

Skills Required for Clinical Competence: A Qualitative Research

Somaye Zamanian¹, Narges Shafaroodi^{2*}, Laleh Lajevardi³

1. MSc Student of Occupational therapy, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Assistant Professor of Occupational Therapy Department, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Assistant Professor of Occupational Therapy Department, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 2017.July.30

Revised: 2017. September.04

Accepted: 2017. September.23

Abstract

Background and Aims: Clinical competence is one of the most controversial topics in the field of health care, which has a great importance in various areas of therapy, including education, clinical, and management. The present study was conducted to explore the skills required for obtaining the clinical competency of occupational therapists.

Materials and Methods: The current qualitative study was conducted following content analysis. The participants included 13 occupational therapists with a minimum of two years of clinical experience. The information was obtained through a focus group with four attendees and an individual interview with nine other graduate occupational therapists. Data was analyzed based on Graneheim method (2004).

Results: Three categories emerged from the data, including reflection (with subcategories of self-judgment and critique of others), communication (with subcategories of communication with client and colleagues), and technical skills (with subcategories of disease recognition, assessment and comprehensive planning, and time and energy management).

Conclusion: The findings of the present study suggest that occupational therapists need different skills to obtain clinical competence and, according to the participants, improvement of supervisory, support, and educational systems as well as individual interest in the profession can help them to acquire skills and use them. Yet, more studies are needed to shed more light on this area.

Keywords: Competency; Clinical; Occupational Therapy; Skill

Cite this article as: Somaye Zamanian, Narges Shafaroodi, Laleh Lajevardi. Skills Required for Clinical Competence: A Qualitative Research. J Rehab Med. 2018; 7(2): 83-89.

* **Corresponding Author:** Narges Shafaroodi. Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran. Iran
Email: shafarodi.n@iums.ac.ir

DOI: 10.22037/jrm.2018.110973.1665

شناخت مهارت‌های مورد نیاز در کسب صلاحیت بالینی: تحقیق کیفی

سمیه زمانیان بهرمی^۱، نرگس شفارودی^{۲*}، لاله لاجوردی^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. استادیار گروه آموزشی کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳. استادیار گروه آموزشی کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

* دریافت مقاله ۱۳۹۶/۰۵/۰۸ بازنگری مقاله ۱۳۹۶/۰۶/۱۳ پذیرش مقاله ۱۳۹۶/۰۷/۰۱ *

چکیده

مقدمه و اهداف

صلاحیت بالینی یکی از موضوعات بحث برانگیز در حوزه‌های مراقبت سلامت می‌باشد که از اهمیت زیادی در حیطه‌های مختلف درمانی از جمله آموزش، بالین و مدیریت برخوردار است. هدف مطالعه حاضر شناخت مهارت‌های مورد نیاز در کسب صلاحیت بالینی کاردرمانگرها بود.

مواد و روش‌ها

در مطالعه حاضر از روش کیفی آنالیز محتوای قراردادی استفاده شده است. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۳ نفر کاردرمانگر با حداقل ۲ سال سابقه کار بالینی بودند. اطلاعات از طریق یک گروه متمرکز با حضور ۴ نفر و مصاحبه انفرادی با ۹ کاردرمانگر فارغ‌التحصیل دیگر به دست آمد. داده‌ها بر اساس روش گرانهمیم (۲۰۰۴) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

مهارت‌های مورد نیاز در کسب صلاحیت بالینی در سه طبقه مهارت بازاندیشی (با زیرطبقه‌های خودقضاوتی کار بالینی و نقد عملکرد دیگران)، ارتباطی (با زیرطبقه‌های ارتباط با مراجع و ارتباط با همکاران) و تکنیکی (با زیرطبقه‌های شناخت بیماری‌ها، ارزیابی و برنامه‌ریزی همه‌جانبه، مدیریت زمان و انرژی) از داده‌ها استخراج شد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که کاردرمانگران جهت کسب صلاحیت بالینی نیازمند مهارت‌های مختلفی می‌باشند که به اعتقاد شرکت‌کنندگان در این مطالعه، بهبود سیستم نظارتی، حمایتی و آموزشی مناسب و همچنین علاقه فرد به حرفه، می‌تواند به کسب مهارت‌ها و استفاده از آنها کمک کند. پیشنهاد می‌شود جهت بررسی چگونگی تاثیر این عوامل، تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی

صلاحیت بالینی؛ کاردرمانی؛ مهارت

نویسنده مسئول: دکتر نرگس شفارودی، تهران، خیابان میرداماد، میدان مادر، خیابان شاه‌نظری، کوچه مددکاران، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه کاردرمانی

آدرس الکترونیکی: shafarodi.n@iums.ac.ir

مقدمه و اهداف

صلاحیت بالینی و اجزای آن به عنوان معیاری جهت معتبر ساختن برنامه‌های آموزشی پزشکی و اطمینان از بکارگیری سطحی از صلاحیت در دانشگاه‌ها ضروری است. صلاحیت بالینی به معنای بکارگیری مدیرانه و دائمی مهارت‌های تکنیکی و ارتباطی، دانش، استدلال بالینی، عواطف و ارزش‌ها در محیط‌های بالینی است.^[۱] مطالعات نشان دادند که بین سطح صلاحیت بالینی و میزان بکارگیری مهارت‌ها رابطه مستقیم وجود دارد. به گونه‌ای که هر چه فرد از صلاحیت بیشتری برخوردار باشد، امکان بهره‌گیری مهارت‌ها در بالین افزایش می‌یابد.^[۲] مهارت یکی از اجزای شکل‌دهنده صلاحیت بالینی است و شامل شایستگی، استعداد و برخورداری از دانش تخصصی جهت انجام یک کار مشخص می‌باشد. در دهه‌های مختلف، مهارت کاردرمانگران به شیوه‌های بسیار متفاوتی درک و توصیف شده‌است. مهارت‌های کاردرمانی به معنای به کارگیری استدلال در استفاده از دانش و تئوری‌ها و به جهت انجام فعالیت‌های هدفمند می‌باشد. این اقدام به صورت منحصربه‌فردی توسط افراد انجام شده و وابسته به زمینه است؛ یعنی توصیف و تفسیر آن به شرایط محیطی گوناگون، انواع درمانگرها و مراجعین، وظایف و نقش‌های حرفه‌ای، قوانین و سیاست‌های مختلف وابسته می‌باشد.^[۳]

در کانادا مهارت‌های مورد نیاز در صلاحیت بالینی را به معنای داشتن تفکر انتقادی، ارتباط موثر و دانش عملکردی می‌دانند.^[۴] در ایرلند، مهارت ارتباط حرفه‌ای و درمانی، کار تیمی، استدلال و رفتارهای حرفه‌ای و مدیریت بیمار را در کسب صلاحیت درمانی کاردرمانگران موثر می‌دانند.^[۵] مهارت در بین فیزیوتراپیست‌های کانادا به معنای داشتن مهارت همکاری و ارتباطی، مدیریتی، عملکرد حرفه‌ای و علمی تعریف شده است.^[۶]

باقری نسامی و همکاران (۱۳۸۷) به تجزیه و تحلیل مفهوم صلاحیت در پرستاری پرداخته‌اند که مهارت را به عنوان یکی از مضامین موثر بر صلاحیت پرستاران تعیین کردند. آنها برای مهارت سه زیر مضمون تکرار و تمرین، حداقل خطا و فرصت قائل شدند و بیان کردند که مهارت با تکرار و تمرین، وجود فرصت مناسب و تجربه کسب می‌شود و به تدریج منجر به حداقل خطا در عملکرد خواهد شد. نمونه‌های پژوهش علاوه بر دانش نظری، از تجربه به عنوان تاثیرگذارترین عامل در کسب شایستگی و صلاحیت بالینی یاد کردند که با تکرار و تمرین ایجاد می‌شود. همچنین آنها فرصت‌های ایجاد شده در بخش و کارکردن در بخش‌های متعدد و متفاوت را عامل ایجاد فرصتی مطرح کردند که سبب کسب شایستگی بیشتر خواهد شد.^[۷]

