

بررسی مهارت‌های حرفه‌ای پزشکان عمومی مراکز بهداشتی-درمانی استان قزوین

دکتر منوچهر مهram* دکتر بهروز مهram** هاشم علیجانی***

*دانشیار گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی قزوین

**دکترای برنامه ریزی درسی و استادیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد

***کارشناس مسوول گروه گسترش شبکه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

آدرس مکاتبه: قزوین، غیاث آباد، ابتدای بلوار میرداماد، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی، تلفن ۲ و ۱ و ۲۶۸۶۲۰۱-۰۲۸۱

Email: drmahram@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸۸/۲/۲ تاریخ پذیرش: ۸۸/۹/۲۱

*چکیده

زمینه: در هنر پزشکی، علاوه بر فراگیری علم به عنوان زمینه؛ قدرت مشاهده دقیق و استفاده از همه حواس، توانایی تجزیه و تحلیل آموخته‌های نظری و تطبیق با شرایط بیمار، فراگیری مهارت‌های عملی، مدیریت زمان و توانایی‌های ارتباطی از انتظارات ضروری برای یک پزشک محسوب می‌شوند. برخی مطالعه‌ها از عدم رضایت‌مندی از فراگیری مهارت‌ها در دانش آموخته‌گان حکایت دارند.

هدف: مطالعه به منظور ارزیابی مهارت‌های حرفه‌ای پزشکان عمومی مراکز بهداشتی-درمانی استان قزوین انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۸۷ انجام شد و پزشکان عمومی به صورت نمونه‌گیری تام و در صورت رضایت وارد مطالعه شدند. مهارت‌های حرفه‌ای شامل ۳۳ مهارت پزشکی، بهداشتی، مدیریتی و ارتباطی به صورت خودارزیابی، مورد سنجش قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری مجذور کای، همخوانی فای، مقایسه دو نسبت و ضریب توافقی تحلیل شدند.

یافته‌ها: ۹۱ پزشک عمومی شامل ۳۶ مرد و ۵۵ زن مورد بررسی قرار گرفتند. از ۳۳ مهارت مورد بررسی در ۱۶ مهارت حداقل نیمی از پزشکان فاقد مهارت کامل بودند. مهارت پزشکان به تفکیک دو جنس برای گذاردن سوند ادراری در بیماران مذکر و مؤنث، هر دو تفاوت معنی‌دار داشت ($p=0/000$). این رابطه با توانایی مدیریت زایمان طبیعی نیز تفاوت معنی‌دار داشت ($p=0/044$)، ولی با مدیریت عوارض بعد از زایمان معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، بازنگری در محتوای آموزشی دوره‌های بالینی پزشکی متناسب با نیاز واقعی، افزایش آموزش مهارت‌ها، تدوین و اجرای اجباری "Log Book" در همه بخش‌های کارورزی بالینی، نهادینه‌سازی ارزیابی مهارت‌های عملی کارورزان به شیوه "OSCE" و تدوین برنامه‌های آموزش مداوم مهارت‌های پزشکان به صورت کارگاهی پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: پزشکان عمومی، مهارت، خودارزیابی، قزوین

*مقدمه

آموزش پزشکان عمومی در دانشکده‌های پزشکی سراسر کشور شامل آموزش‌های نظری و عملی است. در آموزش‌های عملی مهارت‌های مختلف، متناسب با تشخیص مدرسین و برنامه‌های درسی تدوین شده تدریس می‌شود. در ارزیابی فراگیران، گاهی مهارت‌های عملی مورد سنجش قرار می‌گیرد و گاهی هم به ارزیابی از داده‌های نظری اکتفا می‌شود.

در ایران، اگرچه برنامه‌های آموزشی مدونی برای مهارت‌های عملی دستیاران تخصصی تهیه شده است، ولی همه مراکز آموزشی (دولتی یا آزاد) از الگوی واحدی

پزشکی را بیش از آن که یک علم بدانند به عنوان یک هنر می‌شناسند؛ زیرا یک پزشک کارآمد باید واجد مهارت‌های متعددی باشد که همه مبتنی بر علم هستند. به عبارت دیگر علاوه بر فراگیری علم به‌عنوان زمینه، قدرت مشاهده دقیق و استفاده از همه حواس، توانایی تجزیه و تحلیل آموخته‌های نظری و تطبیق آنها با شرایط بیمار، فراگیری مهارت‌های عملی، مدیریت زمان و توانایی‌های ارتباطی با دیگران از جمله مهم‌ترین خصوصیت‌های مورد انتظار و ضروری برای یک پزشک محسوب می‌شوند.

