمندی‌ها، بتوانند به‌عنوان اولین نقطه تماس مردم با نظام مراقبت سلامت، در حیطه‌های آموزش سلامت، حفاظت از سلامت و پیشگیری از بیماری خدمات مفیدی ارائه نمایند.

(د) مهارت‌های ارتباطی

طبقه اصلی مهارت‌های ارتباطی مشتمل بر دو زیر طبقه: «ارتباط اثربخش با بیمار و همراهان بیمار» و «ارتباط با همکاران» بود.

(۱) ارتباط اثربخش با بیمار و همراهان بیمار

درک مشارکت‌کنندگان بر این بود که پزشکان باید توانمندی خویش را در برقراری ارتباط موثر در تمام حیطه‌ها از جمله شنوایی، بینایی، گفتاری، نوشتاری و ... نشان دهند. مشارکت‌کننده‌ی ۱۱ (متخصص آموزش پزشکی): «... پزشکی ما باید مهارت گوش دادن به حرف‌های بیمار و هم دردی با او را به‌درستی بلد باشد... گوش دادن فعال به بیمار با فعالیت شنیدن حرف‌های یک بیمار کاملاً فرق می‌کند».

مشارکت‌کننده‌ی ۲ (متخصص آموزش پزشکی): «... ارتباط پزشک پاسخگو با بیمارش بایستی یک ارتباط همه‌جانبه باشد، از ارتباط کلامی و بینایی گرفته تا یک ارتباط بین فردی موثر، صمیمی و هم‌دلی ... پزشک باید یک رابطه درمانی خوب با بیمار و همراه او داشته باشد».

(۲) ارتباط با همکاران

سلامت بکارگیرند، این امر در پاسخ‌گویی اجتماعی مهم تلقی می‌گردد»

(۳) مدیریت و رهبری

با توجه به دیدگاه مشارکت‌کنندگان، توانمندی در مدیریت و رهبری از شایستگی‌های اساسی یک پزشک برای پاسخ‌گویی اجتماعی عنوان گردید.

مشارکت‌کننده‌ی ۶ (متخصص آموزش پزشکی): «توانایی درک مفاهیم مدیریتی و رهبری لازمه یک پزشک پاسخگو است. برنامه‌ریزی، قدرت تصمیم‌گیری، مدیریت و رهبری از شاخص‌های مهم در شایستگی پزشکان برای پاسخ‌گویی اجتماعی است».

مشارکت‌کننده‌ی ۱ (متخصص پزشکی اجتماعی): «... از مدت‌ها قبل مدیریت بیمارستان‌ها و شبکه‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی به پزشکان عمومی واگذار می‌شود این در شرایطی است که توانمندی آن‌ها در عرصه‌های مدیریت و رهبری چندان مهم تلقی نمی‌گردد».

(۴) تیم‌سازی و کارگروهی

از نظر مشارکت‌کنندگان، مهم‌ترین مزیت کارگروهی ترکیب مهارت‌ها و استعداد‌های افراد است. اعضای یک گروه وقتی باهم فکری یکدیگر فعالیت می‌کنند، بر مشکلات پیش‌آمده در روند کار غلبه کرده، به‌تدریج مهارت‌های حل مشکل را می‌آموزند و هر زمان که لازم باشد از آن مهارت‌ها استفاده می‌کنند.

مشارکت‌کننده‌ی ۹ (متخصص آموزش پزشکی): «... آموزش پزشکان ما بیشتر برای پاسخ‌گویی به درمان انفرادی بیماران است و در حیطه‌ی تیم‌سازی، کارگروهی و مشارکت، آموزش مناسبی نداریم ... فارغ‌التحصیلان ما برای حضور در تیم درمانی و هدایت کارگروهی اعتماد به‌نفس لازم را ندارند». مشارکت‌کننده‌ی ۳ (متخصص پزشکی اجتماعی): «... معمولاً پزشکان به‌عنوان رهبران تیم‌های درمانی و سلامت انتخاب می‌شوند لذا حتماً باید مهارت لازم برای تیم‌سازی و

مشارکت‌کننده‌ی ۱ (متخصص پزشکی اجتماعی): «... کسب دانش و مهارت پزشکی باید با نگرش مثبت نسبت به نیازهای جامعه و ارتقای سلامت آحاد مردم همراه باشد»