با توجه به اینکه داشتن مهارت به عنوان بخش جدانشدنی از صلاحیت بالینی تعریف می‌شود، لذا ضروری است که کاردرمانگرها در مورد مهارت‌های درمانی خود آگاهی پیدا کنند.^[۸] علی‌رغم اهمیت این موضوع، تاکنون این مفهوم برای کاردرمانگران ایران تعریف نشده‌است، لذا در پژوهش حاضر سعی شده است تا با مطالعه کیفی و انجام مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با کاردرمانگران فارغ‌التحصیل، به درک و شناخت آن پرداخته و درک صحیحی از مهارت‌های مورد نیاز در بستر کنونی به دست آید. با توجه به اینکه تاکنون تحقیقی در این زمینه صورت نگرفته، در پژوهش حاضر از رویکرد آنالیز محتوای قراردادی استفاده شده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر با مشارکت ۱۳ کاردرمانگر انجام شد. شرکت‌کنندگان شامل ۸ زن و ۵ مرد با حداقل ۳ سال و حداکثر ۲۸ سال سابقه کار بالینی بودند که ۴ نفر دارای مدرک دکترا، ۵ نفر دانشجوی مقطع دکترا، ۱ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۳ نفر کارشناس کاردرمانی بودند. یک مصاحبه به صورت گروه متمرکز با حضور ۴ کاردرمانگر و ۹ مصاحبه دیگر به صورت انفرادی انجام شد (جدول شماره ۱). معیارهای ورود به مطالعه شامل کاردرمانگران با حداقل ۲ سال سابقه کار بالینی و داشتن حداقل مدرک کارشناسی که تمایل به صحبت کردن داشته باشند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. پس از کسب رضایت آگاهانه از افراد، مصاحبه انجام گردید. نمونه سوالات استفاده شده در ابتدا با "صلاحیت بالینی از نظر شما یعنی چه؟"، "چه مهارت‌هایی را در کسب صلاحیت خود موثر می‌دانید؟" و "چگونه این مهارت‌ها صلاحیت بالینی را تحت تاثیر قرار می‌دهند؟" آغاز شده و سپس با سوالات عمیق‌تر ادامه پیدا کرد. مصاحبه‌ها با توجه به میزان تمایل افراد طی مدت زمان ۱۲۰-۶۰ دقیقه انجام شد. در ۳ مصاحبه آخر هیچ کد جدیدی استخراج نگردید و نمونه‌گیری متوقف شد.

پس از انجام هر مصاحبه، محتوای مصاحبه‌های ضبط شده بر روی کاغذ نوشته و فرآیند تحلیل، هم‌زمان آغاز شد. تحلیل داده‌ها به روش آنالیز محتوای گرانهم (۲۰۰۴) صورت گرفت.^[۹] ابتدا هر مصاحبه خط به خط مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و واحدهای معنایی بر اساس هدف تحقیق از داده‌های متنی استخراج شد. سپس واحدهای معنایی تبدیل به کد شده و در مرحله بعد طبقه‌بندی کدها شروع شد تا در نهایت طبقات و زیرطبقات شکل گرفت. سپس با دیگر مصاحبه‌ها ترکیب و مقایسه صورت گرفت و کدهای مشابه در یک طبقه قرار گرفت. این طبقات چندین بار بازبینی شده و با یکدیگر مقایسه شد تا طبقات جدیدی شکل گرفت.

جهت اعتباربخشی به داده‌ها از روش بازنگری همکاران استفاده شده است. نظر اساتیدی که به تحقیق کیفی آشنایی داشتند، در رابطه با مفاهیم، طبقات و کدهای استخراجی جمع‌آوری شد و تغییرات لازم صورت گرفت. ارتباط مستمر با اساتید راهنما و مشاور در طول تحقیق و

برای هر مصاحبه ایجاد شد. اختصاص زمان کافی، درگیری مداوم محقق با تحقیق، حسن ارتباط و انتخاب شرکت کنندگان با درجات علمی و آکادمیک و سابقه کاری متفاوت، رده‌های سنی و مراکز درمانی و آموزشی مختلف، دیگر روش‌های اعتباربخشی به داده‌ها بود. اقدام دیگر محقق، اطمینان از کفایت داده‌ها برای پاسخ‌گویی به سوالات تحقیق بود؛ بنابراین پس از رسیدن به اشباع، برای اطمینان از کافی بودن داده‌ها، با ۳ کاردرمانگر دیگر نیز مصاحبه شد. تأیید مطالب توسط شرکت کنندگان اقدام دیگری بود که پس از پیاده شدن فایل صوتی از مشارکت کنندگان درخواست شد تا جملات را با آنچه منظور اصلی آنها بوده تطابق دهند. مطالعه دارای مجوز کمیته اخلاق ۱۳۹۵.۹۴۱۱۳۵۵۰۰۳ از دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد. در راستای رعایت ملاحظات اخلاقی در مطالعه حاضر علاوه بر کسب رضایت آگاهانه کتبی و شفاهی از شرکت کنندگان، به محرمانه نگه داشتن اطلاعات و حق کناره‌گیری از تحقیق در زمان دلخواه و در اختیار قرار دادن متن مصاحبه و نتایج تحقیق نیز توجه شده است.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها، مهارت‌های مورد نیاز جهت کسب صلاحیت بالینی کاردرمانگران را به صورت سه درون‌مایه انتزاعی طبقه‌بندی کرد (جدول ۲). نقل قول‌هایی از متن مصاحبه‌ها در ادامه آمده است.

