

گام‌های توسعه در آموزش پزشکی
مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی
دوره دهم، شماره دوم، ص ۴۶-۳۹، ۱۳۹۲

بررسی ضرورت موضوعات آموزشی کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی از دید دانش‌آموختگان پزشکی

رضا قدیمی^۱، محمود حاجی‌احمدی^۲، آرام تیرگر^{۳*}، حسین رشوند^۴، عبدالایمان عمویی^۵،

پروین سجادی^۶، سیدرضا حسینی^۷

۱. دکتری تغذیه بالینی، استادیار گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۲. کارشناس ارشد آمار حیاتی، مربی گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۳. دکتری تخصصی بهداشت حرفه‌ای، دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۴. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۵. دکتری تخصصی بهداشت عمومی، دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۶. کارشناس ارشد تغذیه، مربی گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۷. متخصص پزشکی اجتماعی، دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

• دریافت مقاله: ۹۱/۲/۳۰ • آخرین اصلاح مقاله: ۹۱/۸/۱۰ • پذیرش مقاله: ۹۲/۲/۲

زمینه و هدف: از چندین سال قبل، رویکرد آموزش مبتنی بر جامعه به صورت پراکنده و با جدیتی متفاوت در دانشگاه‌ها اجرا گردیده و حضور کارآموزان و کارورزان در مراکز بهداشتی-درمانی، عرصه جدیدی را در آموزش پزشکی باز نموده است. این پژوهش به منظور بررسی ضرورت موضوعات آموزشی کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی از دید دانش‌آموختگان رشته پزشکی انجام شده است.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۹ بر روی دانش‌آموختگان پزشکی شاغل در شهرستان بابل که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده بودند، انجام شد. سپس اطلاعات مورد نیاز توسط پرسش‌نامه که در سه قسمت طراحی شده بود، جمع‌آوری گردید و داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون‌های Fisher و Chi-square مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه، ۱۳۰ نفر از پزشکان که به طور متوسط در $5/7 \pm 10/4$ سال گذشته دانش‌آموخته شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. بر اساس یافته‌های این پژوهش، رایج‌ترین مباحث بهداشت حرفه‌ای، مدیریت بیماری و حل مشکل بهداشتی-درمانی و حضور در مرکز بهداشتی-درمانی شهری و اجرای پروژه تحقیقاتی در دوره‌های کارآموزی و کارورزی دانش‌آموختگان پس از سال ۱۳۸۰ به طور معنی‌داری بیشتر از ادوار گذشته بود. ضمن این که پزشکان شاغل در مراکز روستایی در مقایسه با سایر دانش‌آموختگان بر ضرورت و اهمیت مباحث مربوط به بهداشت روان، بهداشت سالمندان، بهداشت دهان و دندان، بهداشت مدارس، مدیریت بیماری و آشنایی با شیوه‌های ارزیابی جامعه و به کارگیری آن‌ها تأکید داشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نظرات پزشکان، رایج‌ترین مطالب آموزشی از جمله بهداشت حرفه‌ای، روان و سالمندان - که مورد توجه کمتر هستند و کاربرد زیادی در آینده شغلی پزشکان دارند - در دوره‌های کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی، در کنار کم رنگ شدن مباحث تکراری و کم کاربرد همراه با برگزاری برنامه‌های آموزش مداوم، می‌تواند گامی مؤثر در نزدیک شدن به هدف جامعه‌نگر بودن آموزش پزشکی باشد.

کلید واژه‌ها: آموزش، دانشجویان پزشکی، دوره پزشکی اجتماعی

* نویسنده مسؤول: گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، خیابان گنج افروز، بابل، ایران

مقدمه

در بیانیه رسمی سومین مجمع جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۷ که به بیانیه آلماتا معروف است، اعلام گردید که در دهه‌های آینده هدف اجتماعی و اصلی دولت‌ها و سازمان جهانی بهداشت باید دستیابی همه مردم جهان به سطحی از سلامتی (جسمی، روانی و اجتماعی) باشد که امکان برخورداری از یک زندگی مؤثر و مولد را برای آنان فراهم آورد. در سال ۱۹۷۸ نیز کنفرانس مراقبت‌های اولیه بهداشتی در آلماتا تشکیل گردید و روش دستیابی به بهداشت برای همه معرفی شد (۱، ۲).

اصول خدمات اولیه بهداشتی به عنوان گامی اساسی در دستیابی به اهداف بهداشت همگانی در مصوبات اولین نشست جهانی ادینبورگ آلمان به منظور تغییر در برنامه‌های آموزش پزشکی بر مبنای نیازهای جامعه مورد تأکید قرار گرفته است (۳).

