

بررسی نگرش دانشجویان پزشکی به ارائه خدمات سلامت بیمار محور

در دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال تحصیلی ۱۴۰۲ تا ۱۴۰۳

امیرمهدی طارمیها^۱، سعیده سعیدی طهرانی^۲، سودابه هویدامنش^۳، مهشاد نوروزی^۴

۱. پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲. استادیار اخلاق پزشکی، گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳. استادیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات سوختگی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران؛ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

چکیده

امروزه، ارائه خدمات بیمارمحور که نیازها و ارزش‌ها و ترجیحات بیمار را در قانون توجه قرار دهد، رکن اساسی در ارائه خدمات سلامت محسوب می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی نگرش دانشجویان به ارائه خدمات بیمارمحور در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد. این مطالعه مقطعی، در تمامی مقاطع تحصیلی پزشکی عمومی در دانشگاه علوم پزشکی ایران با استفاده از مقیاس جهت‌گیری بیمار-پزشک (PPOS) انجام گرفت. پرسش‌نامه به‌صورت آنلاین توزیع و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شد. از ۳۸۹ شرکت‌کننده، ۴۸/۶ درصد مرد و ۵۱/۴ درصد، زن بودند و میانگین سنی آنان $24/02 \pm 2/435$ سال بود. از میان شرکت‌کنندگان، ۴۱/۰۹ درصد آنان در مقطع کارآموزی و ۴۰/۹ درصد از آن‌ها، در مقطع کارورزی در حال تحصیل بودند. در ۱۴/۷ درصد از شرکت‌کنندگان، یکی از والدین پزشک بود. قلب و عروق، جراحی و چشم‌پزشکی، به‌ترتیب بیشترین رشته‌های تخصصی محبوب بودند. میانگین نمرات به‌دست‌آمده در بخش نمره کلی، نمره اشتراک و نمره مراقبت، به‌ترتیب $3/61 \pm 0/50$ ، $3/39 \pm 0/4$ و $3/83 \pm 0/56$ و در محدوده پزشکی‌محور قرار داشت. میانگین نمره سه حوزه با جنسیت شرکت‌کنندگان ارتباط معنادار داشت ($P\text{-value} < 0.001$) و شرکت‌کنندگان مؤنث نگرشی بیمارمحورتر در هر سه حوزه داشتند. مقاطع تحصیلی، تنها، با میانگین نمره اشتراک ارتباط معنی‌دار داشتند. نتایج این مطالعه نشان داد، اکثر دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، عمدتاً رویکرد پزشک‌محور در ارتباط با بیمار دارند؛ بنابراین نیاز است تا برنامه‌های آموزشی در خصوص ارتقاء نگرش بیمارمحور و توسعه مشارکت بیمار در فرایند تشخیصی و درمانی، برای دانشجویان پزشکی گسترش یابد.

واژگان کلیدی: رابطه پزشک و بیمار، رویکرد بیمارمحور، رویکرد پزشک‌محور، مقیاس جهت‌گیری بیمار-پزشک.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۰۶

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۲/۰۸

* نویسنده طرف مکاتبه:

مهشاد نوروزی

آدرس: تهران، بزرگراه همت جنب برج میلاد،

دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پزشکی

کد پستی: ۱۴۴۹۶۱۴۵۳۵

تلفن: ۰۲۱ - ۸۶۷۰۳۳۴۶

Email: mahshad.noroozi@gmail.com

مقدمه

امروزه، ارائه‌ی خدمات بیمار-محور که نیازها و ارزش‌ها و اعتقادات و ترجیحات بیمار را مورد توجه قرار دهد، رکن اساسی در ارائه‌ی خدمات سلامت محسوب می‌شود (۱). رابطه پزشک و بیمار، محصول نگرش‌ها و انتظاراتی است که هر دو طرف این رابطه از یکدیگر دارند. در حال حاضر دو رویکرد اساسی در این رابطه وجود دارد که شامل رویکرد بیمار-محور و رویکرد پزشک-محور است (۲). سازمان جهانی سلامت^۱، مراقبت بیمار-محور را این گونه تعریف می‌کند: «جهت‌گیری ارائه خدمات سلامت به سمت نیازها و انتظارات سلامت افراد به جای مدیریت صرف بیماری» (۳).

بیمارمحوری مفهومی چند بُعدی است که ریشه در ارزش‌های اخلاقی داشته و تحت تأثیر عوامل تاریخی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی قرار دارد. تاریخ پزشکی نشان می‌دهد که در گذشته، مدل پزشک‌محور حاکم بوده است، جایی که پزشک تصمیم‌گیرنده مطلق بود. در شکل سنتی رابطه‌ی پزشک-محور، تمرکز اصلی آن بر علائم فیزیکی بیماری است و بیمار تنها مجموعه‌ای از علائم و اعضای فیزیکی آسیب‌دیده فرض می‌شود، بنابراین وظیفه‌ی بیمار تنها همکاری با پزشک است. از نیمه دوم قرن بیستم، با ظهور اخلاق زیستی و جنبش‌های حقوق بشر، تغییراتی اساسی در رابطه پزشک و بیمار ایجاد شد. انقلاب‌های اجتماعی مانند جنبش‌های مدنی و ظهور منشور حقوق بیمار، گامی مهم در جهت تقویت بیمارمحوری بود. اولین بار، روانشناس آمریکایی کارل راجرز^۲ از این اصطلاح برای توصیف

پیام‌های کلیدی

- امروزه، آموزش «مراقبت» بیمار-محور به‌عنوان رویکرد اصلی در آموزش بالینی پزشکی توصیه می‌شود.
- نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در حال حاضر، دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران عمدتاً به سمت رویکرد پزشک-محور گرایش دارند، با این حال دانشجویان در بخش «مراقبت» نسبت به «مشارکت» بیمار-محورتر هستند.
- بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حال حاضر، پیشنهاد می‌شود که با توجه به تأثیر کوریکولوم پنهان و نقش الگوهای حرفه‌ای در آموزش دانشجویان، کارگاه‌های آموزشی برای توانمند سازی اعضای هیأت علمی بالینی برگزار شود.

رابطه مبتنی بر اعتماد بین درمانگر و بیمار استفاده کرد و این ایده در دهه ۱۹۷۰ میلادی توسط روانپزشک آمریکایی جورج انگل^۳، به‌عنوان جایگزینی برای مدل سنتی و پدران‌های پزشکی ایجاد شد (۴).

امروزه، این شکل از رابطه، به‌دلیل قدرت بیش‌تر پزشک در آن، مقبولیت چندانی ندارد. در عوض، نگاه کل‌نگرانه به بیمار در قالب مجموعه‌ای از عقاید، ارزش‌ها و نظرات است که بیمار را

3. George Engel

1. WHO: World Health Organization

2. Carl Rogers

استرس و خستگی شغلی ایشان را کاهش دهد. رضایت شغلی با بهبود عملکرد و تعامل بین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت همراه خواهد بود که حس همکاری درون تیمی را تقویت می‌کند (۱).