مشارکت‌کننده‌ی ۵ (متخصص پزشکی اجتماعی): «... رعایت اصول و موازین اخلاق پزشکی و آداب حرفه‌ای توسط پزشکان جامعه، موجبات رضایت بیماران را فراهم نموده و در نهایت ارتقای پاسخ‌گویی اجتماعی را همراه خواهد داشت»

۲) تعهد حرفه‌ای

مشارکت‌کنندگان، اعتماد بیمار به پزشک را لازمی موفقیت پزشک در تشخیص، درمان و ارایه‌ی خدمات پیشگیری دانستند. از نظر آن‌ها آنچه پزشکی را به حرفه‌ای مقدس و باارزش مبدل می‌سازد، اعتمادی است که افراد جامعه به شاغلین این حرفه مقدس ابراز می‌دارند.

مشارکت‌کننده‌ی ۱۷ (پزشک عمومی): «یک پزشک پاسخ‌گو و خدمتگزار باید تامین سلامتی آحاد افراد جامعه را سرلوحه اصلی کار خود قرار دهد و آن را بر منافع و خواسته‌های شخصی خود ترجیح دهد».

مشارکت‌کننده‌ی ۶ (متخصص آموزش پزشکی): «اگر من به‌عنوان یک پزشک، جایگاه و ارزش قابل قبولی در اجتماع دارم همه این را مدیون اعتماد مردم و بیماران هستم. بنابراین، در عملکرد من حتماً باید یکسری رفتارهای و نگرش‌های ارزشمند از قبیل احترام، وظیفه‌شناسی، نوع‌دوستی، همدلی، شرافت، صداقت و عدالت، تجلی پیدا کند».

براساس داده‌ها، پاسخ‌گویی اجتماعی رسالت حرفه‌ی پزشکی بوده و پایبندی دانش‌آموختگان پزشکی به موازین اخلاق و تعهد حرفه‌ای، مهم‌ترین راهبرد تحقق این رسالت است. در تربیت پزشکان، علاوه بر دانش و مهارتی‌های ضروری حرفه پزشکی، باید به توسعه و تقویت ارزش‌ها، نگرش‌ها، هنجارهای اخلاقی، مهارت‌های اجتماعی و بقیه ویژگی‌هایی

از نظر مشارکت‌کنندگان، مهارت ارتباطی خوب و موثر با همکاران برای هماهنگی فعالیت‌های گروه، همکاری با سایر اعضای تیم سلامت یکی دیگر از مولفه‌های مهم پاسخ‌گویی اجتماعی برای شایستگی پزشکان عنوان گردید.

مشارکت‌کننده‌ی ۱۵ (پزشک عمومی): «داشتن مهارت ارتباطی خوب توسط پزشکان، آن‌ها را قادر می‌سازد تا در پایه‌ریزی یک ارتباط موثر با تیم کاری و اعضای تیم سلامت موفق عمل کنند».

مشارکت‌کننده‌ی ۱۳ (متخصص پزشکی اجتماعی): «... به‌طور معمول در تیم سلامت افراد مختلفی از بیمار گرفته تا متخصص حضور دارند ... بنابراین، دانش‌آموخته رشته‌ی پزشکی در درجه اول به‌عنوان یک پزشک و نهایتاً به‌عنوان مسوول تیم سلامت بایستی توانایی لازم برای همکاری و تعامل با سایر افراد تیم سلامت را داشته باشد تا موفق عمل نماید...».

بر اساس داده‌ها، ارتباط بین پزشک و بیمار در قلب طبابت جای دارد و محور همه اقدامات بالینی و سنگ زیربنای فعالیت پزشکی است. درک نحوه برقراری یک ارتباط خوب با بیمار، همراه بیمار و همکاران و همچنین به دست آوردن صلاحیت‌های لازم برای انجام این امر مهم، ضروری است. به‌کارگیری مهارت‌های ارتباطی علاوه بر ایجاد رضایت‌مندی در بیماران، پیامدهای مثبتی را در روند تشخیص، درمان و سلامتی بیماران به همراه دارد.

ه) اخلاق و تعهد حرفه‌ای

این طبقه اصلی شامل دو زیر طبقه: «اخلاق پزشکی» و «تعهد حرفه‌ای» بود.