به معنی بارها انجام داده‌ام و بدون نگرانی و با اعتماد به نفس قادر به انجام هستم، «توانایی نسبی دارم» به معنی کم انجام داده‌ام، فقط نظاره‌گر انجام یک مهارت بوده‌ام یا فقط در مرکز آموزش مهارت‌های بالینی انجام داده‌ام و در داشتن توانایی بر انجام مهارت تردید دارم و «نمی‌توانم» به معنی انجام نداده‌ام و برای انجام درست و علمی آن کار مطمئن نیستم، بودند.

جنسیت و محل تحصیل (دانشگاه دولتی یا آزاد) نیز مورد سؤال قرار گرفتند.

در پرسش نامه‌ها هیچ نام و مشخصات دقیقی از افراد ذکر نشد و ملاحظات اخلاقی مربوط به مطالعه رعایت شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری مجذور کای، مقایسه دو نسبت، همخوانی فای و ضریب توافق کرامر تحلیل شدند. در تحلیل آماری، نتایج «توانایی کامل» به عنوان انتظار مطلوب از یک پزشک شاغل با مجموع نتایج «توانایی نسبی و فقدان توانایی» مقایسه شد. مقادیر ارزش احتمالی کم‌تر از ۰/۰۵، معنی‌دار تلقی شد.

* یافته‌ها:

از ۹۱ پزشک عمومی مورد مطالعه، ۳۶ نفر (۴۰ درصد) مرد و ۵۵ نفر (۶۰ درصد) زن بودند. ۷۹ نفر دانش‌آموخته دانشگاه‌های دولتی و ۱۲ نفر دانش‌آموخته دانشگاه‌های آزاد بودند.

پزشکان عمومی شاغل در تعداد قابل توجهی از مهارت‌های عملی فاقد توانایی کامل و مطلوب بودند. همچنین تعدادی از این مهارت‌ها را نیز پس از فراغت از تحصیل و در حین کار فراگرفته بودند (جدول شماره ۱). با توجه به این که بعضی از مهارت‌ها شامل سوندگذاری ادراری در بیماران زن و مرد، مدیریت زایمان و مهار عوارض بعد از زایمان با جنسیت مرتبط هستند؛ توانایی انجام این مهارت‌ها به تفکیک دو جنس پزشکان مورد مقایسه و تحلیل قرار گرفتند (جدول‌های شماره ۲ و ۳).

تبعیت نمی‌کنند. برخی مطالعه‌ها از عدم رضایت مندی خود پزشکان عمومی یا مدیران از نحوه آموزش مهارت‌ها حکایت دارند. به عنوان مثال، معطری و فلاح زاده در مطالعه‌ای بر روی دانشجویان سال آخر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۸۶، توانایی‌های مختلف آنان را به روش خودارزیابی مورد سنجش قرار دادند که مهارت‌های عملی پایه با میانگین $4/82 \pm 0/47$ از ۶ و مهارت‌های عملی پیشرفته مورد نیاز پزشک عمومی با میانگین $4/02 \pm 0/75$ از ۶ فراگیری مطلوبی را نشان ندادند. (۱) بررسی دیگری با همین شیوه خودارزیابی بر روی پزشکان عمومی مراکز بهداشتی-درمانی منطقه‌ای از ترکیه انجام شد که نتیجه آن حصول میانگین $2/44$ از ۵ برای میزان فراگیری مهارت‌های پزشکی بود. (۲)