جدول ۱: مشخصات شرکت کنندگان

کد شرکت کننده	جنسیت	تحصیلات	سابقه کار
۱	مونث	دکترا	۲۸ سال
۲	مونث	دکترا	۱۵ سال
۳	مذکر	دکترا	۷ سال
۴	مونث	دانشجوی دکترا	۱۰ سال
۵	مذکر	دانشجوی دکترا	۳ سال
۶	مونث	دانشجوی دکترا	۷ سال
۷	مونث	دانشجوی دکترا	۸ سال
۸	مذکر	کارشناسی	۶ سال
۹	مونث	دانشجوی دکترا	۱۷ سال
۱۰	مونث	کارشناسی	۷ سال
۱۱	مذکر	کارشناسی	۱۵ سال
۱۲	مذکر	دکترا	۱۸ سال
۱۳	مونث	کارشناسی ارشد	۱۵ سال

جدول ۲: مهارت‌های مورد نیاز در کسب صلاحیت بالینی

طبقات	زیرطبقات
۱-مهارت بازانديشي	۱-۱-خودقضاوتی کار بالینی ۱-۲-نقد عملکرد دیگران
۲-مهارت ارتباطی	۲-۱-ارتباط با مراجع ۲-۲-ارتباط با همکاران
۳-مهارت تکنیکی	۳-۱-شناخت بیماری‌ها ۳-۲-ارزیابی و برنامه‌ریزی همه جانبه ۳-۳-مدیریت انرژی ۳-۴-مدیریت زمان

۱. مهارت بازانديشي

مهارت بازانديشي دربرگیرنده ۲ زیرطبقه است که زیرطبقه اول شامل خودقضاوتی کار بالینی می‌باشد که خود شامل زیرطبقات مروری بر خطاها و تجزیه و تحلیل و جمع‌بندی تجارب است. شرکت کنندگان بیان کردند که مرور خطاها یک مهارت بازانديشي است که فرد با

استفاده از آن، در مورد کار بالینی خود قضاوت کرده و از تکرار خطا جلوگیری می‌کند. "به وقتی که خطاها توی کار خیلی بیش از اندازه باشه، باید مرور کنیم که چه اتفاقی افتاده که اینقدر خطا داره اتفاق می‌افته؟ ممکنه تو یک سال به خطای کوچولو باشه خب این مهم نیست. ولی اگه تو یک سال بشه ۵-۶ تا باید ببینی چه مشکلی وجود داره که این اتفاقا میفته. تعیین کننده‌س دیگه" (شرکت‌کننده شماره ۹).

تجزیه و تحلیل و جمع‌بندی تجارب نیز یکی دیگر از زیرطبقات خودقضاوتی کار بالینی می‌باشد. به این معنا که فرد با کسب تجربه و تجزیه و تحلیل و مقایسه مراجعین مختلف، به جمع‌بندی تجارب می‌پردازد و تجربه صرف بدون خودقضاوتی کار بالینی نمی‌تواند موثر واقع شود. "اینکه تجارب رو بتونی تجزیه و تحلیل کنی. یعنی استدلال بکار ببری" (شرکت‌کننده شماره ۹). یکی دیگر از شرکت‌کنندگان به دنبال تاکید بر این مسئله بیان کرد: "تجربه زمانی موثره که یه کاری که انجام میدیم یه بررسی مجدد از عملکرد خودمون داشته باشیم. همون خود قضاوتیه‌س. بررسی عملکرد خود فرد است. تجربه‌ی صرف بدون اینکه نسبت به عملکرد خودش قضاوت نداشته باشه و تفکر نداشته باشه خیلی موثر نیست" (شرکت‌کننده شماره ۵).