۱) اخلاق پزشکی

از نظر مشارکت‌کنندگان در پژوهش، توجه به مباحث اخلاق پزشکی و عملکرد بر اساس اصول و موازین اخلاقی، ارتقای پاسخ‌گویی اجتماعی را به دنبال خواهد داشت.

روبه‌رو خواهند شد که بهره‌مندی از درک درست و مهارت تفکر نقادانه، می‌تواند در تقویت تفکر انتقادی و حل این‌گونه مسایل به آن‌ها کمک کند.

مشارکت‌کننده‌ی ۷ (متخصص آموزش پزشکی): «توانایی تفکر به‌صورت منتقدانه در موقعیت‌های مراقبت از بیمار و مدیریت مسایل و مشکلات غیرقابل پیش‌بینی، لازمه یک پزشک پاسخ‌گویی موفق است ... آنان باید فهمی روشن و دقیق از نیازهای درمانی هر بیمار داشته باشند و این موضوع را مورد توجه قرار دهند که هر بیمار، به‌نوعی منحصر‌به‌فرد است».

رشد فزاینده و سریع دانش پزشکی در عرصه‌ی مراقبت از بیماران، پزشکانی را می‌طلبد که بتوانند با سطوح بالاتر تفکر و قدرت استدلال با این تغییرات پیچیده برخورد کنند. با توجه به اینکه در تیم پزشکی مرجع اصلی تصمیم‌گیری بالینی، پزشک است، بنابراین دانشجویان پزشکی باید مهارت‌های حل مساله و تفکر انتقادی را کسب کنند تا در ارزیابی اطلاعات فراوانی که در آینده با آن‌ها روبرو خواهند شد، موفق عمل کنند.

بحث

هدف این مطالعه، تبیین شایستگی‌های بالینی موردنیاز پزشکان عمومی در راستای تحقق پاسخ‌گویی اجتماعی بود. تحلیل یافته‌های مطالعه حاضر ۶ طبقه اصلی و ۱۵ زیرطبقه را آشکار نمود. طبقات اصلی «توانمندی ارایه‌ی خدمات بالینی بر اساس رویکرد کل‌نگر»، «همکاری با تیم سلامت برای ارتقای سلامت و پیشگیری»، «نقش‌آفرینی در نظام سلامت»، «مهارت‌های ارتباطی»، «اخلاق و تعهد حرفه‌ای» و «تصمیم‌گیری در شرایط سخت» از دیدگاه اساتید و پزشکان عمومی به‌عنوان برخی از شایستگی‌های بالینی پزشکی شناخته شد که لازمه حرکت به‌سوی پاسخ‌گویی اجتماعی هستند. نتایج این مطالعه با یافته‌های حاصل از سایر

که شکل‌دهنده‌ی رفتارهای انسانی یک پزشک یا اخلاق و تعهد حرفه‌ای است، توجه شود تا فارغ‌التحصیلان پزشکی با انجام وظایف حرفه‌ای خود و پایداری به اصول مشخصی که این حرفه ایجاب می‌نماید، در راه ارتقای سلامت جامعه تلاش نمایند.

(و) تصمیم‌گیری در شرایط سخت

این طبقه اصلی شامل زیرطبقات «مهارت حل مساله» و «مهارت تفکر انتقادی» بود.

۱) مهارت حل مساله

دیدگاه مشارکت‌کنندگان بر این بود که حل مساله یکی از مهم‌ترین فرآیندهای تفکر است که به پزشکان کمک می‌کند با مشکلات و چالش‌های پیش روی خود مقابله موثری داشته باشند. برخی از نقل‌قول‌های مشارکت‌کنندگان به این شرح بود: مشارکت‌کننده‌ی ۱۲ (متخصص آموزش پزشکی): «نظام سلامت کشور ما با چالش‌هایی در برآورده ساختن انتظارات جامعه در ارتقای سلامت مواجهه است. بنابراین، امروزه ضرورت تربیت دانش‌آموختگان کارآمد، متفکر و خلاق با قدرت تصمیم‌گیری و حل مشکل، بر اساس استانداردهای ملی و منطقه‌ای و بین‌المللی، بیشتر از هر زمان دیگری احساس می‌شود».