یکی از توصیه‌های مهم سازمان جهانی بهداشت برای آموزش پزشکی، شناخت نیازهای مربوط به سلامت فرد و جامعه است (۴).

دانشکده‌های علوم پزشکی نیز وظیفه دارند برنامه‌ها و اهداف آموزشی خود را بر این اساس تدوین و آموزش دانشجویان را برای رسیدن به اهداف هدایت نمایند. در آموزش علوم پزشکی زمانی می‌توان از کیفیت نام برد که دانشجو به شایستگی مورد نظر در هدف‌های تعیین شده رسیده باشد. به عبارت دیگر، آموزش و برنامه‌های آموزشی باید به گونه‌ای باشد که افرادی را تربیت نماید که به گسترش روزافزون دامنه این علم توجه داشته و از دانش، تجربه و مهارت کافی برخوردار باشند (۵).

این چالش‌ها و همچنین بسیاری ملاحظات دیگر، صاحب نظران دنیای پزشکی را به این نتیجه رسانده است که رسالت پزشکی را نباید تنها در درمان بیماری‌ها تصور کرد؛ بلکه باید با اقداماتی همه جانبه و به صافه، سلامت را به عنوان یک حق اساسی در اختیار همه افراد جامعه قرار داد. این فلسفه و

نگرش منجر به پیدایش دیدگاهی در عالم طب گردید که می‌توان آن را "Community – Oriented Medicine" نامید (۶).

از این‌رو، آموزش پزشکی جامعه‌نگر (COME یا Community-oriented medicine education)، یک شیوه آموزش مناسب برای هدف پیش‌گفت تلقی می‌گردد؛ چرا که پزشکی تربیت خواهد کرد که به طور مؤثر بتواند با مسایل مرتبط با سلامتی جامعه در ابعاد اولیه و ثانویه برخورد مناسب داشته باشند (۷).

در کشور ما به دنبال ادغام نظام درمانی با آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۴، زمینه آموزش پزشکی در قالب جامعه‌نگر مهیا گردید. پس از این ادغام و هم‌زمان با گسترش بیشتر شبکه‌های بهداشتی- درمانی، از اسفند ۱۳۶۵ کارگاه‌های آموزش پزشکی جامعه‌نگر برای مسئولان دانشگاه‌های علوم پزشکی ترتیب داده شد و ضرورت تغییرات در برنامه‌ها و نحوه اجرای آموزش پزشکی به روش جامعه‌نگر، مورد تأکید قرار گرفت (۸).

با توجه به این که توانمندی‌های پزشکان و دانش‌آموختگان در شناسایی مشکلات بهداشتی- درمانی جامعه و پاسخگویی بهتر به نیازهای بهداشتی- درمانی جامعه و انجام مراقبت و حفظ سلامت مردم یکی از اهداف برنامه‌های آموزشی پزشکی در حیطه بهداشت می‌باشد، از سال ۱۳۶۴ دوره یک ماهه کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی جهت دانشجویان پزشکی با هدف آشنا نمودن آنان با نظام شبکه بهداشتی- درمانی کشور و شناخت واقعی مشکلات بهداشتی- درمانی مردم و نحوه اداره مدیریت مراکز بهداشتی- درمانی در برنامه آموزشی پزشکی عمومی تعیین شد (۳).

بدون شک، حضور فعال گروه‌های آموزشی در این واحدها و برخورد علمی در مواجهه با بیماران، موجب بهبود کیفیت در آموزش دانشجویان و همچنین آرایه خدمات بهتر به مردم خواهد شد. یکی از راه‌هایی که میزان این تأثیر را بیان می‌کند، نظرسنجی از میزان رضایتمندی دانشجویان و دانش‌آموختگان به عنوان دریافت کنندگان خدمات آموزشی اصلی در سیستم

آموزشی است که از نتایج آن می‌توان برای بهینه‌سازی فرایند آموزشی در عرصه‌های مختلف استفاده کرد (۹).

چنانچه برنامه آموزشی به درستی طراحی و یا اجرا نشده باشد، می‌تواند خسارت جبران ناپذیر و زیانبار اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بر افراد جامعه بر جا گذارد. با توجه به این که پزشکان دانش‌آموخته و شاغل به طور مستقیم ارایه دهنده خدمات بالینی پزشکی و از مشکلات این حرفه آگاه هستند، استفاده از نظرات آنان جهت شناسایی نیازهای آموزشی در فرایند تدوین برنامه درسی مبتنی بر نیازهای جامعه ضروری است (۱۰).