این مطالعه با هدف ارزیابی مهارت‌های حرفه‌ای پزشکان عمومی مراکز بهداشتی-درمانی استان قزوین انجام شد.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۸۷ بر روی تمام پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی شهری و روستایی استان قزوین انجام شد. مهارت‌های مختلف حرفه‌ای، شامل ۳۳ مهارت پزشکی، بهداشتی، مدیریتی و ارتباطی به صورت خودارزیابی مورد سنجش قرار گرفتند. در پرسش‌نامه برای هر مهارت، از سه گزینه: می‌توانم، توانایی نسبی دارم و نمی‌توانم استفاده شد. برای پاسخ‌های واجد توانایی و توانایی نسبی، محل فراگیری آن مهارت (دانشگاه محل تحصیل یا محیط کاری پس از فراغت از تحصیل) مورد پرسش قرار گرفت. پرسش‌نامه‌ها در زمان حضور پزشکان مراکز در جلسه‌های ماهانه شهرستان، توزیع و پس از تکمیل جمع‌آوری شدند.

قبل از تکمیل پرسش‌نامه، معانی گزینه‌ها برای پاسخ‌دهندگان توضیح داده شد. گزینه «می‌توانم»

جدول ۱- مهارت‌ها یا دانش مرتبط با مهارت‌های پزشکان عمومی (۹۱ نفر) و محل فراگیری

محل فراگیری		سطح معنی داری	فقدان توانایی	توانایی نسبی	توانایی کامل	مهارت یا دانش مرتبط با مهارت
در حین کار	دانشگاه					
۶	۸۱	<۰/۰۰۱	۲	۳	۸۴	تزریق عضلانی
۲۴	۵۷	۰/۰۴۵	۹	۲۶	۵۵	تزریق وریدی و گذاردن آنژیوکت
۶	۷۱	<۰/۰۰۱	۶	۱۵	۷۰	زدن بخیه
۱۰	۷۲	<۰/۰۰۱	۹	۱۴	۶۸	پانسمان به طریق علمی و استاندارد
۹	۵۶	۰/۱۲	۱۸	۲۰	۵۲	گذاردن سوند ادراری در بیمار مذکر
۶	۵۳	۰/۰۰۱	۱۲	۱۷	۶۲	گذاردن سوند ادراری در بیمار مؤنث
۱۰	۷۰	۰/۵۳	۱۱	۳۱	۴۹	شماره انواع سوندهای ادراری و نوع سوند برای هر بیمار (می دانم، آگاهی نسبی دارم، نمی دانم)
۷	۷۸	<۰/۰۰۱	۶	۷	۷۸	گذاردن سوند معده
۶	۷۱	۰/۲۰۸	۱۴	۳۸	۳۹	گذاردن لوله تراشه
۷	۵۹	<۰/۰۰۱	۲۵	۴۲	۲۴	عملیات احیا در کودکان و نوزادان
۴	۷۴	۱/۰۰۰	۶	۳۹	۴۶	عملیات احیا در بزرگسالان
۸	۴۸	<۰/۰۰۱	۳۴	۳۱	۲۶	استفاده از دستگاه الکتروشوک
۱۳	۶۶	۰/۴۰۲	۷	۳۴	۵۰	گرفتن ECG و توانایی تفسیر آن و شناسایی موارد غیرطبیعی
۲	۲۲	<۰/۰۰۱	۶۷	۱۱	۱۳	گذاردن کاتتر نافی
۲	۸	<۰/۰۰۱	۷۴	۱۴	۳	کت دان ازساق پا
۲	۴۶	۰/۰۱۱	۳۲	۲۶	۳۳	انجام LP (پونکسیون لومبار)
۱۴	۶۵	<۰/۰۰۱	۷	۱۵	۶۹	شستشوی گوش
۳	۴۷	۰/۰۱۱	۳۲	۲۶	۳۳	نمونه گیری ادرار سوپراپوبیک
۸	۷۴	۱/۰۰۰	۵	۴۰	۴۶	اقدام‌های اولیه علمی در برخورد با سوختگی‌ها
۴	۷۵	۰/۰۰۶	۳	۲۹	۵۹	اقدام‌های اولیه علمی در برخورد با بیماران مجروح ناشی از حوادث و سوانح
۱۰	۶۹	۰/۱۳۴	۸	۳۶	۴۷	اقدام‌های اولیه علمی در برخورد با انواع مسمومیت
۹	۷۱	۰/۵۳	۳	۳۹	۴۹	اقدام‌های اولیه علمی در برخورد با شوک یا کوما
۱۰	۶۱	۱/۰۰۰	۵	۴۰	۴۶	اقدام اولیه علمی در برخورد با جسم خارجی درگوش، چشم یا حلق
۱۵	۵۶	۰/۰۵۹	۶	۳۰	۵۵	اقدام لازم در برخورد با حیوان گزیدگی، مار زدگی یا عقرب زدگی
۳	۷۸	<۰/۰۰۱	۴	۲۲	۶۵	اقدام اولیه لازم در برخورد با بیمار با سکنه قلبی
۶	۴۹	۰/۰۵۹	۲۴	۳۱	۳۶	انجام فعالیت‌های آزمایشگاهی ساده (شمارش سلولی، تهیه لام، رنگ آمیزی)
۵	۷۸	<۰/۰۰۱	۸	۱۸	۶۵	تفسیر گرافی‌های رادیولوژی شایع (قفسه صدری، شکستگی‌ها و ...)
۴۵	۳۱	۰/۴۰۲	۱۵	۳۵	۴۱	انجام واکسیناسیون (غیرخوراکی)
۳۱	۳۰	۰/۰۰۳	۳۰	۳۰	۳۱	انجام کلرسنجی از آب، نمونه برداری از آب و کشت میکروبی شناسی
۱۴	۵۲	۰/۰۰۱	۱۳	۴۸	۲۸	انجام زایمان طبیعی
۲۴	۴۴	<۰/۰۰۱	۱۱	۵۶	۲۳	کنترل عوارض بعد از زایمان (خون‌ریزی و ...)
۶۳	۱۰	۰/۶۷۵	۱۸	۲۵	۴۸	مدیریت مرکز (اداری، مالی، پرسنلی)
۴۸	۲۵	۰/۴۰۲	۱۸	۳۲	۴۱	فنون آموزشی و اصول مشاوره و آموزش کارکنان زیر مجموعه