۲) مهارت تفکر انتقادی

از نظر مشارکت‌کنندگان در تحقیق، تفکر انتقادی و تصمیم‌گیری در مورد مشکلات بیمار برای ارایه‌ی درمان و مراقبت مناسب ضروری است و پزشک را قادر می‌سازد تا با اتخاذ تصمیم درست در شرایط سخت، خدمات ارزنده‌تری ارایه نماید.

مشارکت‌کننده‌ی ۹ (متخصص آموزش پزشکی): «خلا مابین آموزش و بالین در حرفه‌ی پزشکی این است که توانمندی تفکر انتقادی دانشجویان ما در طی مراحل آموزشی تغییر نکرده است؛ علاوه بر مشکلات قابل حل، دانشجویان پزشکی در طبابت آینده خود با مسائلی که پاسخ درستی ندارند،

پژوهش‌های مرتبط با پاسخ‌گویی اجتماعی هم‌خوانی دارد (۴-۸).

اولین طبقه اصلی در این پژوهش، «توانمندی ارایه‌ی خدمات بالینی بر اساس رویکرد کل‌نگر» بود که شامل زیرطبقه‌های «مهارت‌های بالینی» و «آشنایی با اصول کلی مراقبت از بیمار» بود. عمادزاده و همکاران معتقد هستند که محتوای مربوط به مهارت‌های بالینی بایستی از طریق ادغام (افقی و عمودی) و همچنین تدریس در مراکز بهداشتی، درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها آموزش داده شود تا دانشجویان ضمن آشنایی با شرایط جامعه، نیازهای بهداشتی آن را بیان کنند و مسایل آن را حل نمایند (۱۱). از نظر مناقب و مصلی نژاد، قوی نبودن توانمندی پزشکان خانواده و اینترنت‌ها در زمینه‌های خدمات بالینی سرپایی می‌تواند ناشی از تمرکز آموزش بالینی بر آموزش‌های بیمارستانی محور باشد (۱).

سولی و داسیلوا اعتقاد دارند که جامع‌نگری در پزشکی توجه به تمام زوایای اجتماعی، انسان‌شناسی و سلامتی است تا معانی و علل نهفته در آنچه در ظاهر پاسخ‌های فیزیولوژیک تلقی می‌شوند، دریافت شوند (۱۲). امروزه مدل ارتباط از مدل قدیمی با محوریت پزشک و بیماری، به مدل جدید بیمار محور و انسان‌محور تغییر یافته است (۱۳)؛ از نظر لوینسون و همکاران برای ارایه‌ی این نوع مراقبت، لازم است که ارایه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی درک بهتری از نیازهای فردی بیمار، دیدگاه‌ها و ارزش‌های او داشته باشند و بین پزشک و بیمار تفاهم و اعتماد برقرار گردد (۱۴). هایدت نیز مراقبت بیمار محور را از دیدگاه استوارت، به مفهوم پذیرفتن بیمار به‌عنوان فردی با نیازها و شرح حال منحصر به فرد تعریف می‌کند و این موضوع را برای ارایه‌ی مراقبت‌های بالینی اثربخش، اساسی می‌داند (۱۵). بنابراین رویکرد نوین جامع‌نگری در پزشکی، تربیت پزشکان متفاوتی را می‌طلبد و طبعاً اهداف و روش‌های آموزشی جدیدی نیز مورد نیاز است که با رویکرد پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه‌ی درسی دوره‌ی

پزشکی عمومی در یک راستا است.

«همکاری با تیم سلامت برای ارتقای سلامت و پیشگیری» یکی دیگر از مولفه‌های اصلی مرتبط با شایستگی‌های بالینی پزشکان برای پاسخ‌گویی اجتماعی شناخته شد. زیرطبقه‌های این طبقه اصلی شامل: «شناسایی و کنترل عوامل خطر ساز سلامتی فرد و جامعه»، «تعیین وضعیت فعلی سلامتی فرد و جمعیت تحت پوشش» و «تشخیص زودهنگام و درمان به‌موقع بیماری‌ها» بود. از نظر دماری و همکاران، در اولویت قرار گرفتن موضوع سلامت اجتماعی برای نظام‌های سلامت در درجه اول به دلیل «پاسخ‌گویی اجتماعی» است و در مرتبه‌ی بعدی به‌عنوان یک عامل خطر (آسیب‌های اجتماعی) و یا عامل حفاظتی (بروز رفتارهای اجتماعی سالم) موثر در افزایش بار بیماری‌ها و یا کاهش آن است (۱۶). بیاتی و همکاران نیز معتقدند که در طرح پزشک خانواده، سلامت‌نگری محور فعالیت‌های تیم سلامت محسوب شده و هدف کلی طرح، حفظ و ارتقا سطح سلامت جامعه و ارایه‌ی خدمات سلامتی در حدود بسته تعریف‌شده به فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش، صرف نظر از تفاوت‌های سنی و جنسی و ویژگی‌های اجتماعی و خطر بیماری‌ها است (۱۷).