امروزه، آموزش مراقبت بیمار-محور به‌عنوان رویکرد اصلی در آموزش بالینی پزشکی توصیه می‌شود و ضروری است که دانشکده‌های پزشکی نگرش مثبت دانشجویان پزشکی را نسبت به بیمار-محوری تقویت کنند و در برنامه آموزشی سال‌های اولیه‌ی آموزش پزشکی گنجانده شود (۲). اگرچه، دانشجویان پزشکی تا زمانی که در دوره‌های بالینی وارد نشوند و فرصت تعامل بالینی با بیماران را به‌دست نیاورند، امکان برگزیدن سبک ارتباطی با بیماران را نخواهند داشت، اما انتظار می‌رود که مبنای نگرش آن‌ها در سال‌های اولیه‌ی آموزش پزشکی شکل بگیرد (۵). علی‌رغم تأکید روزافزون بر نیاز به گسترش نگرش بیمار-محور در ارائه‌ی خدمات سلامت، آموزش پزشکی می‌تواند نگرش دانشجویان را در طی مدت تحصیل نسبت به ارائه‌ی خدمات بیمار-محور کاهش دهد. برنامه‌ی درسی پنهان یکی از عوامل تأثیرگذار بر نحوه‌ی نگرش دانشجویان است که به‌واسطه‌ی آن ارزش‌هایی مانند رقابت بر همکاری و فعالیت تیمی غلبه می‌یابد. موانعی نظیر فشار زمان، خستگی، و رفتار سنتی و پدرسالارانه‌ی اساتید و دانشجویان مافوق نیز می‌توانند در این فرآیند تأثیرگذار باشند (۷،۸).

با وجود برخی تغییرات به سمت رویکردهای بیمار-محور، مطالعات نشان داده‌اند که دانشجویان پزشکی به دلیل تأثیرات فرهنگ غالب در محیط‌های آموزشی، به‌طور ذاتی، به سمت رویکردهای پزشک-محور گرایش دارند (۷،۸). هم‌چنین نتایج

صرفاً یک بیماری نمی‌بیند. احترام به ارزش‌ها، باورها و ترجیحات درمانی بیمار که نشأت گرفته از سیستم غالب در زندگی و بستر فرهنگی وی است، جزء مهم شکل‌دهنده‌ی رابطه‌ی پزشک و بیمار است (۱،۲). به نظر می‌رسد که مفهوم مراقبت بیمار-محور از اخلاق فضیلت^۱ نشأت می‌گیرد و بررسی تمام بخش‌های زندگی بیمار و نگاه کل‌نگر فراتر از نگاه صرف زیست‌پزشکی، به پزشک اجازه می‌دهد تا با درک ارزش‌ها و معنای زندگی بیمار، درمان را شخصی‌سازی کند (۴). عنصر کلیدی در این رویکرد توجه پزشک به بیمار و درک وی از بیماری، به‌جای تمرکز صرف بر جنبه‌های زیست-پزشکی آن است و به آگاهی وی نسبت به سبک زندگی و عوامل اجتماعی روانی مؤثر بر زندگی بیماران نیاز دارد (۵).

چگونگی تعریف مفهوم خدمات بیمار-محور و نحوه‌ی به‌کارگیری آن در فعالیت روزمره پزشکان و تیم‌های درمانی هم‌چنان با چالش‌های عمده‌ای همراه است (۲) و برخی از متخصصان حوزه‌ی سلامت نگرش مثبتی نسبت به ارائه‌ی مراقبت‌های بیمار-محور ندارند (۶). شواهد نشان می‌دهد که مراقبت بیمار-محور با پیامدهای روانی و اجتماعی مطلوب همراه است (۲) و پزشکانی که بیماران خود را برای مشارکت در تصمیمات درمانی تشویق می‌کنند، در ارزیابی‌ها از سوی بیماران رتبه‌ی بالاتری به‌دست آورده و منجر به افزایش رضایت‌مندی بیماران می‌شود (۵). افزایش رضایت بیمار علاوه بر ارتقای کیفیت زندگی، کاهش اضطراب مرتبط با وضعیت سلامت یا دسترسی به خدمات سلامت، در مواردی میزان شکایت از پزشک را نیز کاهش می‌دهد (۱،۳،۵). این نوع ارتباط مثبت می‌تواند علاوه بر افزایش کارایی و رضایت شغلی تیم درمانی،

1. Virtue ethics

Website: <http://ijme.tums.ac.ir>

حاکمی از آن است که با شروع دوره بالینی آموزش پزشکی، نگرش دانشجویان نسبت به بیمار-محوری به شکل معناداری کاهش می‌یابد (۹). یکی از دلایل تغییر این است که دانشجویان هنوز در حال توسعه‌ی اعتماد به نفس خود به عنوان پزشک هستند، اشتراک گذاری قدرت خود با بیماران را دشوار می‌بینند؛ و احساس می‌کنند که در صورت تن دادن به خواسته‌های بیماران و بروز نتایج نامطلوب، ممکن است با مسائل حقوقی و شکایات مواجه شوند. این امر منجر به تمایل بیش‌تر دانشجویان تمایل بیش‌تری دانشجویان به کنترل و حفظ قدرت در رابطه با بیمار شده و مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های پزشکی را کاهش می‌دهد. همچنین، عدم اطمینان و ترس از عواقب قانونی می‌تواند منجر به فاصله گرفتن از رویکردهای بیمار-محور شود (۱۰). در دو دهه اخیر، اساتید پزشکی اهمیت آموزش مراقبت بیمار-محور را دریافته‌اند و این امر به وضوح در برنامه‌های درسی اخلاق پزشکی در قالب آموزش رابطه پزشک و بیمار گنجانده شده است. (۱۱) بنابراین لازم است که ما با بررسی نگرش دانشجویان نسبت به رابطه پزشک-بیمار و ارائه خدمات بیمار-محور، نتایج این آموزش‌ها و در عین حال نیاز احتمالی جهت تغییر و بهبود برنامه آموزشی را ارزیابی کنیم. لذا این مطالعه با هدف بررسی نگرش دانشجویان پزشکی نسبت به ارائه خدمات سلامت بیمار-محور در دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد.

روش کار

مطالعه به صورت مقطعی در دانشجویان پزشکی عمومی در حال تحصیل در سال ۱۴۰۲ در دانشگاه علوم پزشکی ایران اجرا شد. در این مطالعه از مقیاس جهت‌گیری بیمار-پزشک^۱

استفاده شد. این مقیاس، ابزاری است که توسط کروپات و همکارانش در سال ۱۹۹۹ میلادی برای اندازه‌گیری نگرش پزشکان، دانشجویان پزشکی و بیماران نسبت به ارائه خدمات بیمار-محور تدوین شد. این ابزار شامل ۱۸ گویه است که در دو بخش مراقبت^۲ (۹ گویه) و اشتراک^۳ (۹ گویه) تدوین شده است. سؤالات بخش مراقبت بر این مسأله تأکید دارد که پزشک تا چه اندازه نسبت به احساسات، انتظارات و شرایط زندگی بیمار ارزش قائل است و آن را جزء مهمی از فرآیند رابطه پزشک بیمار در ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به حساب می‌آورد. سؤالات بخش اشتراک نشان‌دهنده آن است که پزشک تا چه اندازه تسهیم قدرت، کنترل و اطلاعات با بیمار معتقد است و بیمار را در فرآیند تصمیم‌سازی درمانی مربوط به خودش مشارکت می‌دهد و آن را جزء مهمی در رابطه‌ی پزشک و بیمار در نظر می‌گیرد. به طور کلی سؤالات پرسشنامه با تأکید بر مفهوم پزشک-محوری (به استثنای ۳ سؤال) طراحی شده است، بنابراین هرچه میزان مخالفت با گویه‌های پرسشنامه از سوی پاسخ دهنده بیش‌تر باشد، نگرش وی تمایل بیش‌تری به سمت بیمار-محوری دارد. نمره‌دهی سؤالات با مقیاس ۶ امتیازی کاملاً مخالف تا کاملاً موافق تنظیم شده است (کاملاً مخالفم نمره ۶ و کاملاً موافقم نمره ۱). کروپات^۴ و همکاران (۱۱) میانگین نمرات به دست آمده را به سه گروه شامل بالا (بیمار-محور، با میانگین نمره ۵.۰۰ یا بیش‌تر)، متوسط (بیش‌تر از ۴.۵۷ اما کم‌تر از ۵.۰۰) و پایین (پزشک-محور، میانگین ۴.۵۷ یا کم‌تر) تقسیم‌بندی کرده‌اند. پرسشنامه توسط میرزا زاده و همکاران در مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۷، به زبان فارسی روا و پایا شده است (۱۲).