* تذکر: عدم همخوانی تعداد پاسخ‌ها با تعداد ۹۱ نفر به دلیل عدم پاسخ افراد به برخی از سؤال‌ها بوده است.

جدول ۲- مهارت پزشکان در گذاردن سوند ادراری در بیماران به تفکیک جنسیت

معنی داری (دوسویه)	درجه آزادی	ارزش مشاهده شده	توانایی کامل و مطلوب			جنسیت پزشکان			
			مجموع	ندارد	دارد				
						۳۶	۶	۳۰	مرد
						۵۵	۳۳	۲۲	زن
			۹۱	۳۹	۵۲	مجموع			
۰/۰۰۰	۱	۱۶/۶۳۸	مجذور کای پیرسون			گذاردن سوندادراری در بیماران مذکر			
۰/۰۰۰	-	۰/۴۲۸	فای						
۰/۰۰۰	-	۰/۴۲۸	کرامر V						
معنی داری (دوسویه)	درجه آزادی	ارزش مشاهده شده	توانایی کامل و مطلوب			نسبت پزشکان			
			مجموع	ندارد	دارد				
						۳۶	۲۳	۱۳	مرد
						۵۵	۶	۴۹	زن
			۹۱	۲۹	۶۲	مجموع			
۰/۰۰۰	۱	۲۸/۱۲۸	مجذور کای پیرسون			گذاردن سوندادراری در بیماران مؤنث			
۰/۰۰۰	-	۰/۵۵۶	فای						
۰/۰۰۰	-	۰/۵۵۶	کرامر V						

جدول ۳- مهارت پزشکان در مدیریت زایمان طبیعی و کنترل عوارض بعد از زایمان به تفکیک جنسیت

معنی داری (دوسویه)	درجه آزادی	ارزش مشاهده شده	توانایی کامل و مطلوب			جنسیت پزشکان			
			مجموع	ندارد	دارد				
						۳۶	۲۹	۷	مرد
						۵۳	۳۲	۲۱	زن
			۸۹	۶۱	۲۸	مجموع			
۰/۰۴۸	۱	۰/۰۴۸	مجذور کای پیرسون			مهارت پزشکان برای مدیریت زایمان طبیعی			
۰/۰۴۸	-	۰/۲۱۳	فای						
۰/۰۴۸	--	۰/۲۱۳	کرامر V						
معنی داری (دوسویه)	درجه آزادی	ارزش مشاهده شده	توانایی کامل و مطلوب			جنسیت پزشکان			
			مجموع	ندارد	دارد				
						۳۶	۲۷	۹	مرد
						۵۴	۴۰	۱۴	زن
			۹۰	۶۷	۲۳	مجموع			
۰/۹۲۱	۱	۰/۱۰	مجذور کای پیرسون			مهارت پزشکان برای کنترل عوارض بعد از زایمان (خونریزی و...)			
۰/۹۲۱	-	۰/۰۱	فای						
۰/۹۲۱	-	۰/۰۱	کرامر V						