زیرطبقه دوم مهارت بازاندیشی، نقد عملکرد دیگران می‌باشد. به این معنا که مشاهده کار بالینی سایرین و تحلیل و استدلال کار آنها به فرد کمک می‌کند که در کار بالینی خود مهارت بیشتری داشته باشد و احتمال خطاهای وی را کم می‌کند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره بیان کرد: "دیدنی که خانم دارن در اثر تجربه ایجاد شده آموزش دریافت نکردند. مثلاً یبار یه خطا از یه درمانگر دیدن یبار یه نقطه مثبت از یه فرد دیگه دیدن این‌ها رو کنار هم گذاشتن با خودشون یک جمع‌بندی در مورد تجارب بقیه کسب کردن" (شرکت‌کننده شماره ۷). شرکت‌کننده دیگری بیان کرد: "من وقتی دارم کار کسی رو آزمون میکنم مثلاً کار یک استاد رو باید بعد خودم شروع کنم تحلیل کردن اینکه برای چی این تحریک رو داد بعدش استرچ داد؟ چرا بعدش کار اکتیو گرفت. باید برم تحلیل کنم خودم و ببینم این برنامه رو کجا می‌تونم استفاده کنم؟" (شرکت‌کننده شماره ۱۱).

۲. مهارت ارتباطی

مهارت ارتباطی خود شامل ۲ زیرطبقه ارتباط با مراجع و ارتباط با همکاران می‌باشد. مهارت ارتباطی به معنی توانایی برقراری ارتباط با دیگران به نحوی مؤثر و کارآمد است، به گونه‌ای که باعث همراهی بیشتر مراجع و تیم درمان می‌شود. شرکت‌کنندگان بیان کردند که هم احساسی و هم ادراکی، هم‌سان دیدن خود با مراجع، حفظ حریم و مدیریت افکار و احساسات خود از موارد ارتباط صحیح با مراجع می‌باشد. "این جواری نباشه که وقتی از در میاد داخل من رئیس اون مرئوس. اینکه من چجوری توضیح میدم واسه خانواده مشکل بچه رو؟ یه دید بالا به پایین به خانواده نگاه میکنم و بشینم یه عالمه کلمات انگلیسی و سنگین و اصطلاحات حجیم رو بگم. خانواده اصلاً متوجه نمیشه بچه‌ش چشه" (شرکت‌کننده شماره ۸).

حفظ حریم نیز از مواردی است که در ارتباط با مراجع باید به آن توجه کرد. "بین مثلاً مواردی هست که کاردرمانگر مرد با مادر بچه ارتباط گرفته. یا کاردرمانگر خانومه با پدر بچه ارتباط گرفته. باید حریم رو رعایت کنن. وقتی یک کاردرمانگر یا پزشک رو میبینید که اینجوری باشه یا توان نه گفتن رو نداشته باشه یا توان کنترل هیجان‌اتش رو نداشته باشه و به راحتی با افراد متعدد وارد رابطه میشه خب مسلماً از صلاحیت کاریش کم میشه" (شرکت‌کننده شماره ۹).

زیرطبقه دوم مهارت‌های ارتباطی، ارتباط با همکاران می‌باشد. کاردرمانگر با برقراری ارتباط مناسب و محترمانه با همکاران، تبادلات علمی و ارجاع مناسب می‌تواند در پیشرفت مراجع با سایر اعضای تیم درمان روندی همسو در پیش بگیرد. یکی از شرکت‌کنندگان بیان کرد: "اون صلاحیت لازمی که فرد داشته باشه فقط این نیست که شما بری تو کلینیک بشینی و مریض ببینی. اینم هست که مثلاً شما ارتباط تیمیت رو با بقیه اعضای توانبخشی و پزشک برقرار کنی. بتونی تو جلساتشون بری و مسائل علمی رو مطرح کنی. عیب و ایرادی یه مسئله رو مطرح کنی و راهکار بدی" (شرکت‌کننده شماره ۱۳).

در ارتباط با همکاران، ارجاع مناسب نیز حائز اهمیت می‌باشد. "خیلی موقع‌ها میبینیم که داره با یه کیس کار میکنه به بنیست رسیده ولی حاضر نیست ارجاع بده به همکار دیگه. یعنی فکر میکنم ما هنوز توی این موارد مسئله داریم" (شرکت‌کننده شماره ۴). "وقتی میبینم کاردرمانگری نمی‌تونه کاری رو انجام بده و کیس رو ارجاع می‌کنه به یه فرد توانمندتری. خودش نمیداد یه برنامه بی‌هدف بذاره. این خیلی خوبه" (شرکت‌کننده شماره ۶).