هدف از انجام این مطالعه، ارزیابی نظر دانش‌آموختگان پزشکی از ضرورت و اهمیت ارایه مباحث تئوری و عملی در دوره‌های آموزشی کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی (به تفکیک برخی از متغیرها نظیر محل اشتغال به کار، نوع فعالیت، سال دانش‌آموختگی، دانشگاه محل تحصیل و ...) بود.

روش کار

مطالعه حاضر یک بررسی توصیفی- تحلیلی به روش مقطعی بود که در سال ۱۳۸۹ بر روی ۱۳۰ نفر از دانش‌آموختگان پزشکی شاغل در شهرستان بابل انجام شد. اعضای نمونه به روش نمونه‌گیری تصادفی از بین لیست اسامی پزشکان واجد شرایط که از معاونت‌های بهداشتی و درمان دانشگاه علوم پزشکی بابل و سازمان نظام پزشکی شهرستان بابل تهیه شده بود، انتخاب گردیدند.

سپس با مراجعه به این همکاران، اطلاعات مورد نیاز برای این پژوهش توسط پرسش‌نامه‌ای در سه بخش جمع‌آوری شد. بخش اول پرسش‌نامه، شامل ۲۳ سؤال بود که در آن افراد مورد مطالعه با توجه به مباحث دوره‌های کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی، در خصوص ۳ موضوع به شرح زیر مورد پرسش قرار می‌گرفتند:

- آیا مبحث مورد نظر در دوره‌های کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی در دانشگاه محل تحصیلشان ارایه شده است؟

- آیا مبحث مورد نظر در حرفه دانش‌آموختگان به کار گرفته شده است؟

- آیا ارایه مبحث مورد نظر در دوره‌های کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی ضرورت داشته است؟
بخش دوم شامل ۶ سؤال درباره مدت زمان پیشنهادی برای اجرای دوره‌های کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی و همچنین مدت اقامت در خانه بهداشت، مرکز بهداشتی-درمانی شهری و مرکز بهداشتی-درمانی روستایی بود. بخش سوم شامل ۲ سؤال باز درباره موضوعات مورد علاقه پزشکان عمومی جهت ارایه در دوره‌های کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی و اصلاحات پیشنهادی آنان در شکل اجرای دوره‌های پیش‌گفت بود.

جهت تعیین پایایی (Reliability) و همخوانی سؤالات پرسش‌نامه از شاخص Cronbach's alpha استفاده گردید که این میزان برای بخش اول و دوم پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۵ بود.

در خصوص روایی پرسش‌نامه و سؤالات نیز از نظرات و تجربیات ۶ تن از اعضای هیأت علمی گروه پزشکی اجتماعی که کلیه آنان سال‌ها در امر آموزش دانشجویان و همچنین در اجرای این طرح مشارکت داشته‌اند، استفاده شد.

ضمن این که در جمع‌آوری نظر پزشکان عمومی اصل محرمانه بودن اطلاعات مورد توجه محققین بود.

در پایان، تمامی اطلاعات به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) و با استفاده از شاخص‌های توصیفی و آزمون Chi-square و تست دقیق Fisher آنالیز گردید و $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری آزمون در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از مجموع ۱۳۰ نفر مورد مطالعه، ۸۲ نفر (۶۳/۱ درصد) مرد و محل فعالیت ۶۹ نفر (۵۳/۱ درصد) آنان در شهر بود.

بر اساس نظر شرکت‌کنندگان در مطالعه، اصول خدمات بهداشتی اولیه و حضور در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی با ۹۳ درصد و بهداشت سالمندان با ۲۲ درصد به ترتیب بیشترین و کمترین مباحث ارائه شده در دوره‌های پیش‌گفت را تشکیل می‌دادند (جدول ۱).

سن دانش‌آموختگی پزشکان عمومی مورد بررسی بین سال‌های ۱۳۶۴ تا ۱۳۸۹ با میانگین $5/7 \pm 10/4$ سال بود که در ۱۷ دانشکده پزشکی مختلف کشور آموزش دیده بودند. تعداد زیادی از ایشان (۴۸ نفر) دانش آموخته دانشکده پزشکی بابل و ۱۱۵ نفر (۸۸/۵ درصد) مازندرانی بودند.

