

تعیین علایم، نشانه‌ها و بیماری‌های مهم و شایع که یک پزشک عمومی باید بداند: گامی در جهت آموزش پاسخگو

نیکو یمانی، اطهر امید*، آرش نجیمی، شهلا شهیدی، پژمان عقدک، سارا حیدری، الهام معظم

چکیده

مقدمه: پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه یک ویژگی اساسی در آموزش پزشکی است. در این راستا، این مطالعه با هدف تعیین دیدگاه‌های پزشکان عمومی استان اصفهان در مورد حداقل‌های یادگیری پزشک عمومی براساس علایم، نشانه‌ها و بیماری‌های شایع و مهم، انجام شد تا در بازنگری برنامه درسی بر مبنای پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه مورد استفاده قرار گیرد.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ و در دو فاز اصلی انجام شد. در فاز اول با مرور مستندات، تجارب قبلی و مرور متون ابزار مطالعه تدوین گردید. در فاز دوم، مطالعه میدانی با جامعه پژوهش پزشکان عمومی شاغل در بخش‌های خصوصی و دولتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و نمونه‌گیری تصادفی منظم و خوشه‌ای (۶۴۲ نفر) انجام شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی بود.

نتایج: در این مطالعه ۶۱۹ پرسش‌نامه‌ها تحلیل شد. ۴۶/۷٪ افراد مورد مطالعه زن و ۳۷/۵٪ به عنوان پزشک خانواده فعالیت داشتند. براساس تعامل بین میزان مواجهه نمونه‌ها با بیماری‌ها، علایم و نشانه‌ها و اهمیت هر یک از موارد، ۱۳۶ مورد به عنوان اولویت آموزشی تعیین گردید. **نتیجه‌گیری:** با توجه به این که شیوع بالای یک بیماری و اهمیت آن برای آموزش به عنوان معیارهای تعیین ضرورت یادگیری پذیرفته شده است در این مطالعه اولویت‌های آموزش پزشکان عمومی براساس تعامل بین این دو معیار تعیین گردید. پیشنهاد می‌گردد مطالعات بیش‌تر جهت تعیین عرصه‌های مناسب برای آموزش این اولویت‌ها و محتوای آموزشی متناسب آن انجام گردد.

واژه‌های کلیدی: نیازسنجی، پزشک عمومی، ضرورت‌های یادگیری، آموزش پاسخگو

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / ویژه‌نامه بسته‌های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی / ۱۳۹۶؛ ۱۷ (۱): ۱ تا ۱۴

مقدمه

پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه یک ویژگی اساسی در

* نویسنده مسؤو: دکتر اطهر امید (استادیار)، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان ایران. athar.omid@gmail.com
دکتر نیکو یمانی (دانشیار)، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان ایران. (yamani@edc.mui.ac.ir)؛ دکتر آرش نجیمی (استادیار)، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (majimirash@yahoo.com)؛ شهلا شهیدی، کارشناس ارشد مامایی و آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، حوزه معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی، اصفهان، ایران. (shahidi@mui.ac.ir)؛ دکتر پژمان عقدک، دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی،

مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی اثرگذار بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (aghdak@yahoo.com)؛ سارا حیدری شریف‌آباد، دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان ایران. (s_heydari_287@yahoo.com)؛ دکتر الهام معظم، مرکز تحقیقات پیشگیری سرطان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. el_moazam@yahoo.com
تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱۲/۱۴، تاریخ اصلاحیه: ۹۶/۱/۱۷، تاریخ پذیرش: ۹۶/۱/۲۱

آموزش پزشکی است (۱). پاسخ‌گویی اجتماعی برنامه درسی به منزله جهت‌دهی تمامی فعالیت‌های آموزش پزشکی به سمت تربیت پزشکانی است که قادر به مرتفع نمودن نیازهای سلامتی جامعه هدف باشند. این در حالی است که در سال‌های اخیر نگرانی‌هایی مبنی بر این موضوع وجود دارد که پزشکان، آمادگی مواجهه با انتظارات جامعه را ندارند (۲) و گزارشات حاکی از عدم آمادگی پزشکان عمومی در سال‌های ابتدایی کار در حیطه‌هایی چون مهارت‌های بالینی، مهارت‌های ارتباطی، داروشناسی بالینی و اخلاق پزشکی است (۳ و ۴).