3. Sharing
4. Krupat

1. PPOS: Patient-Practitioner Orientation Scale
2. Caring

نتایج

در این مطالعه ۳۸۹ دانشجوی پزشکی عمومی در حال تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی ایران شرکت کردند که ۴۸/۶ درصد شرکت کنندگان مرد و ۵۱/۴ درصد از شرکت کنندگان زن بودند. میانگین سنی آن‌ها $24/02 \pm 2/435$ سال بود. ۴۱/۰۹ درصد از شرکت کنندگان در مقطع کارآموزی و ۴۰/۹ درصد از آن‌ها در مقطع کارورزی در حال تحصیل بودند. در ۱۴/۷٪ از شرکت کنندگان یکی از والدین پزشک و ۴/۱ درصد شرکت کنندگان نیز هر دو والد پزشک بودند (جدول شماره ۱).

روش نمونه‌گیری، از نوع در دسترس بود و با توجه به جدول مورگان تعداد نمونه ۳۸۴ نفر محاسبه شد. پس از کسب اجازه از توسعه‌دهندگان نسخه فارسی پرسشنامه مورد نظر، پرسشنامه به صورت الکترونیک در پرس لاین تهیه شد. لینک پرسشنامه از طریق گروه‌های دانشجویی در فضای مجازی در اختیار دانشجویان پزشکی در مقاطع مختلف تحصیلی در سال ۱۴۰۲ قرار گرفت. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای مقایسه داده‌های کمی از آزمون تی مستقل^۱ و آنالیز واریانس^۲ و رگرسیون چند متغیره استفاده شد و سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول شماره ۱ - اطلاعات دموگرافیک

ویژگی	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۵۱/۴
	مرد	۴۸/۶
والدین پزشک	پدر و مادر	۴/۱
	پدر یا مادر	۱۴/۷
	والدینم پزشک نیستند	۸۱/۲
مقطع تحصیلی	کارآموزی	۴۱/۹
	کارورزی	۴۰/۹
	فیزیوپاتولوژی	۱۵/۲
	علوم پایه	۲/۱
ملیت	ایرانی	۹۸/۷
	غیر ایرانی	۱/۳
رشته مورد علاقه برای ادامه تحصیل	تخصص‌های غیر جراحی	۵۳/۲
	تخصص‌های جراحی	۳۹/۸
	ادامه نمی‌دهم	۲/۱
	تصمیم نگرفته‌ام	۴/۹

قلب و عروق، جراحی و چشم پزشکی به ترتیب با ۱۲/۹، ۱۰/۵ و ۱۲/۳ درصد بیش‌ترین رشته‌های مورد علاقه بودند.

2. ANOVA

1. Independent sample t-test

Website: <http://ijme.tums.ac.ir>

هستند. نمرات به دست آمده در این مطالعه (نمره کلی، نمره مراقبت و نمره اشتراک) براساس تقسیم‌بندی کرویات و همکاران به سه دسته کلی طبقه بندی شد. براساس تقسیم بندی مذکور، بیش‌ترین نگرش دانشجویان پزشکی در هر سه حوزه مورد نظر در گروه پزشک-محور قرار داشت (جدول شماره ۲).

میانگین نمره کلی نگرش نسبت به ارائه خدمت سلامت بیمار-محور $3/61 \pm 0/50$ ، نگرش بخش مراقبت $3/83 \pm 0/56$ و نگرش بخش اشتراک $3/39 \pm 0/4$ به دست آمد. با توجه به تقسیم بندی کرویات که در جدول شماره ۲ ارائه شده است (۱۳)، نگرش دانشجویان پزشکی علوم پزشکی ایران در هر سه بخش در محدوده‌ی پزشک-محور قرار دارد. با این حال، دانشجویان در بخش مراقبت نسبت به اشتراک بیمار-محورتر

جدول شماره ۲ - دسته‌بندی کلی نمرات در هر سه حوزه

نمره کلی نگرش (n) %	نمره Caring (n) %	نمره Sharing (n) %		
-	۱٪ (۴)	۳٪ (۱)	≥ 5	بالا (نگرش بیمار-محور)
۲/۳٪ (۹)	۶/۹٪ (۲۷)	۱/۸٪ (۷)	4.57 - 4.99	متوسط
۹۷/۷٪ (۳۸۰)	۹۲٪ (۳۵۸)	۹۷/۹٪ (۳۸۱)	4.57 >	پایین (نگرش پزشک-محور)

فیزیوپاتولوژی، علوم پایه) تنها ارتباط معنی‌داری با میانگین نمره اشتراک داشت. بر این اساس، دانشجویان در حال تحصیل در مقطع علوم پایه نگرش بیمار-محورتری در بخش اشتراک نسبت به دانشجویان سایر مقاطع دارند که با ورود به مرحله بالینی با کاهش مواجه می‌شود.

براساس جدول شماره ۳، میان میانگین نمره کلی نگرش، نگرش بخش مراقبت و نگرش بخش اشتراک نسبت به ارائه خدمت سلامت بیمار-محور با جنسیت شرکت کنندگان ارتباط معنادار وجود دارد. براین اساس، شرکت کنندگان مؤنث نگرش بیمار-محورتری نسبت به شرکت کنندگان مذکر در هر سه حوزه داشتند. با این حال، مقاطع تحصیلی (کارآموزی، کارورزی،

جدول شماره ۳- میانگین نمره کلی نگرش به تفکیک متغیرهای دموگرافیک

نمره کلی نگرش			نمره Caring			نمره Sharing			متغیر دموگرافیک
P-value	Mean±Std. Dev	Min-Max	P-value	Mean±Std. Dev	Min-Max	P-value	Mean±Std. Dev	Min-Max	
<0/001*	3/71 ± 0/441	2/50-4/78	<0/001*	3/92 ± 0/494	2/67-5/22	<0/001*	3/50 ± 0/576	1/44-4/78	زن
	3/50 ± 0/541	1/78-4/83		3/73 ± 0/599	1/67-5/00		3/27 ± 0/679	1/89-5/56	مرد
0/660**	3/54 ± 0/523	2/64-4/50	0/340**	3/30 ± 0/617	2/22-4/67	0/845**	3/79 ± 0/702	2/64-4/78	پدر و مادر
	3/57 ± 0/560	2/11-4/78		3/73 ± 0/650	1/78-5/22		3/40 ± 0/655	2/00-4/67	پدر یا مادر
	3/61 ± 0/503	1/78-4/83		3/83 ± 0/555	1/67-5/22		3/39 ± 0/638	1/44-5/56	پزشک نیستند
0/058**	3/62 ± 0/485	2/11-4/83	0/411**	3/83 ± 0/532	2/11-5/22	0/040**	3/41 ± 0/641	1/89-5/56	کارآموزی