الف- ارائه شدن مباحث در دوران کارآموزی و کارورزی

پزشکی اجتماعی

جدول ۱. ارائه، به کارگیری و ضرورت مباحث مختلف در دوره‌های کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی از دیدگاه دانش‌آموختگان پزشکی

ضرورت داشت	به کار گرفته شد	ارائه شد	مباحث
فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
۱۲۲ (۹۴)	۱۱۳ (۸۷)	۹۳ (۱۲۱)	اصول خدمات بهداشتی اولیه
۱۲۷ (۹۸)	۹۷ (۷۵)	۱۰۲ (۷۸)	نظام بهداشتی-درمانی کشور
۱۲۹ (۹۹)	۱۰۲ (۷۸)	۹۱ (۷۰)	بیماری‌های شایع و بومی
۱۲۰ (۹۲)	۵۶ (۴۳)	۷۵ (۵۸)	اصول و اهداف بهداشت حرفه‌ای
۱۲۴ (۹۵)	۸۴ (۶۵)	۸۲ (۶۳)	اصول بهداشت محیط
۱۲۶ (۹۷)	۱۰۸ (۸۳)	۱۰۹ (۸۴)	رشد جمعیت و تنظیم خانواده
۱۲۷ (۹۸)	۱۰۸ (۸۳)	۱۰۰ (۷۷)	تغذیه مادر و کودک و سوء تغذیه‌های رایج
۱۱۴ (۸۸)	۷۴ (۵۷)	۷۶ (۵۸)	اطلاعات بهداشتی (پرونده‌ها، فرم‌ها و دفاتر)
۱۲۴ (۹۵)	۱۰۵ (۸۱)	۱۰۶ (۸۲)	بهداشت خانواده و مراقبت از مادران
۱۲۹ (۹۹)	۱۱۳ (۸۷)	۱۱۲ (۸۶)	ارزیابی رشد و مراقبت کودک، منحنی‌های رشد
۱۲۸ (۹۸)	۱۱۶ (۸۹)	۱۲۰ (۹۲)	برنامه‌های ایمن‌سازی و واکسیناسیون
۱۲۰ (۹۲)	۷۵ (۵۸)	۶۱ (۴۷)	مفاهیم بهداشت روان
۱۱۸ (۹۱)	۵۰ (۳۸)	۲۸ (۲۲)	مفاهیم بهداشت سالمندان
۱۰۱ (۷۸)	۴۷ (۳۶)	۳۸ (۲۹)	بهداشت دهان و دندان
۱۰۲ (۷۸)	۵۲ (۴۰)	۴۴ (۳۴)	مضامین و دستورالعمل‌های بهداشت مدارس
۱۱۷ (۹۰)	۸۸ (۶۸)	۸۲ (۶۳)	ساختار و واحدهای مرکز بهداشت
۱۱۴ (۸۸)	۵۷ (۴۴)	۵۰ (۳۸)	مدیریت بیماری و حل مشکل بهداشتی-درمانی
۱۰۴ (۸۰)	۴۱ (۳۲)	۳۷ (۲۸)	شیوه‌های ارزیابی جامعه
۱۲۳ (۹۵)	۱۱۱ (۸۵)	۱۲۲ (۹۴)	حضور در مرکز بهداشتی-درمانی روستایی
۱۱۹ (۹۱)	۹۴ (۷۲)	۱۰۰ (۷۷)	حضور در مرکز بهداشتی-درمانی شهری
۸۴ (۹۴)	۳۷ (۲۸)	۴۷ (۳۶)	بازدید از آموزشگاه بهورزی
۱۰۷ (۸۲)	۶۰ (۴۶)	۶۴ (۴۹)	بازدید از مراکز صنعتی (محیط کار، اصول ایمنی)
۱۰۸ (۸۳)	۴۸ (۳۷)	۸۲ (۶۳)	انجام پروژه تحقیقاتی

ج- ضرورت ارایه مباحث

ضروری‌ترین مباحث جهت ارایه در دوره‌های کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی از دید پزشکان عمومی، آشنایی با بیماری‌های شایع و بومی، مفاهیم ارزیابی رشد و مراقبت کودک و منحنی‌های رشد و نیز ایمن‌سازی و واکسیناسیون، هر کدام با ۹۸ درصد بوده است.

همچنین مبحثی که از دید آن‌ها کمترین ضرورت را برای ارایه در دوره‌های پیش‌گفت داشته است، بازدید از آموزشگاه بهورزی (۶۴ درصد) بوده است (جدول ۱).