پیش‌بینی نیاز سلامت جامعه به عنوان یک راه‌کار عملیاتی برای این که دانشکده‌های پزشکی پاسخ‌گو به جامعه باشند، مطرح است (۵). بنابراین انجام تحقیقات پیمایشی در زمینه شناخت نیازها و اولویت‌های سلامت جامعه ضروری به نظر می‌رسد. انجام چنین تحقیقاتی به تعیین ضرورت‌های یادگیری پزشکان کمک خواهد کرد و نتایج آنها را می‌توان در برنامه‌ریزی و اعمال تغییر در محتوای برنامه درسی پزشکان عمومی به کار گرفت.

مطالعات زیادی در داخل و خارج از کشور در زمینه نیازهای آموزشی پزشکان عمومی انجام شده است. از جمله این مطالعات می‌توان به پژوهشی که در دانشگاه منچستر جهت مشخص کردن محتوای اصلی کوریکولوم پزشکی عمومی انجام شد، اشاره کرد؛ در نتایج مطالعه ۲۱۵ موقعیت بالینی به عنوان ضرورت یادگیری مشخص شد که ۱۵۴ مورد آنها مرتبط با بیماری‌ها و ۶۱ موقعیت مربوط به نشانه‌های بیماری بود (۶). در مطالعه‌ای دیگر در استرالیا نیازهای یادگیری پزشکان عمومی در مهارت‌های اصلی استخراج شد که شامل ۲۲۶ مهارت اصلی در ۵ دسته‌ی مدیریت موقعیت‌های بالینی، تشخیص‌های بالینی، پروسیجرهای بالینی، اعمال اصلی و توسعه‌ی حرفه‌ای بود (۳). در مطالعات داخل کشور نیز به صورت پراکنده محققان سعی کرده‌اند نیازهای آموزشی پزشکان عمومی را استخراج کنند. تعدادی از این مطالعات به تطابق

نیازهای آموزشی پزشکان با عناوین آموزش مداوم یا تعیین نیازهای آموزش مداوم پزشکان عمومی فارغ‌التحصیل و پزشکان خانواده پرداخته‌اند (۷ تا ۹ و ۱). در مطالعه‌ای دیگر سعی شده است که شیوع مواجهات پزشکان عمومی با بیماری‌های داخلی، اطفال، زنان و زایمان و جراحی تعیین گردد تا با تعیین شایع‌ترین مواجهات نیازهای آموزشی مشخص گردد (۵). لذا با توجه به این که در این تحقیقات، تعیین نیازهای آموزشی پزشکان عمومی فارغ‌التحصیل هدف مطالعه بوده است یا بیماری‌های محدودی در چهار حیطه اصلی اطفال، زنان و زایمان، جراحی و داخلی مورد بررسی قرار گرفته است و در هیچ یک از آنها برای تعیین اولویت‌های یادگیری علاوه بر شیوع به اهمیت آن مورد در حیات افراد توجه نکرده‌اند، نیاز به انجام پژوهش حاضر احساس شد و این مطالعه با هدف تعیین حداقل‌های یادگیری پزشکان عمومی بر اساس بیماری‌ها، علایم و نشانه‌های شایع و مهم انجام شد تا از نتایج آن جهت بازبینی در اهداف آموزشی پزشکی عمومی و طراحی برنامه درسی ضروری در مرحله بعدی استفاده شود. این مطالعه در راستای بسته آموزش پاسخ‌گو و عدالت محور از بسته‌های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی انجام گردید.

روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه‌ی مقطعی بود که در سال‌های ۹۵-۱۳۹۴ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. این مطالعه در دو فاز شامل؛ فاز اول یک مطالعه کتابخانه‌ای و ساخت ابزار و در فاز دوم، نیازسنجی اختصاصی از منظر پزشکان عمومی انجام شد.