رضائیان در مطالعه خویش در مورد دانشکده‌های پزشکی پاسخ‌گو در مقابل اجتماع به این موضوع تاکید دارد که باید موقعیت‌های آموزشی گوناگونی برای دانشجویان پزشکی فراهم شود که در آن‌ها، نه تنها مشکلات و بیماری‌های بالینی افراد جامعه مورد شناخت و آموزش قرار گیرد، بلکه مشکلات و آسیب‌های اجتماعی نیز مورد بحث و بررسی و ریشه‌یابی واقع گردد. دانشجویان باید با خانواده‌ها در ارتباط نزدیک بوده، نسبت به شناسایی مشکلات آن‌ها و شیوه برخورد با آن‌ها اقدام نمایند (۱۸).

در این مطالعه، «نقش‌آفرینی در نظام سلامت» به‌عنوان یکی دیگر از طبقه‌های اصلی معرفی شده است. این طبقه شامل زیرطبقه‌های «آموزش دهنده و مروج»، «پژوهش‌گر»، «مدیریت و

که برقراری یک ارتباط مناسب بین پزشک و بیمار، عنصری کلیدی در رضایت‌مندی بیمار و حتی پزشک بوده و در جلب همکاری بیمار جهت پیگیری دستورالعمل‌های درمانی و مشارکت بیمار در تشخیص صحیح بیماری و درمان موثر او بسیار موثر است (۲۴). نتایج مطالعه‌ی غضنفری و همکاران نشان داد که در بین مهارت‌های ارتباطی، آموزش برقراری ارتباط مناسب با همکاران، توانایی شرکت فعالانه در تیم درمانی و توانایی رهبری گروه درمانی از نظر دانش‌آموختگان پزشکی ناکافی است (۲۵). جلال وندی و همکاران نیز بر این باورند که برقراری ارتباط اثربخش با بیمار موجب افزایش پیروی از درمان، بهبود پیامدهای سلامتی بیمار، افزایش رضایت بیمار و پزشک، کاهش اقامت در بیمارستان، کاهش استفاده از داروهای مسکن، افزایش درک و یادآوری بیمار، برطرف شدن علائم، کاهش هزینه‌های درمانی، افزایش کیفیت زندگی، کاهش خطاهای پزشکی و دارویی و همچنین کاهش شکایات علیه پزشکان می‌گردد (۲۶).

طبقه اصلی «اخلاق و تعهد حرفه‌ای» شامل دو زیرطبقه «اخلاق پزشکی» و «تعهد حرفه‌ای» بود. بر اساس نتایج مطالعه‌ی نکوزاد و همکاران، اخلاق در آموزش پزشکی پاسخ‌گو نقش محوری دارد و آموزه‌های اخلاقی نیز باید علاوه بر قوانین و استانداردهای بین‌المللی، براساس فرهنگ هر جامعه تدوین گردند. از نظر آن‌ها، فعالیت‌های آموزشی، پژوهشی و خدمات‌رسانی دانشکده‌های پزشکی باید در درون جامعه و بر اساس نیازهای جامعه و مبتنی بر اصول اخلاقی ارایه گردند (۲۷). بعضی از صاحب‌نظران آموزش پزشکی را یک آموزش اخلاقی می‌دانند که در آن پزشکان اصول اخلاق حرفه‌ای را از الگوی نقش و پزشکان باتجربه می‌آموزند (۲). بورد طب داخلی آمریکا، حرفه‌ای‌گری را نهادینه کردن مجموعه‌ای از دیدگاه‌ها، ارزش‌ها و رفتارهایی در پزشک می‌داند که باعث می‌شود او همیشه منافع بیمار را بر منافع شخصی ترجیح دهد. حرفه‌ای‌گری در