از دیگر مهارت‌های ارتباطی با همکاران، احترام گذاشتن می‌باشد. "این که من به همکارم احترام بذارم. آدمی باشم که حریم و حدودارو بشناسم. به خودم اجازه ندم دخالت بکنم. اینا چیزاییه که تو ایران ما خیلی زیاده، من خودم ممکنه با خیلی از همکارا تعامل داشته باشم ولی هیچ‌وقت به خودم اجازه نمیدم که بدونم کی چقدر درآمد داره" (شرکت‌کننده شماره ۸).

۳. مهارت‌های تکنیکی

مهارت‌های تکنیکی شامل دانش‌های عملکردی است که شرکت‌کنندگان آن را یکی از مهارت‌های مهم کاردرمانگر در کار با مراجع بیان

کردند. این مهارت خود شامل شناخت بیماری‌ها، ارزیابی و برنامه‌ریزی همه جانبه، مدیریت زمان و مدیریت انرژی می‌باشد. یکی از زیرطبقات مهارت‌های تکنیکی، شناخت انواع بیماری‌ها است؛ به این صورت که کاردرمانگر باید بیماری‌هایی که به او مراجعه می‌کنند را شناخته و به مباحث تئوری و علمی بیماری‌ها اشراف داشته باشد. یکی از شرکت‌کنندگان بیان کرد: "کاردرمانگرها تو فیله‌های مختلفی مشغول به کارن. کاردرمانی که تو به فیله خاص داره کار میکنه اول اینکه اون اختلال و بیماری که داره باهاش کار میکنه رو باید خوب شناسه. سطح علمیشون و بحث آکادمیک و دانشگاهی که خب چقدر اشراف دارن به موضوعات" (شرکت‌کننده شماره ۲).

کاردرمانگر باید توانایی ارزیابی و برنامه‌ریزی همه جانبه مراجع را داشته باشد؛ به این معنا که مراجع و شرایط او را به خوبی آنالیز کرده و تاثیر بیماری بر مراجع و زندگی او را بررسی کند و با توجه به ارزیابی صورت گرفته، برنامه و اهداف کوتاهمدت و بلندمدت طرح‌ریزی کند. یکی از شرکت‌کنندگان در این رابطه گفت: "کاردرمانگری که میخواد به کیس رو بینه اولین مرحله به نظر من باید توانایی ارزیابی و تشخیص خوبی داشته باشه. باید توانمندی برنامه ریزی کوتاهمدت و بلندمدت داشته باشه و اینکه بتونه اون برنامه رو به خوبی اجرا کنه. یعنی هم اینکه دید تئوری برای به برنامه داره و هم بتونه از نظر عملکردی اون برنامه رو اجرا کنه و انجام بده" (شرکت‌کننده شماره ۱۱).

مدیریت زمان و انرژی از مهارت‌های بالینی هستند که مطابق با نظر شرکت‌کنندگان، کاردرمانگر می‌تواند با کسب آنها زمان و انرژی خود را حین درمان مراجعین مختلف، تنظیم کرده و با کیفیت یکسانی آنها را درمان کند.

"همکاری ما از ۸ صبح میرن تا ۸ شب کار میکنن خب مطمئنا نباید انتظار اینو داشت خصوصا تو حیطة جسمی که من ساعت ۱۲ به انرژی دارم که ساعت ۸ شب قطعاً همچین انرژی ندارم. باید بتونم اینو کنترل کنم" (شرکت‌کننده شماره ۱۰).

بحث

یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل تجربه شرکت‌کنندگان تحقیق حاضر نشان‌دهنده این است که کاردرمانگرها جهت داشتن صلاحیت کافی در کار بالینی، نیازمند کسب مهارت‌های ارتباطی، بازاریابی و تکنیکی می‌باشند که در ادامه به بسط این نتایج پرداخته می‌شود.