نمره کلی نگرش			نمره Caring			نمره Sharing			متغیر دموگرافیک
P-value	Mean±Std. Dev	Min-Max	P-value	Mean±Std. Dev	Min-Max	P-value	Mean±Std. Dev	Min-Max	
	۳/۶۴ ± ۰/۵۱۹	۱/۷۸-۴/۷۸		۳/۸۴ ± ۰/۵۶۶	۱/۶۷-۵/۰۰		۳/۴۳ ± ۰/۶۵۲	۱/۴۴-۴/۸۹	کارورزی
	۳/۴۶ ± ۰/۴۹۴	۲/۱۱-۴/۶۱		۳/۷۴ ± ۰/۵۸۸	۱/۷۸-۴/۸۹		۳/۱۹ ± ۰/۵۵۶	۱/۸۹-۴/۶۷	فیزیوتراپی
	۳/۸۶ ± ۰/۴۷۰	۳/۱۷-۴/۶۱		۴/۰۵ ± ۰/۵۶۳	۳/۴۴-۴/۸۹		۳/۶۶ ± ۰/۶۵۰	۲/۸۹-۴/۵۶	علوم پایه
	۳/۶۱ ± ۰/۴۷۴	۲/۲۸-۴/۸۳		۳/۸۸ ± ۰/۵۲۵	۲/۳۳-۵/۲۲		۳/۴۵ ± ۰/۶۱۷	۲/۰۰-۵/۵۶	تخصص‌های غیر جراحی
	۳/۵۵ ± ۰/۵۴۵	۱/۷۸-۴/۷۸		۳/۷۳ ± ۰/۶۰۴	۱/۶۷-۵/۰۰		۳/۳۲ ± ۰/۶۵۱	۱/۴۴-۴/۶۷	تخصص‌های جراحی
۰/۰۵۸**	۳/۷۷ ± ۰/۳۳۴	۳/۳۹-۴/۲۸	۰/۰۳۶**	۴/۰۲ ± ۰/۴۹۶	۳/۲۲-۴/۷۸	۰/۱۹۲**	۳/۵۲ ± ۰/۵۸۷	۲/۵۶-۴/۴۴	ادامه نمی‌دهم
	۳/۶۰ ± ۰/۴۳۹	۳/۰۰-۴/۵۰		۳/۹۵ ± ۰/۳۶۳	۳/۲۲-۴/۷۸		۳/۲۵ ± ۰/۷۴۴	۱/۸۹-۴/۸۹	تصمیم نگرفته‌ام

* Independent Samples Test

**ANOVA test

متغیرهای جنسیت، سن، پزشک بودن والدین، مقطع تحصیلی، ملیت، رشته مورد علاقه برای ادامه تحصیل بر روی نگرش دانشجویان پزشکی عمومی نسبت به ارائه خدمات به بیماران از مدل‌سازی رگرسیون^۲ استفاده شد که نشان داد تنها جنس بر نگرش دانشجویان پزشکی عمومی نسبت به ارائه خدمات بیمار-محور تأثیرگذار است ($p\text{-value} < 0.001$).

جدول شماره ۴، میانگین نمره به دست آمده در هر گویه پرسشنامه را به تفکیک نشان می‌دهد. در بخش اشتراک بیش‌ترین میانگین در سؤال شماره ۴ ($4/61 \pm 1/221$) به دست آمد و کم‌ترین میانگین متعلق به سؤال شماره ۸ ($2/65 \pm 1/412$) بود. در بخش مراقبت بیش‌ترین میانگین سؤال شماره ۶ ($4/85 \pm 1/171$) به دست آمد و کم‌ترین میانگین متعلق به سؤال شماره ۱۴ ($1/79 \pm 1/158$) بود. نتایج این جدول نشان می‌دهد که دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم

بین نگرش کلی، نگرش بخش مراقبت و نگرش بخش اشتراک نسبت به ارائه خدمات سلامت بیمار-محور با دارا بودن والدین پزشک ارتباطی وجود ندارد. در خصوص رشته تحصیلی مورد علاقه دانشجویان برای ادامه تحصیل (تخصص‌های جراحی، تخصص‌های غیر جراحی، عدم ادامه تحصیل در مقاطع بالاتر، عدم تصمیم‌گیری در زمان اجرای مطالعه)، ارتباط معنی‌دار تنها میان میانگین نمره‌های مراقبت به دست آمده، دیده شد. بر این اساس، شرکت‌کنندگانی که اظهار کردند که در مقاطع بالاتر ادامه تحصیل نخواهند داد، نگرش بیمار-محورتری نسبت به ارائه خدمات سلامت در بخش اشتراک داشته‌اند. هم‌چنین در بررسی با آزمون همبستگی پیرسون^۱، نمره کلی نگرش، نگرش بخش مراقبت و نگرش بخش اشتراک با سن شرکت‌کنندگان ارتباط معنی‌داری ندارد ($p\text{-value} > 0.05$).

در آنالیز چند متغیره جهت بررسی تأثیر هر یک از

2. Logistic Multivariate Regression

1. Pearson Correlation

Website: <http://ijme.tums.ac.ir>

پزشکی ایران در بسیاری از موارد تمایل به رویکرد پزشک-محور دارند. با این حال، در برخی حوزه‌ها، مانند اهمیت ارائه اطلاعات کامل به بیماران، احترام به فرهنگ و پیشینه بیماران، و مهارت‌های ارتباطی، نگرش‌های بیمار-محورتر نیز مشاهده می‌شود. با این وجود، نگرش غالب به سمت پزشک-محوری است.

جدول شماره ۴ - نمرات گزینه‌های پرسشنامه مقیاس جهت‌گیری بیمار - پزشک به تفکیک هر گزینه