رهبری»، «تیم‌سازی و کارگروهی» بود. با توجه به اینکه فقر فرهنگی و کمبود آگاهی می‌تواند زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات پیچیده و پرهزینه باشد، یکی از روش‌های مبارزه با آن، افزایش آگاهی از طریق آموزش است؛ آموزش شیوه‌های صحیح زندگی امری اصولی و اساسی است. نتایج مطالعه شهبازی و همکاران در مورد اثربخشی آموزش سبک زندگی سالم برای سالمندان حاکی از آن است که برای پیشگیری از ناتوانی افراد سالمند آموزش آنان در زمینه‌ی موضوعات مختلف از جمله ورزش، تغذیه، فعالیت‌های اجتماعی و غیره می‌تواند به بهبودی وضعیت سلامت جمعیت سالمند آینده کشور کمک نماید (۱۹).

نتایج مطالعه‌ی برادران و همکاران نشان داد که آموزش مهارت‌های مدیریتی باید با رویکرد کاربردی و اجتناب از آموزش صرف مباحث نظری، به تغییر نگرش دانشجویان بپردازد. همچنین آموزش‌های مدیریتی به برنامه‌ی آموزشی دوره‌ی اینترنتی اضافه گردد؛ زمانی که دانشجویان وظایف مدیریتی، ارتباطی و رهبری کار تیمی را در بخش بر عهده داشته باشند، می‌توانند هم‌زمان آموخته‌های خود را بکار گیرند (۲۰). یافته‌های حاصل از تحقیقات متعدد حاکی از آن است که آموزش مهارت رهبری به دانشجویان با هزینه‌ی ناچیزی در دانشگاه‌ها عملی است در غیر این صورت، آموزش این مهارت‌ها در محیط کار و با هزینه‌های بسیار بالا محقق خواهد شد (۲۱).

یکی دیگر از طبقات اصلی حاصل از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، «مهارت‌های ارتباطی» با دو زیرطبقه «ارتباط اثربخش با بیمار و همراهان بیمار» و «ارتباط با همکاران» بود. در مطالعه‌ی مربوط به کالج جراحان آمریکا، مهارت ارتباطی به‌عنوان مهم‌ترین مهارت موردنیاز پزشکان احراز گردید (۲۲). در مطالعه‌ای دیگر در کانادا، مهارت ارتباط با دیگر پزشکان و مهارت گوش دادن، جزو اصلی‌ترین مهارت‌های پزشکان به دست آمد (۲۳). به‌طور کلی، مطالعات محققان نشان می‌دهد

نتیجه‌گیری

در عصر حاضر، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مطلوب برای تربیت پزشکانی که پاسخ‌گوی نیازهای جامعه باشند، امری ضروری به نظر می‌رسد. براساس یافته‌های حاصل از این پژوهش، مولفه‌هایی که در تدوین شایستگی‌های بالینی موردنیاز پزشکان عمومی بایستی مدنظر قرار گیرد عبارت‌اند از: «توانمندی ارزیابی خدمات بالینی بر اساس رویکرد کل‌نگر»، «همکاری با تیم سلامت برای ارتقای سلامت و پیشگیری»، «نقش‌آفرینی در نظام سلامت»، «مهارت‌های ارتباطی»، «اخلاق و تعهد حرفه‌ای» و «تصمیم‌گیری در شرایط سخت»؛ هر کدام از این مولفه‌ها توانمندی‌های متعددی را در زیرمجموعه خود پوشش می‌دهند که برای پاسخ‌گویی اجتماعی بسیار مهم تلقی می‌گردند. بنابراین، برای توسعه پاسخ‌گویی اجتماعی در آموزش پزشکی پیشنهاد می‌گردد سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان آموزش پزشکی با تغییر و بازنگری در برنامه‌ی درسی دوره‌ی بالینی پزشکی عمومی شرایط مناسبی جهت تربیت دانش‌آموختگان متعهد و موفق برای پاسخ‌گویی اجتماعی را فراهم نمایند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از همکاری صمیمانه کلیه‌ی اساتید محترم گروه‌های آموزش پزشکی و پزشکی اجتماعی و همچنین پزشکان محترم دانشگاه علوم پزشکی تبریز که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد. این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکتری نویسنده مسوول تحت عنوان «طراحی و اعتبارسنجی الگوی مناسب برنامه‌ی درسی آموزش بالینی مبتنی بر پاسخ‌گویی اجتماعی برای دوره‌ی پزشکی عمومی» (دارای کد ۱۲۷۸۷۹۲) به راهنمایی نویسنده اول در دانشگاه تبریز است.