در پژوهش حاضر مهارت بازاریابی به معنای تجزیه و تحلیل تجارب و راهی جهت کاهش خطاها بیان شد. اهمیت این مهارت در مطالعه بحرینی و همکاران (۱۳۹۱) نیز دیده می‌شود که با توجه به تحقیق آنها، بازاریابی به معنای یادگیری از تجارب بالینی، اهمیت ویژه‌ای در توسعه دانش و مهارت‌های بالینی دارد. بازاریابی سبب تقویت رفتارهای مثبت، حذف رفتارهای نامناسب مراقبتی، بروز تفکر خلاق و شکوفا شدن استعداد دانشجویان پرستاری در مراقبت شده و منجر به کاهش شکاف بین تئوری و عملکرد می‌شود و فرد را در چرخه یادگیری مداوم قرار می‌دهد. برخی محققان توانایی بازاریابی را به عنوان بخش ضروری ارتقای صلاحیت بالینی پرستاران معرفی می‌کنند.^[۱۰-۱۱]

مهارت ارتباطی در عرصه علوم توانبخشی و نقش آن در درمان بیماران، عملکرد محوری و اثربخشی دارد. این مهارت، یکی از اجزای اساسی صلاحیت بالینی به شمار می‌رود که باعث همکاری و رضایت بیشتر بیمار از اقدامات درمانی می‌گردد. علاوه بر آن درمان توانبخشی پروسه بلندمدتی را به دنبال دارد که در عمل نیاز به رویارویی مکرر درمانگر و بیمار است. نتایج پژوهش حاضر با تحقیق شریعت‌زاده (۱۳۹۴) همسو می‌باشد که مهارت‌های ارتباطی در عرصه پزشکی را جزو جدایی‌ناپذیر مشاغل ارائه‌دهنده خدمات بهداشت دانسته که باعث تقویت روابط کاری، افزایش رضایت‌مندی و درک بیمار از درمان، بهبود متابعت وی از آن و در برخی موارد بهبود سلامت می‌شود. در این میان استفاده مطلوب از مهارت‌های ارتباطی به عنوان مهمترین ویژگی لازم برای اثربخشی مراقبت‌های بهداشتی توصیه شده است.^[۱۲]

مهارت بالینی بخش جدانشدنی از برنامه آموزش پزشکی است؛ به طوری که دانشجویان بخش عمده‌ای از دوره تحصیل خود را در بخش‌های بالینی سپری می‌کنند. فرج‌زاده و همکاران (۱۳۸۸) نیز درباره اهمیت مهارت‌های تکنیکی بیان کرده‌اند که دانشگاه‌ها موظف به تربیت دانشجویانی هستند که توانایی کافی برای پیشگیری، درمان و ارتقاء بهداشت در جامعه داشته باشند. لازم است دانشجویان به منظور داشتن حداکثر کارایی، پس از کسب دانش نظری مورد نیاز، توانمندی عملی را از طریق تمرین و تجربه در محیط‌های بالینی به دست آورند؛ این در حالی است که بسیاری از تحقیقات از فاصله بین تئوری و عمل در بالین سخن می‌گویند.^[۱۳-۱۴]

به اعتقاد شرکت‌کنندگان تحقیق پیش‌رو، علی‌رغم اهمیت و تاثیرگذاری این مهارت‌ها در کسب صلاحیت بالینی، تمامی کاردرمانگرها به این مهم دست پیدا نمی‌کنند و علت‌های سازمانی و فردی مختلفی را برای این امر ذکر کرده‌اند. تجهیزات و کیفیت سیستم آموزشی به عنوان عوامل تاثیرگذار در کسب مهارت‌ها و بالینی شدن مباحث تئوری مطرح شد. یافته‌های امینی و همکاران (۱۳۸۴) نیز به اهمیت سیستم آموزشی اشاره کرده و تمرین مهارت‌ها در آموزش بالینی را موجب افزایش مهارت افراد در برخورد با بیماران می‌داند.^[۱۵]

علاوه بر کیفیت آموزش دانشگاهی و تاثیر آن بر کسب مهارت‌ها، نظارت مسئولان در محیط بالینی نیز می‌تواند با حمایت از کار تیمی، برگزاری جلسات آموزشی در ایجاد انگیزه در افراد به او در این راه کمک کند. در حیطة پرستاری Landmark (۲۰۰۳) با مطالعه‌ای کیفی به بررسی عوامل موثر بر کسب صلاحیت و مهارت فرد سوپروایزر پرداخته است و کفایت او را به عنوان عاملی تاثیرگذار بر مهارت

دانشجویان بررسی کرده است.^[۶] به اعتقاد شرکت کنندگان در تحقیق حاضر، عوامل اجتماعی مانند نگرش سایر اعضای تیم به کاردرمانی و نوع ارتباط و حمایت درون گروهی کاردرمانگرها از یکدیگر می تواند بر نوع ارتباطات فرد اثرگذار باشد. متعهد بودن فرد به خود، مراجع و رشته و علاقه مند بودن به آن از فاکتورهای مهم و تاثیرگذار بر کسب صلاحیت بالینی و استفاده از مهارت های کسب شده می باشد.