انحراف معیار	میانگین	سؤالات (Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS	
۱/۲۱۷	۲/۹۹	این پزشک است که باید تصمیم بگیرد هنگام ویزیت در مورد چه چیزهایی صحبت شود.	اشتراک
۱/۲۲۱	۴/۶۱	معمولاً بهتر است بیماران توضیح کاملی درباره وضعیت طبی خود دریافت نکنند.	
۱/۴۱۲	۴/۳۲	بیماران باید به دانش پزشکان خود اعتماد کنند و سعی نکنند خودشان درباره وضعیت خود چیزی بفهمند.	
۱/۲۶۹	۲/۶۵	بسیاری از بیماران حتی زمانی که چیز جدیدی دستگیرشان نمی‌شود، مدام سوال می‌کنند.	
۱/۴۵۷	۳/۰۰	با بیماران باید به گونه‌ای رفتار شود که گویی آن‌ها همتای پزشک خود هستند و از همان قدرت و موقعیت برخوردارند*.	
۱/۲۹۰	۲/۸۲	معمولاً بیماران بیش از آن که به اطلاعات نیاز داشته باشند، نیازمند قوت قلب (اطمینان دهی) هستند.	
۱/۴۶۳	۳/۱۸	وقتی که بیماران حرف پزشک معالج خود را قبول نمی‌کنند، نشانه آنست که طبیب از احترام و اعتماد بیماران خود برخوردار نیست.	
۱/۴۴۰	۳/۸۶	بیمار همیشه باید بداند که تصمیم گیرنده پزشک است.	
۱/۴۸۷	۳/۱۴	وقتی بیماران خودشان به دنبال کسب اطلاعات پزشکی هستند، بیش‌تر گیج می‌شوند تا این که کمکی به آن‌ها شود.	
۱/۵۳۳	۳/۵۵	هر چند این روزها جنبه‌های انسانی در مراقبت‌های پزشکی کمرنگ شده است، ولی این امر بهای اندکی است که در ازای پیشرفت‌های پزشکی پرداخته‌ایم.	تفاوت
۱/۴۴۷	۳/۰۶	مهم‌ترین بخش یک ویزیت طبی استاندارد، معاینه فیزیکی است.	
۱/۱۷۱	۴/۸۵	وقتی پزشکان سوالات متعددی در مورد سوابق بیمار خود مطرح می‌کنند، بیش از حد وارد مسائل شخصی بیمار می‌شوند.	
۱/۲۱۹	۴/۸۰	اگر پزشکان واقعاً در تشخیص و درمان بیماران خود خوب عمل کنند روشی که با بیماران ارتباط برقرار می‌کنند خیلی هم مهم نیست.	
۱/۳۵۳	۳/۹۷	اگر ابزارهای اصلی یک پزشک در کار خود «گرم» و «خودمانی» بودن باشد موفقیت زیادی بدست نخواهد آورد.	
۱/۳۷۲	۴/۴۵	روش درمانی که در تعارض با سبک زندگی و ارزش‌های بیمار باشد، موفقیت آمیز نخواهد بود*.	
۱/۱۵۸	۱/۷۹	اکثر بیماران میل دارند حداقل معطلی را در مطب پزشک خود داشته باشند.	
۱/۲۴۶	۴/۷۳	برای درمان بیماری فرد، آن قدرها هم مهم نیست که فرهنگ و سابقه او را بدانیم.	
۱/۳۴۹	۳/۲۹	شوخی طبیعی جزء اصلی درمان بیماران توسط پزشک است*.	

* در محاسبات نمرات سؤال بر طبق دستورالعمل معکوس شد.

بحث

ارائه خدمات بیمار-محور که نیازها، ارزش‌ها و ترجیحات بیمار را مدنظر قرار می‌دهد، امروزه به عنوان رکن اساسی در خدمات سلامت شناخته می‌شود. در این رویکرد، به جای تمرکز صرف بر جنبه‌های زیست-پزشکی بیماری، بر جنبه‌های روانی و اجتماعی بیمار نیز تأکید می‌شود و پزشک سعی می‌کند بیماری را از دیدگاه بیمار درک کرده و به عقاید و خواسته‌های او احترام بگذارد.

مطالعات نشان داده است که این نوع مراقبت منجر به بهبود نتایج روانی و اجتماعی، کاهش هزینه‌های پزشکی و افزایش رضایت بیماران از خدمات سلامت می‌شود. با این حال، رویکرد بیمار-محور هنوز با چالش‌هایی روبرو است؛ به ویژه در آموزش پزشکی، برخی از دانشجویان به دلیل تأثیرات فرهنگی و آموزشی، به سمت رویکردهای پزشک-محور گرایش دارند.

نتایج مطالعه فعلی به بررسی عوامل مختلفی می‌پردازد که بر نگرش بیمار-محور دانشجویان پزشکی تأثیر می‌گذارد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که جنسیت یکی از عوامل تأثیرگذار است و به‌طور مشخص، دانشجویان مؤنث در مقایسه با دانشجویان مذکر، نمرات بالاتری در زمینه‌های مختلف نگرش بیمار-محور از جمله نمره کلی نگرش، نگرش در بخش مراقبت و نگرش در بخش مشارکت به‌دست آورده‌اند. در نگاه اخلاق مراقبت^۱، ویژگی‌هایی چون همدلی، توجه به نیازهای دیگران و تعهد به رفاه فردی در تعاملات انسانی از ارکان اصلی اخلاقی شناخته

می‌شود. بر اساس این مکتب، جنسیت می‌تواند نقشی اساسی در شکل‌گیری نگرش‌ها و رفتارهای مراقبتی ایفا کند. برخلاف رویکردهای عقل‌گرای فلسفی، در مفاهیم فمینیستی، احساساتی مانند همدردی، همدلی، حساسیت و پاسخگویی عناصر اخلاقی هستند که برای تشخیص بهتر توصیه‌های اخلاقی باید مورد توجه قرار گیرند (۱۴). این یافته، مطابق با نتایج مطالعات پیشین، مانند مطالعات ریبیرو^۲ و همکاران در برزیل و هاردینگ^۳ و همکاران در استرالیا است که نشان داده‌اند زنان در محیط‌های پزشکی تمایل بیشتری به رویکردهای بیمار-محور دارند (۷، ۱۵). همچنین، در مرور سیستماتیک انجام شده توسط بیجارانو^۴ و همکاران، تأثیر جنسیت بر نگرش بیمار-محور دانشجویان پزشکی به طور معناداری تأیید شده است که نشان می‌دهد زنان تمایل بیشتری به توجه به نیازها و خواسته‌های بیماران و مشارکت فعال آنان در فرآیند درمان دارند (۶). در مطالعه لیو^۵ و همکاران نیز دانشجویان دختر نگرش بیمار-محورتری نسبت به دانشجویان پسر داشتند و با نمرات خرده مقیاس «اشتراک» و «مراقبت» همراه بودند (۱۶). این امر می‌تواند به دلیل ویژگی‌های ذاتی زنان از جمله توجه بیشتر به جزئیات، همدلی بالاتر، و تمایل به ایجاد ارتباطات عمیق‌تر باشد (۷، ۱۵، ۱۶). در مطالعه اصفهان که به بررسی نگرش خانواده و مراقبان شخصی و روانپزشکان بیمار نسبت به مراقبت بیمار-محور پرداخته بود ۳۳ درصد از شرکت‌کنندگان بانوان بودند که ارتباط جنسیتی در این رابطه سنجیده نشده بود (۱).