***بحث و نتیجه گیری:**

نتایج مطالعه حاضر حاکی از فقدان کامل یا نسبی در بسیاری از مهارتهایی است که انتظار می‌رود پزشکان جوان در ابتدای شروع خدمت به میزان بیش‌تری واجد آنها باشند. اگرچه برخی مهارت‌ها مانند عملیات احیا در کودکان و نوزادان، استفاده از دستگاه الکتروشوک، مدیریت بیماران مجروح از حوادث و سوانح، اقدام‌های اولیه برای بیماران مبتلا به سکته قلبی، اداره زایمان طبیعی، مدیریت عوارض شایع بعد از زایمان طبیعی، تفسیر رادیوگرافی‌های ساده و شایع، کلرسنجی آب و موارد ابتدایی بهداشت محیط در اکثر پزشکان با اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشتند، ولی به دلیل اهمیت نقش پزشکان به خصوص در مراکز بهداشتی - درمانی مناطق روستایی و محروم که دسترسی به مراکز درمانی سطح بالاتر کم است، موارد بدون اختلاف معنی‌دار نیز نگران کننده و هشداردهنده هستند. از این موارد می‌توان به احیای قلبی - تنفسی در بزرگسالان، گذاردن لوله تراشه، مدیریت بیماران دچار سوختگی، حیوان‌گزیدگی و مار و عقرب زدگی، مدیریت مبتلایان به جسم خارجی در گوش، چشم یا حلق و برخورد با شوک یا کوما اشاره نمود. نکته مهم دیگر، محل فراگیری مهارت‌هاست. اگرچه در اکثر موارد محل فراگیری مهارت‌ها، دانشگاه محل تحصیل بوده، ولی در معدودی موارد مثل تزریقات وریدی و گذاردن آنژیوکت، صرف نظر از ده درصد پزشکان فاقد مهارت مذکور، حدود ۳۰ درصد از پزشکان دارای مهارت مطلوب یا نسبی این مهارت را در محیط کار، یعنی پس از فراغت از تحصیل و به صورت تجربی فرا گرفته بودند که به دلیل اهمیت و میزان بالای نیاز به این مهارت، قابل تأمل است.

این مطالعه به شیوه خود ارزیابی انجام شد که از ابزارهای آموزشی برای سنجش آگاهی و مهارت‌ها در بالغین محسوب می‌شود. در این شیوه فرض بر این است که افراد با آگاهی از روش درست ارزیابی، با دقت و صحت به ارزیابی خود می‌پردازند.^(۳) علی‌رغم این فرض،

دیدگاه‌ها و نظریه‌های متفاوتی در مورد ارزش خودارزیابی وجود دارد. یونگ و همکاران بر این باورند که اگرچه ارزیابی دانش و مهارت‌ها به روش خودارزیابی ارزشمند است، ولی بیش‌تر برای برآورد «ارزش پیش‌بینی مثبت» مفید است؛ زیرا ارزیابی‌شوندگان به همه معیارهای عینی کسب دانش یا مهارت واقف نیستند.^(۴)

تراسی و همکاران ضریب همبستگی پایینی را بین نتایج خود ارزیابی پزشکان عمومی و نتایج ارزیابی‌های مبتنی بر آزمون در سه موضوع مورد مطالعه به دست آوردند و چنین نتیجه‌گیری کردند که آنها نسبت به نیازهای آموزشی خود آگاهی اندکی داشته‌اند.^(۵) در مطالعه‌ای که توسط هوجز و همکاران انجام شد احتمال عدم صحت در خود ارزیابی در افرادی که فاقد مهارت‌های بالینی لازم بودند بیش‌تر بود.^(۶) پارکر و همکاران نیز در مطالعه خود بر روی دستیاران تخصصی رشته‌های مختلف به نتایج مشابهی دست یافتند. این محققین، مطابقت نتایج خود ارزیابی و ارزیابی بیرونی (سنجش وجود واقعی مهارت) در دستیاران را در رشته‌ها و سطوح مختلف، در محدوده بین ۳ تا ۲۳ درصد یافتند.^(۷)