نتیجه گیری

یافته های تحقیق حاضر نشان می دهد که کاردرمانگران جهت کسب صلاحیت بالینی، نیازمند مهارت های بازاندیشی، مهارتی و تکنیکی متفاوتی می باشند که به اعتقاد شرکت کنندگان در این مطالعه، بهبود سیستم نظارتی، حمایتی و آموزشی و علاقه فرد به حرفه، می تواند به کسب مهارت ها و استفاده از آنها کمک کند. پیشنهاد می شود جهت بررسی چگونگی تاثیر این عوامل، تحقیقات کمی و کیفی در این زمینه صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

محققین از کلیه مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر که تجربیات ارزشمند خود را صادقانه در اختیار قرار دادند، کمال تشکر و سپاسگزاری را دارند.

منابع

1. Carr SJ. Assessing clinical competency in medical senior house officers: how and why should we do it?. *Postgraduate medical journal*. 2004;80(940):63-6.
2. Dehghany Z, Abaszadeh A, Moattari M, Bahreini M. Effective Reflection on Clinical Competency of Nursing Students in Shiraz University. *Interdisciplinary Journal of Virtual Learning in Medical Sciences (IJVLS)*. 2011;2(1):12-8. [In Persian].
3. Turner A, Alsop A. Unique core skills: Exploring occupational therapists' hidden assets. *British Journal of Occupational Therapy*. 2015;78(12):739-49.
4. Association of Canadian Occupational Therapy Regulatory Organizations (ACOTRO). *Essential Competencies of Practice for Occupational Therapists in Canada*. 2011;p.2-14.
5. Clyne A, McCoubreyCh, Hamilton V. *THERAPY PROJECT OFFICE: Occupational Therapy Competencies*. 2008. P.5-8.
6. Kelland K, Hoe E, McGuire MJ, Yu J, Andreoli A, Nixon SA. Excelling in the role of advocate: a qualitative study exploring advocacy as an essential physiotherapy competency. *Physiotherapy Canada*. 2014;66(1):74-80.
7. BagheriNasami M, Rafiei F, Parvizi S, Esmaeili R. Nursing competency concept analysis: Qualitative research and presentation of a hybrid model. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2008; 18 (67): 35-42. [In Persian].
8. Thorner S. The essential skills of an occupational therapist. *British Journal of Occupational Therapy*. 1991;54(6):222-3.
9. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-12.
10. Bahreini M, Shahamat S, Moattari M, Akaberian S, Sharifi S, YazdankhahFard M. Development of reflective skills among nurses through portfolio: A qualitative study. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012;12(2):120-30.[In Persian].
11. Abedini Z, Raeisi M. Effectiveness of Reflection in Clinical Education: Nursing Students' Perspective. *Iran Journal of Nursing*. 2011;24(71):74-82. [In Persian]
12. Shariatzadeh, Nafiseh Sadat, Tabatabai, Bahador, Hamidolah. Designing a tool for assessing the communication skills of rehabilitation students based on the Karakov model. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2015; 4 (4): 49-56. [In Persian]
13. Farajzadeh, Saadatjoo, SeyedAlireza, Natural, Hosseini. Validity and Reliability of the OSCE Test in Assessing the Clinical Skills of Medical Emergency Students of Birjand University of Medical Sciences in 2009. *Scientific Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2011; 18 (4): 312-9. [In Persian]
14. Salimi T, Khodayarian M, Rajabioun H, Alimandegari Z, Anticchi M, Javadi S, Namjoo Z. A survey on viewpoints of nursing and midwifery students and their clinical instructors at Faculty of Nursing and Midwifery of ShahidSadoughi University of Medical Sciences towards clinical education during 2009-2011. *The Journal of Medical Education and Development*. 2012;7(3):67-78. [In Persian]
15. Amini A, HasanSedaghatzadeh S. The Effect of Clinical Skills Training on the Clinical Competency of Medical Students of Tabriz University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education*. 1384;(1) 5:8-12. [In Persian].
16. Landmark BT, Hansen GS, Bjones I, BØhler A. Clinical supervision—factors defined by nurses as influential upon the development of competence and skills in supervision. *Journal of Clinical Nursing*. 2003;12(6):834-41.