از دید ۸۲/۹ درصد (۳۵ نفر) از دانش‌آموختگان دانشگاه‌های تیپ یک و ۹۵/۲ درصد (۵۸ نفر) از دانش‌آموختگان دانشگاه‌های تیپ دو، ارایه مباحث مربوط به بهداشت سالمندان ضرورت داشت ($P = ۰/۰۵$). همچنین ۶۹/۸ درصد از دانش‌آموختگان قبل از سال ۱۳۸۰ و ۸۶/۹ درصد از دانش‌آموختگان بعد از سال ۱۳۸۰ بر ضرورت مبحث آشنایی با شیوه‌های ارزیابی جامعه تأکید داشتند ($P = ۰/۰۳$).

دیدگاه افراد شرکت‌کننده در مطالعه در خصوص مدت دوره‌های کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی، مدت زمان پیشنهادی برای اقامت در خانه بهداشت و مراکز بهداشتی-درمانی شهری و روستایی و همچنین نظر آن‌ها در مورد اقامت همراه با بیتوته در دوره کارورزی پزشکی اجتماعی در جداول ۲ و ۳ نشان داده شده است.

جدول ۲. تناسب مدت دوره کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی از

دیدگاه دانش‌آموختگان پزشکی

جنس	کافی	زیاد	کم
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
دوره کارآموزی			
آقایان	۳۸ (۴۶)	۶ (۸)	۳۸ (۴۶)
خانم‌ها	۲۳ (۵۵)	۲ (۵)	۱۷ (۴۰)
کل	۶۵ (۵۰)	۹ (۷)	۵۷ (۴۳)
دوره کارورزی			
آقایان	۵۴ (۶۶)	۸ (۱۰)	۲۰ (۲۴)
خانم‌ها	۳۰ (۷۲)	۶ (۱۴)	۶ (۱۴)
کل	۸۷ (۶۶)	۱۴ (۱۱)	۳۰ (۲۳)

تفاوت محتوای آموزشی دانش‌آموختگان قبل و بعد از سال ۱۳۸۰ در گذراندن مباحث اصول و اهداف بهداشت حرفه‌ای (۴۸/۶ درصد در برابر ۶۸/۲ درصد، $P = ۰/۰۳$) و نیز مبحث مدیریت بیماری و حل مشکل بهداشتی-درمانی (۲۴/۱ درصد در برابر ۵۰/۸ درصد، $P = ۰/۰۰۳$) ملموس بود و دانش‌آموختگان سال‌های اخیر، به مقدار بیشتری در مراکز بهداشتی-درمانی شهری حضور یافته (۶۷/۲ درصد در برابر ۸۶/۹ درصد، $P = ۰/۰۱$) و درگیر پروژه تحقیقاتی بودند (۵۱/۷ درصد در برابر ۸۰/۳ درصد، $P = ۰/۰۰۱$).

در میان دانش‌آموختگان دانشگاه‌های تیپ یک، حضور در مراکز بهداشتی-درمانی شهری در ۵۸/۵ درصد از افراد وجود داشت، که این عدد در میان دانش‌آموختگان دانشگاه‌های تیپ دو، ۸۵/۴ درصد بود ($P = ۰/۰۰۳$).

ب- به کارگیری مباحث پیش‌گفت پس از دانش‌آموختگی بیشترین مباحث به کار گرفته شده پس از دانش‌آموختگی، آشنایی با برنامه‌های ایمن‌سازی و واکسیناسیون و کمترین آن‌ها، بازدید از آموزشگاه بهورزی به ترتیب با ۸۹ و ۲۸ درصد بود (جدول ۱).

۷۴/۱ درصد از شاغلین مراکز بهداشتی روستایی، آموخته‌های مربوط به مباحث مرتبط با بهداشت روان را پس از دوران تحصیل خود به کار گرفته بودند؛ در حالی که این میزان در بین شاغلین مراکز شهری ۴۷/۱ درصد بود ($P = ۰/۰۰۳$).

در مورد بهداشت سالمندان، ۵۵/۶ درصد از شاغلین مراکز روستایی و تنها ۲۸/۶ درصد از شاغلین مراکز شهری اعتقاد به کاربرد مبحث فوق در دوران پس از تحصیل داشتند ($P = ۰/۰۰۳$).

همچنین ۴۸/۱ درصد از شاغلین مراکز روستایی و ۲۸/۶ درصد از شاغلین شهری، مباحث مربوط به بهداشت دهان و دندان را پس از دوران تحصیل به کار گرفته بودند ($P = ۰/۰۴$).

به کارگیری مباحث مربوط به بهداشت مدارس و مدیریت بیماری به ترتیب در ۵۳/۷ درصد و ۵۹/۳ درصد از شاغلین مراکز روستایی و ۳۰ درصد و ۳۲/۹ درصد از شاغلین مراکز شهری وجود داشت ($P = ۰/۰۰۱$ و $P = ۰/۰۰۴$).