پزشکی دو بعد دارد؛ بعد اول فضایل و ارزش‌های حرفه‌ای‌گری است و بعد دوم مسوولیت‌ها، الزامات و وظایف حرفه‌ای‌گری (۲۸).

آخرین طبقه اصلی این پژوهش، «تصمیم‌گیری در شرایط سخت» تعیین گردید. زیر طبقان آن عبارت بودند از: «مهارت حل مساله» و «مهارت تفکر انتقادی». مهارت حل مساله و تصمیم‌گیری در مورد مشکلات بیمار برای ارزیابی درمان و مراقبت مناسب و به‌موقع، ضروری است. سیمپسون و کورتنی معتقدند که تفکر انتقادی پزشک را قادر می‌سازد تا ضمن اخذ تصمیم درست، در فرآیند درمان و مراقبت بیماران، خدمات ارزنده‌تری ارائه نماید (۲۹). دربان و همکاران نیز مهارت تفکر انتقادی را برای رشته‌های علوم پزشکی لازم و ضروری می‌دانند. از نظر آن‌ها، در عصر مدرن امروزی که با افزایش بیش از حد دانش روبرو هستیم، مساله‌ی دانش اختصاصی کسب شده توسط فرد، از اهمیت کمتری برخوردار است. زیرا آنچه به‌طور مشهود اهمیت بیشتری دارد این است که افراد در ضمن فعالیت‌های فکری، مهارت‌هایی را به دست آورند که آن‌ها را قادر به هضم دانش جدید ساخته و در ارزیابی اطلاعات فراوانی که در کار با آن روبرو هستند، یاری دهد. بنابراین، این مهارت‌ها باید در آموزش‌های بالینی و در تمامی دوره‌های آموزشی لحاظ گردند (۳۰).

مهم‌ترین محدودیت این پژوهش، محدود بودن نمونه‌ی پژوهش به اساتید دانشگاه علوم پزشکی تبریز بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، به‌منظور آگاهی از نظر سایر اساتید متخصص در این زمینه، جامعه آماری وسیع‌تری از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انتخاب گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد وضع موجود آموزش پزشکی، از نظر میزان توجه و کاربست شایستگی بالینی موردنیاز پزشکان عمومی در راستای پاسخ‌گویی اجتماعی مورد بررسی قرار گیرد.

References

- 1- Managheb E, Mosalanejad F. Self-Assessment of Family Physicians and Interns of Jahrom University of Medical Sciences about Minimum Capabilities of General Practitioner. *DSME*. 2017;4(1):27-39. [Persian]
- 2- Yamani N, Fakhari M. Social Accountability of Medical Education Curriculum: Barriers and Implications. *Iran J Med Educ*. 2014;13(12):1082-98. [Persian]
- 3- Lindgren S, Karle H. Social accountability of medical education: aspects on global accreditation. *Med Teach*. 2011;33(8):667-82.
- 4- Yamani N, Firoozabadi N. Core Curriculum in Medical Education: Introducing Some Approaches. *Iran J Med Educ*. 2012;11(9):1263-73. [Persian]
- 5- Laidlaw A, Guild , Struthers J. Graduate attributes in the disciplines of Medicine, Dentistry and Veterinary Medicine: a survey of expert opinions. *BMC Med Educ*. 2009;9(28).
- 6- Yazdani SH, Hosseini F, Akbari M. *Strategic document for the development of Educational Quality in Medical Education*. Tehran: Medical Education Development Center; 2012. [Persian]
- 7- Mirzazadeh A, Hejri SM, Jalili M, Asghari F, Labaf A, Siyahkal MS, et al. Defining a competency framework: the first step toward competency-based medical education. *Acta Med Iranica*. 2014;52(9):710-6.
- 8- Davoudi Monfared E, Sajjadi F. Competency-based medical education and meta-competencies in general physician. *Educ Strategy Med Sci*. 2017;9(6):471-4. [Persian]
- 9- Changiz T, Fakhari M, Jamshidian S, Zare S, Asgari F. Systematic Review of Studies in the Field of Competencies of New or Soon To Be-Graduate General Physicians in Iran. *Strides Dev Med Educ*. 2015;12(2):325-43. [Persian]
- 10- Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 5th, editor. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
- 11- Emadzadeh A, Karimi Moonaghi H, Mousavi Bazzaz SM, Karimi Sh. An investigation on social accountability of general medicine curriculum. *Electronic Physician*. 2016;8(7):2663-9.
- 12- Solli HM, Da Silva AB. The holistic claims of the biopsychosocial conception of WHO's International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): A conceptual analysis on the basis of a pluralistic-holistic ontology and multidimensional view of the human being. *J Med and Phil*. 2012;37(3):277-94.
- 13- Sibille KT. *Assessing readiness in medical residents to implement patient-centered care*. Santa Barbara, California: Fielding Graduate University; 2008.
- 14- Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Aff*. 2010;29(7):1310-8.
- 15- Haidet P, Kelly A, Chou C. Characterizing the Patient-Centeredness of Hidden Curricula in