4. Bejarano

5. Liu

1. Ethics of care

2. Ribeiro

3. Harding

علاوه بر جنسیت، مقطع تحصیلی نیز به عنوان یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر نگرش بیمار-محور دانشجویان مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج نشان می‌دهند که در مقاطع مختلف تحصیلی، تفاوت معناداری در نمره کلی نگرش و بخش اشتراک دیده نمی‌شود، اما در بخش مراقبت، دانشجویان مقطع علوم پایه نمرات بیشتری کسب کرده‌اند. این یافته‌ها حاکی از آن است که دانشجویان در مراحل ابتدایی آموزش پزشکی، نگرش بیمار-محورتری دارند، اما این نگرش با ورود به مقاطع بالینی و مواجهه بیشتر با محیط‌های بالینی کاهش می‌یابد. به نظر می‌رسد برنامه درسی پنهان تأثیر بسزایی در این فرآیند داشته باشد که شامل الگوسازی برای هنجارها، ارزش‌ها و شیوه‌هایی است که فراتر از برنامه درسی رسمی منجر به الگوسازی برای دانشجویان می‌شود. این آموزش در راهروها و اتاق‌های بیمارستان‌ها اتفاق می‌افتد، اما به یاد ماندنی‌تر از برنامه درسی رسمی خواهد بود. در واقع سیستم آموزشی از مظاهر اجتماعی پیچیده‌ی پنهان در بطن آموزش پزشکی آگاه است اما هرگز تلاش راهبردی برای رفع آن‌ها انجام نمی‌دهد (۱۷). آسیب اخلاقی ناشی از برنامه درسی پنهان می‌تواند تأثیر بسزایی در نحوه عملکرد فرد داشته باشد و زمانی رخ می‌دهد که فرد مکرراً شاهد اعمالی است که با ارزش‌ها یا باورهای او در تضاد است (۱۸). فرسودگی بالینگران در نتیجه آسیب‌های اخلاقی سندرمی است که منجر به خستگی فکری، جسمی و عاطفی بالینگر در مواجهه با عوامل استرس‌زای اخلاقی در در محیط کار ایجاد می‌شود (۱۸). فرسودگی اخلاقی می‌تواند در همدلی بالینگران و بیماران تأثیر بگذارد و این امر بر کیفیت خدمات سلامت ارائه شده تأثیر

می‌گذارد. موارد متعددی از رفتارهای نامناسب با بیماران و همراهان ایشان در بیمارستان‌ها در روایت‌های مختلف مطرح شده است که نشان از عدم تأثیر رنج انسانی در بالینگران با گذشت زمان دارد (۱۹). مطالعات دیگری، مانند پژوهش هایدت^۱ و همکاران، نیز نشان داده‌اند که دانشجویان پزشکی در دوره‌های بالینی و سال‌های بالاتر تمایل بیشتری به رویکرد پزشک-محور و پدرسالارانه پیدا می‌کنند (۲۰). در مطالعه اصفهان نیز تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات مقیاس جهت‌گیری بیمار-پزشک در گروه مراقبین شخصی و روانپزشکان وجود داشت و همچنین نگرش روانپزشکان کمتر بیمار-محور بوده و در مجموع در رابطه‌ی پزشک و بیمار در زمینه سلامت روان، هم از دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و هم از دیدگاه گیرندگان، به سمت رویکرد پزشک-محوری گرایش داشت (۱).

آرچر^۲ و همکاران مطالعه‌ای مشابه را در سال ۲۰۱۴ میلادی بر گروهی از دانشجویان پزشکی آفریقای جنوبی اجرا کردند. در این مطالعه، بیش‌ترین میزان افت نمرات از دانشجویان سال اول به دوم دیده شد و به نظر می‌رسد نتایج مطالعه نشان‌دهنده‌ی کاهش نگرش بیمار-محوری در دانشجویان بود که در مطالعات دیگر با استفاده از این ابزار نیز نشان داده شده است (۲). این تغییر می‌تواند ناشی از تجربیات مستقیم بالینی، فشارهای کاری و تحصیلی، و تأثیرات محیط آموزشی باشد که منجر به برجسته‌تر شدن مدل‌های سنتی و سلسله-مراتبی در روابط پزشک-بیمار باشد (۲). سایر مطالعات به بررسی فاکتورهای متفاوت دیگری که

1. Haidet

2. Archer

بیش‌تر به عوامل محیطی و آموزشی وابسته باشد تا ویژگی‌های فردی مانند سن. به‌طور مشابه، مطالعه نشان داد که ملیت ایرانی یا غیرایرانی نیز تأثیر معناداری بر نگرش بیمار-محور ندارد، اما این یافته با توجه به تعداد کم دانشجویان غیرایرانی حاضر در مطالعه ممکن است دقیق و قابل استناد نباشد که با در نظر گرفتن رشد تعداد دانشجویان خارجی در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تفاوت‌های فرهنگی و نگرشی بین جوامع مختلف نسبت به روابط پزشک-بیمار و اخلاق حرفه‌ای، این موضوع می‌تواند به‌طور دقیق‌تری در پژوهش‌های آتی مورد بررسی قرار گیرد.

براساس نتایج، نگرش غالب دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران در هر سه حوزه به سمت رویکرد پزشک-محور تمایل دارد. این تمایل نشان‌دهنده آن است که دانشجویان پزشکی در ایران نقش پزشک را به‌عنوان مرجع اصلی در فرآیند درمان و تصمیم‌گیری‌های پزشکی می‌بینند و مشارکت فعال بیماران در این فرآیند کم‌تر مورد توجه قرار می‌گیرد. عوامل فرهنگی و سیاسی در شرایط منحصر به فرد ایران، بر شکل‌گیری الگوی رابطه میان پزشک و بیمار تأثیر بسزایی دارد که متأثر از فرهنگ پدرسالارانه‌ای است که طی سال‌ها در فرآیند آموزش پزشکی ایجاد می‌شود. عدم توجه مناسب به آموزش اخلاق پزشکی، رفتار سلسله‌مراتبی در دانشگاه‌ها و مشاهده رفتار الگوهای آموزشی (رفتار اساتید در برخورد با بیمار) منجر به شکل‌گیری نگاه از بالا به پایین در دانشجویان پزشکی نسبت به بیماران می‌شود. پس از اتمام تحصیلات و ورود به بازار کار، درآمدزایی عامل مضاعفی برای تشدید نگاه پدرسالاری در

می‌تواند در این زمینه تأثیرگذار باشد پرداخته‌اند که شامل اطلاعات مربوط به تعداد خواهر و برادر فرد، محل سکونت خانواده، دارا بودن والدین پزشک، سالی که دانشجو برای اولین بار عمل بالینی شده است (۱۶). در مطالعه‌ی حاضر، عوامل دیگری مانند داشتن والدین پزشک، سن، و ملیت نیز مورد بررسی قرار گرفتند، اما این عوامل تأثیر معناداری بر نگرش بیمار-محور دانشجویان نداشتند. به‌طور خاص، داشتن والدین پزشک، که می‌توانست به عنوان یک عامل مؤثر در نگرش و عملکرد دانشجویان پزشکی تلقی شود، در این مطالعه تأثیر قابل‌توجهی بر نگرش بیمار-محور فرد نشان نداد. این یافته با نتایج مطالعه لیو^۱ و همکارانش منطبق است که نشان می‌دهد پیشینه‌ی خانوادگی در پزشکی لزوماً به تقویت نگرش بیمار-محور در فرد منجر نمی‌شود (۱۶).

علاوه بر این، نتایج نشان داد که دانشجویانی که قصد ادامه تحصیل در مقاطع بالاتر را ندارند، نگرش بیمار-محورتری به‌خصوص در بخش مشارکت نشان داده‌اند. شاید بتوان این‌گونه تفسیر کرد که تمایل بیش‌تر افراد به رویکردهای جامع و انسان-محور در مراقبت از بیماران ناشی از این باشد که افراد آینده حرفه‌ای خود را خارج از مسیر تخصصی پزشکی تصور می‌کنند. نکته دیگری که در این مطالعه به آن اشاره شده، عدم تأثیر سن بر نگرش بیمار-محور است در حالی که در مطالعه‌ی لیو در چین، سن کم‌تر، سطح تحصیلات بالاتر، حجم کار روزانه کم‌تر و درک رابطه هماهنگ پزشک-بیمار، با نگرش بیمار-محورتر در افراد مرتبط بود (۱۶). عدم ارتباط سن با نوع نگرش در مطالعه فعلی می‌تواند حاکی از آن باشد که نگرش بیمار-محور می‌تواند

پزشکی خواهد بود که می‌تواند منجر به غلبه نگرش پزشک محوری در فارغ‌التحصیلان این رشته شود (۲۱).