ضرورت بیشتری برای ارائه این مبحث احساس شده است. بر اساس نتایج تحقیقات، با توجه به افزایش روزافزون جمعیت سالمندان در جامعه و افزایش نیازهای سلامتی - بهداشتی این گروه سنی با در نظر داشتن کاهش توانایی‌های آنان (۱۱)، ضرورت اختصاص زمان بیشتر در مورد بهداشت سالمندان در دوره‌های آموزشی کارآموزی و کارورزی بهداشت احساس می‌شود. البته بر کسی پوشیده نیست که متخصصین این حوزه علمی در کشور بسیار محدود و مطالب مورد آموزش در این خصوص طی دوره آموزش پزشکی عمومی بسیار ناچیز می‌باشد و لازم است متولیان آموزشی درصدد اصلاح وضعیت موجود باشند.

اصول و اهداف بهداشت حرفه‌ای، مدیریت بیماری و حل مشکل بهداشتی - درمانی، حضور در مرکز بهداشتی - درمانی شهری و انجام پروژه تحقیقاتی، از مباحثی بودند که دانش‌آموختگان پس از سال ۱۳۸۰ نسبت به گذشته، توجه بیشتر به این موضوعات را مورد تأکید قرار دادند. همچنان که نتایج مطالعه تیرگر در مورد ضرورت آموزش بهداشت حرفه‌ای در دانشکده‌های پزشکی، بازنگری در کیفیت و کمیت مطالب آموزش بهداشت حرفه‌ای به دانشجویان رشته پزشکی را با هدف تربیت آموزش‌گیرندگانی که قابلیت رفع نیازهای واقعی جامعه را داشته باشند، مفید ارزیابی می‌نماید (۱۲). همچنین بر اساس مطالعه صراف‌زادگان و همکاران در اصفهان توصیه شد که برنامه آموزشی مبتنی بر جامعه و برنامه‌های مشابه، از جانب مخاطبان به ویژه عاملین اجرایی به عنوان عاملی تعیین کننده در نحوه مدیریت و در نتیجه موفقیت برنامه مورد توجه قرار گیرد (۱۳).

اگر چه حضور در مراکز بهداشتی - درمانی شهری در میان دانش‌آموختگان دانشگاه‌های تیپ یک نسبت به دانش‌آموختگان دانشگاه‌های تیپ دو کمتر بود، اما نتایج نشان داد که این گروه از دانش‌آموختگان (دانشگاه‌های تیپ یک) ضرورت زیادی را برای حضور در مرکز بهداشتی - درمانی شهری ذکر نموده بودند (بیش از ۸۵ درصد)، از این رو لزوم توجه بیشتر به این

جدول ۳. مدت زمان پیشنهادی برای اقامت در خانه بهداشت، مرکز بهداشتی - درمانی شهری و مرکز بهداشتی - درمانی روستایی از دیدگاه دانش‌آموختگان پزشکی

کل	زن	مرد	زمان پیشنهادی
فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
حضور در خانه بهداشت (کارآموزی)			
۴۷ (۳۶)	۱۴ (۳۳)	۲۹ (۳۶)	یک هفته و کمتر
۵۹ (۴۵)	۲۰ (۴۸)	۳۵ (۴۳)	۲-۳ هفته
۲۵ (۱۹)	۸ (۱۹)	۱۷ (۲۱)	۴ هفته و بیشتر
حضور در مرکز بهداشتی - درمانی شهری (کارآموزی)			
۳۲ (۲۴)	۱۱ (۲۷)	۱۸ (۲۲)	یک هفته و کمتر
۷۴ (۵۷)	۲۴ (۵۷)	۴۸ (۵۸)	۲-۳ هفته
۲۵ (۱۹)	۷ (۱۶)	۱۷ (۲۰)	۴ هفته و بیشتر
اقامت در مرکز بهداشتی - درمانی روستایی (کارورزی)			
۳۷ (۲۸)	۱۱ (۲۶)	۲۶ (۳۲)	یک هفته و کمتر
۶۱ (۴۷)	۲۲ (۵۳)	۳۵ (۴۲)	۲-۳ هفته
۳۳ (۲۵)	۹ (۲۱)	۲۲ (۲۶)	۴ هفته و بیشتر