Medical Schools: Development and Validation of a New Measure. *Acad Med*. 2005;80(1):44-50.

16- Damari B, Nasehei A, Vosoogh Moghaddam A. What should we do for improving Iranian social health? Situational analysis, national strategies and role of ministry of health and medical education. *Sjsph*. 2013;11(1):45-58.

[Persian]

17- Bayati A, Ghanbari F, Maleki A, Hoseini SS, Shamsi M. The Experiences of Health Team Members Regarding General Interest in the Family Medicine Programs in Arak Health Centers in 2012. *AMUJ*. 2014;17(1):1-12.

[Persian]

18- Rezaeian M. A Review on the Different Dimensions of Socially Accountable Medical Schools. *JRUMS*. 2012;11(2):159-72. [Persian]

19- Shahbazi M, Golzari M, Borjali A. Effectiveness of a healthy lifestyle based on the World Health Model on death anxiety among elderly people of Ilam. *JSUMS*. 2015;22(2):308-16. [Persian]

20- Baradaran HR, Kuhpayehzadeh J, Ramezani-Givi S, Dehnavieh R, Noori Hekmat S. Managerial Skills Requirement of Medical Students from the Perspective of Students and Physicians: A Case Study of Iran University of Medical Sciences. *Res Med Edu*. 2013;5(1):1-12.

[Persian]

21- Lee NVD, Fokkema JPI, Scheele F. Generic competencies in postgraduate medical training: their importance illustrated by a doctor's narrative

on competency-based practice. *Zdrav Var*. 2012;51(4):280-4.

22- Stergiopoulos V, Maggi J, Sockalingam S. Teaching the physician-manager role to psychiatric residents: development and implementation of a pilot curriculum. *Academic Psychiatry*. 2009;33(2):125-30.

23- Stergiopoulos V, Lief S, Razack S, Lee AC, Maniate JM, Hyde S, et al. Canadian residents' perceived manager training needs. *Med Teach*. 2010;32(11):479-85.

24- Asemani O. A review of the models of physician-patient relationship and its challenges. *ijme*. 2012;5(4):36-50. [Persian]

25- Ghazanfari Z, Forozy M, Khosravi F. The opinions of graduated students of medicine on the amount of compatibility existing between the programs of clinical education and their occupation needs in Kerman. *JBUMS*. 2010;12(1):52-9. [Persian]

26- Jalalvandi M, Sohrabi MR, Jamali A, Taghipoor Zahir A. The Association between Patient-centered Hidden Curriculum and Medical Students' Communication Skills. *Iran J Med Educ*. 2004;13(11):920-30. [Persian]

27- Nekuzad N, Nezami asl A, Azizi M. Investigation of Accountable Medical Education in Iran. *Journal of Educational Studies (NAMA)*. 2014;5(1):50-9. [Persian]

28- Sethuraman KR. Professionalism in Medicine. *Regional Health Forum*. 2006;10(1):1-10.

29- Simpson E, Courtney M. Critical thinking in

nursing education: literature review. *Int J Nurs Pract.* 2002;8:89-98.

30- Darban L, Ashtari S, Forghani Z, Yazdani S. Evaluation of critical thinking skills among

medical sciences students in Shahid Beheshti and Tehran University of Medical Sciences. *Med Sci.* 2016;26(4):229-37. [Persian]

Archive of SID