جانسن و همکاران نیز اعتبار خود ارزیابی را کم‌تر از انجام آزمون دانستند، تا آنجا که حتی متعاقب آگاه کردن افراد از نتایج آزمون‌های آنان، تفاوتی در نتایج خود ارزیابی ایجاد نشده بود.^(۸)

در مطالعه مروری دیویس و همکاران بر ۲۰ مقاله که به مقایسه نتایج خود ارزیابی و سنجش خارجی از طریق آزمون پرداخته بودند، ۱۳ مقاله فقدان رابطه یا رابطه اندک و ۷ مقاله رابطه مثبت را نشان دادند. در این بررسی مروری، در بعضی مطالعه‌ها صحت و در برخی دیگر نیز عدم صحت یا انطباق نتایج خود ارزیابی با آزمون‌ها مشاهده شد و در نهایت، ارجحیت ارزیابی خارجی بر خود ارزیابی نشان داده شد.^(۹)

اعتبار و صحت پایین‌تر خود ارزیابی در مقایسه با انجام آزمون خارجی به‌عنوان یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌تواند معلول چند دلیل مهم باشد: (۱) میزان

بر اساس آنچه که بیان شد به نظر می‌رسد نظام آموزش پزشکی بالینی و دوره‌های بازآموزی پزشکی با چند چالش و مشکل جدی روبروست که نتایج آن به صورت ضعف در مهارت‌های بالینی در دانش‌آموختگان خود را نشان می‌دهد. اهم این چالش‌ها عبارتند از: ۱- عدم تناسب آموزش‌های حین تحصیل با نیازهای جامعه یا دستگاه‌های ارائه دهنده خدمات سلامت ۲- تمرکز آموزش‌ها بر سطح دانش نظری ۳- خلأ سنجش و ارزیابی مهارت‌های فراگیران ۴- فقدان کمبود دوره‌های آموزش مداوم ضمن خدمت یا بازآموزی در زمینه مهارت‌های عملی. لذا به منظور بهبود وضعیت آموزش مهارت‌ها، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان آموزش پزشکی و آموزش‌های مداوم در محتوای آموزشی دوره‌های بالینی پزشکی متناسب با نیاز واقعی تجدید نظر نمایند. حجم آموزش مهارت‌ها در دوره‌های بالینی کارآموزی و کارورزی افزایش یابد، تدوین و اجرای "Log Book" برای همه بخش‌ها در مقاطع کارورزی بالینی پزشکی اجباری شود. ارزیابی و ارزشیابی کارورزان پزشکی به شیوه معاینه بالینی عینی ساختارمند (OSCE) نهادینه شود. مهارت‌های عملی توأم با ارزیابی سطوح دانش و نگرش فراگیران مورد سنجش قرار گیرند و برنامه‌های آموزش مداوم مهارت‌های پزشکان به صورت کارگاهی یا به صورت ترکیبی از آموزش‌های نظری و مهارتی تدوین و اجرا شوند.

*مراجع:

1. Moattari M, Fallahzadeh M. Senior medical students' self-evaluation of their capability in general competencies in Shiraz University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Education 2008; 7(2): 371-7 [In Persian]
2. Bahar-Ozvaris S, Sonmez R, Savek I. Assessment of knowledge and skills in primary health care services: senior medical

آگاهی و دانش افراد نسبت به شیوه‌های استاندارد سنجش (۲) میزان آگاهی افراد نسبت به استانداردهای دانش و مهارت‌های مورد سنجش (۳) میزان تعهد، حوصله و دقت افراد در پاسخ به سؤال‌ها (۴) احتمال ارائه پاسخ‌های ناصحیح به دلیل نگرانی از آشکار شدن نتایج حاکی از فقدان مهارت (۵) خصوصیات روحی و روانی افراد و میزان اعتماد به نفس آنان که صرف نظر از میزان واقعی مهارت، در خودارزیابی آنان تأثیر بگذارد. بر این اساس باید انتظار داشت که نتایج خودارزیابی‌ها بیش‌تر به سمت مثبت کاذب و مبالغه سیر نماید و نمایی بیش از واقعیت را نشان دهد. با این برداشت، نگاه دوباره به نتایج جدول ۱ تأمل برانگیزتر خواهد شد.