۲۲ درصد از دانش‌آموختگان با بیتوته در مرکز بهداشتی - درمانی روستایی در دوره کارورزی بهداشت موافق بودند که این میزان در آقایان و خانم‌ها به ترتیب ۲۵ و ۱۷ درصد بود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که عمده‌ترین مبحث ارائه شده در دوره‌های آموزشی کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی از دید دانش‌آموختگان پزشکی اصول خدمات بهداشتی اولیه و همچنین حضور در مرکز بهداشتی - درمانی روستایی بوده است. این در حالی است که آشنایی با مفاهیم بهداشت سالمندان بخش کمی از این دوره‌های آموزشی را شامل شده است. همچنین یافته‌ها حاکی از این بود که پزشکان عمومی شاغل در مراکز روستایی بیش از شاغلین مراکز شهری، پس از دوران تحصیل خود، با مشکلات مربوط به بهداشت سالمندان سروکار داشته‌اند و بر ضرورت آموزش تأکید داشتند. همچنان که در میان دانش‌آموختگان دانشگاه‌های تیپ دو

جامعه به دست می‌آورند. شرط اصلی برای کسب موفقیت در سیستم اطلاعات بهداشتی-درمانی، جمع‌آوری دقیق و منظم اطلاعات و ارسال به موقع آنها برای سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری اثربخش است. همان‌طور که در مطالعه آصف‌زاده و همکاران در شهر قزوین، نتایج نشان داد که به منظور تصمیم‌گیری اثربخش لازم است به موضوع غربالگری اطلاعات در سطوح پایین‌تر توجه بیشتری شود و شیوه تفسیر اطلاعات به مسئولین آمار و اطلاعات آموزش داده شود (۱۵). با توجه به این که از دید افراد شرکت‌کننده در این مطالعه، بازدید از آموزشگاه بهورزی کمترین ضرورت را برای ارایه در دوره‌های کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی داشته است، اهمیت بازنگری در این بخش بیش از پیش نمایان می‌شود.

دیدگاه پزشکان عمومی در مورد مدت دوره‌های کارآموزی و کارورزی بهداشت و مدت زمان پیشنهادی برای اقامت در خانه بهداشت، مراکز بهداشتی-درمانی شهری و روستایی و بیتوته در دوره کارورزی بهداشت، مؤید اختلاف قابل‌بحثی نسبت به آن چه که در حال حاضر در این دوره‌ها اجرا می‌شود نبود.

البته ذکر این نکته ضروری است که تنوع دانشگاه‌های محل تحصیل دانش‌آموختگان و تفاوت‌های جزئی در محتوای برنامه‌های آموزشی دوره کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی در کنار گذشت زمان، باعث خطای به یادآوری افراد از محتویات برنامه‌های آموزشی ارایه شده در دوره‌های مربوط در سنوات گذشته بود که این امر از محدودیت‌های این مطالعه محسوب می‌گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این مطالعه، ضرورت توجه به بعضی از مباحث جدید و کاربردی نظیر بهداشت روان، سالمندان، بهداشت در محیط کار، آشنایی با شیوه‌های ارزیابی جامعه به منظور پیدا کردن مشکل و حل آن با انجام تحقیق در دوره‌های آموزشی کارآموزی و کارورزی بهداشت بیش از پیش احساس

نیاز توسط مسئولین دانشگاه‌های مربوط و تغییر در برنامه آموزشی کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی احساس می‌شود.

آشنایی با برنامه واکسیناسیون و ایمن‌سازی، بیشترین مبحث به کار گرفته شده از سوی دانش‌آموختگان پس از دوران تحصیل به ویژه در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی بود که با توجه به روند رو به رشد اجرای برنامه‌های واکسیناسیون کشوری و افزایش سطح دانش عمومی قابل انتظار بود.

بهداشت روان از جمله مباحثی بود که پزشکان عمومی شاغل در مراکز روستایی نسبت به شاغلین شهری درگیری بیشتری با آن داشتند که این مطلب در گزارش مطالعه طبری و همکاران مشهود است؛ به نحوی که پزشکان شاغل در مراکز روستایی به عنوان پرسنل کلیدی این مراکز در برنامه‌های بهداشت روان نظارت ضعیفی داشتند و هیچ‌گونه نظارتی بر فعالیت پزشکان مراکز روستایی از سوی متخصصین و دست‌اندرکاران بهداشت روان (روانپزشک) انجام نشده بود (۱۴)، که بیانگر ضرورت توجه بیشتر در این زمینه است.

همچنین پزشکان شاغل در مراکز روستایی، بر ضرورت ارایه مباحث بهداشت دهان و دندان، بهداشت مدارس و مدیریت بیماری و حل مشکل بهداشتی-درمانی نسبت به شاغلین مراکز شهری تأکید بیشتری داشتند که این امر می‌تواند ناشی از تماس این گروه از پزشکان به عنوان اولین سطح ارایه خدمات بهداشتی-درمانی با تعداد بیشتری از افراد جامعه در جوامع روستایی در مقایسه با جمعیت شهری باشد.