این الگو در کشورهای دیگر خاورمیانه، مانند مصر و عربستان نیز مشاهده شده است. در پژوهشی که توسط ال شربینی^۱ در مصر انجام شد، میانگین امتیاز کلی مقیاس جهت‌گیری بیمار-پزشک برابر با ۲/۷۱ بود. این امتیاز، به وضوح نشان‌دهنده یک نگرش پزشک-محور است. همچنین، امتیازات خرده‌مقیاس‌های اشتراک و مراقبت در مصر نیز به ترتیب ۲/۳۳ و ۳/۰۹ بودند که نسبت به نتایج مطالعه‌ی فعلی پایین‌تر بوده و به‌طور کلی نگرش پزشک-محور غالب‌تری را نشان می‌دهد (۳). در مطالعه‌ی عربستان سعودی، میانگین امتیاز کلی مقیاس جهت‌گیری بیمار-پزشک برابر با ۴ بود. این نمره نسبت به نتایج مطالعه فعلی بالاتر بوده و به مرز نگرش بیمار-محور نزدیک‌تر، هرچند که هنوز، بر طبق دسته‌بندی مرجع، به‌طور کامل بیمار-محور محسوب نمی‌شود (۲۲).

در عربستان سعودی در دو دهه‌ی اخیر، آموزش اخلاق پزشکی در قالب مبتنی بر سخنرانی به‌عنوان بخشی از موضوع فرهنگ اسلامی به دانشجویان پزشکی تدریس می‌شود و هر دو بخش آموزش و ارزیابی اخلاق پزشکی در عربستان در حال تغییر است. از آنجایی که، دانشگاه‌های عربستان آموزش‌های تخصصی اخلاق را از دانشگاه‌های غربی دریافت کرده‌اند و طبق نتایج مطالعه‌ی آکابا^۲ و همکاران تمامی دانشکده‌های پزشکی یک برنامه آموزشی اختصاص داده شده به اخلاق پزشکی را دارا بودند و آموزش اخلاق پزشکی توجه ویژه‌ای دارا است (۲۳)، کسب نمره نگرش بیمار-محور باید مورد توجه قرار گیرد. در

ایران نیز همواره اخلاق در ادوار کهن و مدرن بخشی از آموزش پزشکی محسوب شده است. دانشمندان ایرانی مانند ابن سینا و رازی متونی پیرامون اصول اخلاقی حاکم بر طبابت و ویژگی‌های یک طبیب خوب برجای گذاشته‌اند. فعالیت آموزشی اخلاق پزشکی در دوران مدرن نیز با انتشار کتاب‌های اخلاق پزشکی از سال ۱۳۴۲ به شکل جدی آغاز شد. امروزه بر مبنای دومین برنامه راهبردی اخلاق پزشکی ایران، توسعه‌یافتگی آموزش اخلاق پزشکی یکی از اهداف اصلی نظام سلامت ایران در حوزه‌ی آموزش اخلاق پزشکی محسوب می‌شود که از طریق توسعه آموزش اخلاق در کشور در حال پیگیری است (۲۴). با توجه به تلاش‌های متعدد در خصوص آموزش اخلاق پزشکی، کسب نمره نگرش پزشک محور باید مورد توجه قرار گیرد و لازم است در مطالعات بعدی علل عدم دستیابی به اهداف آموزشی در خصوص تغییر نگرش پدرسالارانه در ارائه خدمات سلامت باید تحت پژوهش‌های تکمیلی قرار گیرد. این امر در حالی است که خواست بیماران تعامل بیش‌تر پزشک و بیمار است، همچنان که مطالعه میرزا زاده و همکاران نشان داده شد که بیماران ترجیح می‌دهند نگرشی بیمار-محور در تعاملات خود با پزشکان داشته باشند. این تفاوت دیدگاه بین بیماران و متخصصان بالینی، بر اهمیت بهبود مهارت‌های ارتباطی پزشکان تأکید دارد (۱۲).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در حال حاضر، دانشجویان پزشکی عمدتاً به سمت رویکرد پزشک-محور گرایش دارند و حاکی از آن است که برنامه‌های آموزشی در

1. El-Sherbiny

2. Alkabba

بنابراین لازم است در ایران و بالاخص در دانشگاه علوم پزشکی ایران، برنامه‌های آموزشی در خصوص ارتقای نگرش بیمار-محور و توسعه‌ی مشارکت بیمار در فرآیند تشخیصی و درمانی توسعه یابد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه دانشجویی با کد اخلاق IR.IUMS.FMD.REC.1401.578 است که در دانشگاه علوم پزشکی ایران به تصویب رسید.

دانشکده‌های پزشکی بیش‌تر بر آموزش‌های تخصصی و فنی تمرکز دارند و کم‌تر به اهمیت نیازها، ترجیحات، و مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های درمانی می‌پردازند.

در نهایت، این مطالعه به‌روشنی نشان می‌دهد که برای تربیت نسلی از پزشکان که نه‌تنها به جنبه‌های علمی و فنی پزشکی تسلط دارند، بلکه به نیازها و ترجیحات بیماران نیز توجه دارند، باید تغییرات اساسی در رویکردهای آموزشی ایجاد شود. بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حال حاضر، پیشنهاد می‌شود که با توجه به تأثیر کوریکولوم پنهان و نقش الگوهای حرفه‌ای^۱ در آموزش دانشجویان، کارگاه‌های آموزشی برای توانمندسازی اعضای هیأت علمی بالینی برگزار شود تا مهارت‌های ارتباطی آن‌ها را تقویت کند و علاوه بر ایجاد رابطه‌ای بهتر با بیماران، به‌صورت غیرمستقیم به آموزش دانشجویان پزشکی در جهت ارتقاء نگرش بیمار-محور کمک نماید.