ریمین و همکاران بر این باورند که دوره‌های کارآموزی و کارورزی پزشکی، مهارت‌های کافی را در اختیار دانش‌آموختگان قرار نمی‌دهند و بر ارزیابی مهارت‌های بالینی، اجباری شدن کارآموزی و کارورزی در همه بخش‌های عملی عمومی و تخصصی و نظارت مداوم بر کیفیت کارآموزی‌های بخش‌های بالینی تأکید دارند.^(۱۰) از سوی دیگر مطالعه‌هایی نیز درباره نقش مراکز آزمایشگاهی آموزش مهارت‌های بالینی انجام شده است. لایناگ و همکاران در یک مطالعه مروری، ۴۴ تحقیق ۳۲ مطالعه (۷۳ درصد) موافق تأثیر مثبت این مراکز بر یادگیری مهارت‌های عملی بودند، ولی ۲۰ تحقیق (۴۵ درصد) مؤید گذرا بودن و تأثیرموقت این آموزش‌ها بر عملکرد بالینی پزشکان پس از فراغت از تحصیل بودند.^(۱۱)

اگرچه برگزاری دوره‌های آموزشی نظری به صورت آموزش‌های مداوم پزشکی باعث بهبود دانش فراگیران می‌شود، ولی هیچ تأثیری بر مهارت‌های آنان ندارند.^(۱۲) از سوی دیگر مطالعه استولارک نشان داد که برگزاری یک کارگاه آموزشی مهارت‌ها برای پزشکان تازه فارغ‌التحصیل، معادل فراگیری مهارت‌ها طی یک دوره شش ماهه کار در آنها ایجاد توانمندی نموده است.^(۳)

- students' self-evaluation. *Teach Learn Med* 2004 winter; 16(1): 34-8
3. Stolarek I. Procedural and examination skills of first-year house surgeons: a comparison of a simulation workshop versus 6 months of clinical ward experience alone. *N Z Med J* 2007 May 4; 120(1253): U2516
 4. Young JM, Glasziou P, Ward JE. General practitioners' self ratings of skills in evidence based medicine: validation study. *BMJ* 2002 Apr 20; 324(7343): 950-1
 5. Tracey JM, Arroll B, Richmond DE, Barham P. The validity of general practitioners' self assessment of knowledge: cross sectional study. *BMJ* 1997 Nov 29; 315(7120): 1426-28
 6. Hodges B, Regehr G, Martin D. Difficulties in recognizing one's own incompetence: Novice physicians who are unskilled and unaware of it. *Acad Med* 2001 Oct; 76(10 Suppl): S87-9
 7. Parker RW, Alford C, Passmore C. Can family medicine residents predict their performance on the in-training examination?. *Fam Med* 2004 Nov-Dec; 36(10): 705-9
 8. Jansen JJM, Grol RPTM, Crebolder HFJM, et al. Failure of feedback to enhance self-assessment skills of general practitioners. *Teach Learn Med* 1998; 10: 145-51
 9. Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, et al. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA* 2006 Sep 6; 296(9): 1094-102
 10. Remmen R, Derese A, Scherpbier A, et al. Can medical schools rely on clerkships to train students in basic clinical skills?. *Med Educ* 1999 Aug; 33(8): 600-5
 11. Lynagh M, Burton R, Sanson-Fisher R. A systemic review of medical skills laboratory training: where to from here?. *Med Educ* 2007 Sep; 41(9): 879-87
 12. Pacheco RD, Gatica RH, Kaliski KS. Self assessment of strengths, weaknesses and self confidence of primary care physicians taking care of rheumatic diseases. *Rev Med Chil* 2006 Jul; 134(7): 813-20