دانش‌آموختگان سال‌های اخیر، مباحث مربوط به شیوه‌های ارزیابی جامعه را پس از دوران تحصیل خود بیشتر به کار برده بودند و از دید این گروه نسبت به دانش‌آموختگان قدیمی‌تر، ارایه مبحث فوق در دوره‌های کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی ضرورت بیشتری داشته است. ارزیابی جامعه فرایندی است که طی آن پژوهشگران و اعضای جامعه با جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و تعیین نقاط قوت، منابع و نیازهای جامعه، درکی درست از سلامت، دلواپسی‌ها و نظام مراقبت سلامت

سیاسگزاری

بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری (شماره طرح ۸۱۳۵۲۴۶) و مرکز EDC دانشگاه علوم پزشکی بابل به دلیل حمایت از تحقیق و نیز همکاران محترم معاونت بهداشتی به ویژه آقای قنبری و پزشکان محترم شرکت کننده در این نظرسنجی قدردانی می‌گردد.

می‌شود و در این راستا، پیشنهاد می‌گردد دفاتر و مراکز توسعه آموزش پزشکی دانشگاه‌ها با مشارکت فعال گروه‌های درگیر (گروه پزشکی اجتماعی و بهداشت) بازنگری مناسب در محتوا و کیفیت برنامه‌های آموزش پزشکی بهداشت را در دستور کار خود قرار دهند. همچنین برگزاری مداوم آموزش‌های ضروری و کاربردی تحت عنوان برنامه‌های بازآموزی جهت یادآوری و ارایه مطالب جدید در این خصوص، می‌تواند راهگشای دانش‌آموختگان در طی دوران خدمتشان باشد.

References:

1. Brock KA, Doucette WR. Collaborative working relationships between pharmacists and physicians: an exploratory study. *J Am Pharm Assoc* 2004; 44(3):358-65.
2. Soheili S. Health for all by the year 2000 and Primary health care in Public Health textbook, 3rd edition, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, 2008: 78-82. [in Persian]
3. clerkship and internship curriculum in medical education, 5th high council of medical education planning, published February 1999. [In Persian]
4. Garcia-Barbero M. Medical education in the light of the world Health Organization health for all strategy and the European Union. *Med Educ* 1995; 29(1):3-12.
5. Asadollahi GA. Perspective of evaluation of medical education, Conference abstracts of 1st seminar of Medical education quality, Isfahan University of Medical Sciences, 1992: 5. [In Persian]
6. Walton HJ. The Edinburgh Declaration: ten years afterwards. *Basic Science Educator* 1999; 9: 3-7.
7. Akbari M. Community Oriented Medicine Education, National report of Community Oriented Medical education workshop, Isfahan University of Medical Sciences, 1989. [In Persian]
8. Marandi A, Azizi F, Larijani B, Jamshidi HR. Health in Islamic Republic of Iran. Tehran: UNICEF publication; 1998: 843-6. [In Persian]
9. Cooper HC, Gibbs TJ, Brown L. Community oriented medical education: extending the boundaries. *Medical Teacher* 2001; 23(3): 295-9.
10. Ghazanfari Z, Forozy M and Khosravi F. The Opinions of Graduated students of Medicine on the amount of compatibility existing between the program of clinical education and their occupation needs in Kerman. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2010, 12(1): 52-9. [in Persian]
11. Adib Haj Bagheri M. Geriatric Disability and its Related Factors in elder people of Kashan city (2007). *Iranian Journal of Ageing*, 2009; 3(8): 547-55. [In Persian]
12. Tirgar A. The necessity of occupational health training in community oriented medical education. *Teb va Tazkieh* 2000; 9(3): 18-21. [In Persian]
13. Sarrafzadegan N, Alavi M, Rabiei K, et al. Management of an interventional community-based program based on information resulted from process evaluation: Isfahan healthy heart program. *Health Information Management* 2010; 7(3): 24-34. [In Persian]
14. Tairi F, Asgharnejad Farid A, Bolhari J, Ghazizade A. Evaluation of mental health program integration into the primary health care system of Sanandaj district. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2007; 12 (4): 403-9. [In Persian]
15. Asefzadeh S, Rezapour A, Shabani G, et al. Assessing the information management from the health houses to the health centers of Qazvin Province (2008). *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences* 2011; 14 (4):57-63. [In Persian]