منابع

1. Akkafi M, Sajadi HS, Sajadi ZS, Krupat E. Attitudes Toward Patient-Centered Care in the Mental Care Services in Isfahan, Iran. *Community Ment Health J*. 2019; 55(3): 548-552. doi: 10.1007/s10597-018-0357-2.
2. Archer E, Bezuidenhout J., Kidd M, Van Heerden BB. Making use of an existing questionnaire to measure patient-centred attitudes in undergraduate medical students: A case study. *African Journal of Health Professions Education*. 2014; 6(2): 150-154, doi:10.7196/ajhpe.351.
3. El-Sherbiny NA, Ibrahim EH, Sayed N. Medical students' attitudes towards patient-centered care, Fayoum Medical School, Egypt. *Alexandria Journal of Medicine*. 2021; 57:1, 188-193, DOI: 10.1080/20905068.2021.1936420.
4. Latimer T, Roscamp J, Papanikitas A. Patient-centredness and consumerism in healthcare: an ideological mess. *J R Soc Med*. 2017; 110(11): 425-427. doi: 10.1177/0141076817731905.
5. Krupat E, Hiam CM, Fleming MZ, Freeman P. Patient-centeredness and its correlates among first year medical students. *Int J Psychiatry Med*. 1999; 29(3): 347-56. doi: 10.2190/DVCQ-4LC8-NT7H-KE0L.
6. Bejarano G, Csiernik B, Young JJ, Stuber K, Zadro JR. Healthcare students' attitudes towards patient centred care: a systematic review with meta-analysis. *BMC Med Educ*. 2022; 22(1): 324. doi: 10.1186/s12909-022-03371-1.
7. Harding C, Seal A, Vlok R, Doyle Z, Dean A, McGirr J. Maintaining patient-centredness in Australian medical students: Culture, curriculum and selection criteria. *Focus on Health Professional Education: A Multi-Professional Journal*. 2022; 23(2): 35-50. doi: 10.11157/fohpe.v23i2.519.
8. Wahlqvist M, Gunnarsson RK, Dahlgren G, Nordgren S. Patient-centred attitudes among medical students: gender and work experience in health care make a difference. *Med Teach*. 2010; 32(4): e191-8. doi: 10.3109/01421591003657451.
9. Ishikawa H, Eto M, Kitamura K, Kiuchi T. Resident physicians' attitudes and confidence in communicating with patients: a pilot study at a Japanese university hospital. *Patient Educ Couns*. 2014; 96(3): 361-6. doi: 10.1016/j.pec.2014.05.012.
10. Tsimtsiou Z, Kerasidou O, Efsthathiou N, Papaharitou S, Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Medical students' attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey. *Med Educ*. 2007; 41(2): 146-53. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02668.x.
11. Jerjes W, Harding D. Redefining medical education: harnessing the power of patient feedback. *Front Med (Lausanne)*. 2024; 11:1453262. doi: 10.3389/fmed.2024.1453262.
12. Mirzazadeh A, Shahi F, Jafari S, Krupat E, Jahanian E. Comparative Study of Opinions of Patients and Clinical Faculty Members of Babol University of Medical Sciences on Patient-Centeredness in Doctor-Patient Relationship Using Patient-Practitioner Orientation Scale. *J Babol Univ Med Sci*. 2010; 12(5): 19-25. [in Persian]
13. Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Couns*. 2000; 39(1): 49-59. doi: 10.1016/s0738-3991(99)00090-7.
14. Johansson J, Edwards M. Exploring caring

- leadership through a feminist ethic of care: The case of a sporty CEO. *Leadership*. 2021; 17(3): 318-335. doi:10.1177/1742715020987092
15. Ribeiro MM, Krupat E, Amaral CF. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. *Med Teach*. 2007; 29(6): e204-8. doi: 10.1080/01421590701543133.
 16. Liu W, Hao Y, Zhao X, Peng T, Song W, Xue Y, Tao S, Kang Z, Ning N, Gao L, Cui Y, Liang L, Wu Q. Gender differences on medical students' attitudes toward patient-centred care: a cross-sectional survey conducted in Heilongjiang, China. *PeerJ*. 2019; 7: e7896. doi: 10.7717/peerj.7896.
 17. Anonymous. The Hidden Curriculum in Health Care Education. Available from: https://healthsci.queensu.ca/source/The_Hidden_Curriculum.pdf (accessed on:2024)
 18. Weisleder P. Moral distress, moral injury, and burnout: Clinicians' resilience and adaptability are not the solution. *Annals of Chile Neurology Society*. 2023; 1(4):262-266. doi: 10.1002/cns3.20048.
 19. Mathieu F, McLean L. Mathieu F, McLean L. Managing Compassion Fatigue. Available from: <https://www.tendacademy.ca/wp-content/uploads/2014/07/Moral-Distress-Chapter.pdf> (accessed on: 2024).
 20. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, Rogers JC. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ*. 2002; 36(6):568-74. doi: 10.1046/j.1365-2923.2002.01233.x.
 21. Sherafat, Shamim and Vedadhir, AbouAli and Eini-Zinab, Hassan, Invasive Medicine: The Physician-Patient Relationship Model in Iran. available from: <https://ssrn.com/abstract=4584681> (accessed on;2024).
 22. Fothan AM, Eshaq AM, Bakather AM. Medical Students' Perceptions of the Doctor-Patient Relationship: A Cross-Sectional Study from Saudi Arabia. *Cureus*. 2019; 11(7): e5053. doi: 10.7759/cureus.5053.
 23. Alkabba AF, Hussein GM, Kasule OH, Jarallah J, Alrukban M, Alrashid A. Teaching and evaluation methods of medical ethics in the Saudi public medical colleges: cross-sectional questionnaire study. *BMC Medical Education* 2013; 13: 122. doi: 10.1186/1472-6920-13-122.
 24. Salari P, Khansari F, Afshar L. Ethics Education in Medical Sciences; A National Descriptive Survey. *Med J Islam Repub Iran*. 2022; 36: 176. doi: 10.47176/mjiri.36.176.

Attitudes of Medical Students Toward Patient-Centered Care at Iran University of Medical Sciences in 2023-2024

Amirmahdi Taromiha¹, Saeedeh Saeedi Tehrani², Soodabeh Hoveidamanesh³,
Mahshad Noroozi^{*2}

1. GP, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Medical Ethics, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor, Burn Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Social Determinants of Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 12 November 2024

Accepted: 25 January 2025

Published: 26 February 2025

*Corresponding Author

Mahshad Noroozi

Address: Shahid Hemmat Highway, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Postal Code : 1449614535

Tel: 982186703346

Email: mahshad.noroozi@gmail.com

Citation to this article:

Taromiha AM, Saeedi Tehrani S, Hoveidamanesh S, Noroozi M. Attitudes of medical students toward patient-centered care at Iran university of medical sciences in 2023-2024. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2025; 17:Article number: 23.

Abstract

Patient-centered care, which prioritizes patients' needs, values, and preferences, is a cornerstone of modern healthcare delivery. This study aimed to evaluate the attitudes of medical students at Iran University of Medical Sciences toward providing patient-centered care. This cross-sectional study included medical students in all academic degrees at Iran University of Medical Sciences. Data were collected through the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) distributed online. The collected data were analyzed using SPSS version 26. Of the 389 participants, 48.6% were male and 51.4% were female, with a mean age of 24.02 ± 2.435 years. Moreover, 41.09% of the participants were in the clerkship stage, 40.9% were in the internship stage, and 14.7% had at least one parent who was a physician. The most preferred specialties were cardiology, surgery, and ophthalmology, respectively. The mean scores for the overall PPOS, sharing subscale, and caring subscale were 3.61 ± 0.50 , 3.39 ± 0.64 , and 3.83 ± 0.56 , respectively, indicating a predominantly physician-centered attitude among students. There was a significant relationship between the mean scores of the three parts and gender (P -value <0.001), with female students demonstrating more patient-centered attitudes. Academic degree was significantly associated only with the mean score of the sharing subscale. The findings suggest that most medical students at Iran University of Medical Sciences exhibit a physician-centered attitude toward the physician-patient relationship. The results highlight the need for educational programs to promote patient-centered attitudes and enhance patient participation in diagnostic and treatment processes among medical students.

Keywords: Physician-Patient relationship, Patient-Practitioner orientation scale, Physician-Centered approach, Patient-Centered approach.