فاز اول: مطالعه کتابخانه‌ای، ساخت و تعیین روایی و پایایی ابزار در مرحله اول با یک مطالعه کتابخانه‌ای، ساخت ابزار انجام شد. در این مرحله کلیه مطالعات انجام شده قبلی در

گوارش، جراحی عمومی، اسکلتی-عضلانی (روماتولوژی و ارتوپدی)، اورولوژی، زنان، پوست، نورولوژی، غدد، عفونی، روانپزشکی، طب اورژانس، کودکان، اورژانس‌های نوزادان و کودکان و مراقبت‌های بهداشتی طبقه‌بندی شده بود. در هر موضوع سعی شده بود که به ترتیب ابتدا علایم و نشانه‌ها، سپس بیماری‌های شایع، عفونت‌ها و التهابات، بدخیمی‌ها و در پایان بیماری‌های نادر، ارائه گردد. در پایان هر عنوان نیز آیتم "سایر موارد" وجود داشت که از مشارکت‌کنندگان تقاضا می‌شد اگر با بیماری یا علایمی برخورد داشتند که در این لیست نبوده و یا این که وجود آموزش آن را در دوره پزشکی عمومی ضروری می‌دانند، ذکر نمایند.

مقیاس‌های استفاده شده در پرسش‌نامه، نظر شرکت‌کنندگان را در خصوص شیوع و اهمیت ارائه علایم و بیماری‌های ذکر شده مورد سنجش قرار می‌داد. مقیاس اول میزان شیوع یا مواجهه پزشکان را با علامت یا بیماری می‌سنجید، که برحسب تعداد مراجعین آنان با این علامت یا بیماری، از بیش از ۳ مورد در هفته تا هیچ‌گاه (عدم مواجهه) را انتخاب می‌کردند (بیش از سه مورد در هفته، ۱ تا ۲ مورد در هفته، ۱ تا ۳ مورد در ماه، ۱ تا ۵ مورد در سال، هیچ‌گاه و نمی‌شناسم). در مقیاس دوم پزشکان با توجه به دانش و تجارب خود میزان اهمیت یا نیاز به آموزش علامت یا بیماری ذکر شده را در دوره‌ی پزشکی عمومی بر اساسی مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از خیلی زیاد تا خیلی کم ذکر می‌نمودند.

فاز دوم: مطالعه میدانی

پس از ساخت ابزار، مطالعه وارد مرحله دوم شامل جمع‌آوری اطلاعات از پزشکان عمومی شد. این پژوهش در سطح دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مراکز بهداشتی درمانی و خصوصی در استان اصفهان انجام گرفت. هنگامی که زیر جامعه‌های درون یک جامعه متنوع می‌گردد، نمونه‌گیری مستقل از هر زیرجامعه مفید خواهد

ایران که با هدف نیازسنجی و تعیین ضرورت‌های یادگیری دوره‌ی پزشکی عمومی انجام شده بود، مورد بررسی قرار گرفت.

در این مرور از کلمات کلیدی نیازسنجی، نیاز یا ضرورت یادگیری و پزشکان یا پزشک عمومی به منظور شناسایی مطالعات پژوهشی انجام شده در این زمینه استفاده شد. علاوه بر آن سایر اطلاعات مرتبط از جمله گزارشات کمیته‌های دانشگاهی مرگ، بسته‌های خدمتی اطلاعات نظام مرگ و نظام ثبت سرطان‌ها، گزارشات کمیته مرگ و میر بیمارستان و کمیته عفونت‌ها و مصوبات نشست‌های دبیرخانه پزشکی عمومی نیز استفاده شد. در پایان این مرحله پرسش‌نامه اولیه طراحی شد. روایی محتوایی ابزار به وسیله نظر خبرگان مورد بررسی قرار گرفت. بر این اساس پرسش‌نامه در اختیار حداقل دو نفر از اساتید هر یک از گروه‌های تخصصی، نماینده‌ای از معاونت بهداشتی و معاونت درمان و ۶ نفر از متخصصان آموزش پزشکی قرار داده شد. در این بررسی، ضمن اطمینان از قرارگیری کلیه موارد ضروری در پرسش‌نامه، اصلاحات و نکات دریافت شده از خبرگان و متخصصین تمام گروه‌های آموزشی نیز در پرسش‌نامه منظور گردید و ساختار کلی و مقیاس پرسش‌نامه نیز توسط خبرگان مورد تأیید قرار گرفت.

روایی صوری ابزار نیز در مطالعه‌ای مقدماتی با شرکت ۱۵ نفر از پزشکان عمومی غیرمشارکت‌کننده در مرحله بعد انجام شد و نکات، ابهامات، شکل پرسش‌نامه و زمان تکمیل آن مورد بررسی قرار گرفت و برخی از اصلاحات در پرسش‌نامه اعمال گردید. در نهایت پرسش‌نامه‌ای دارای دو بخش و در ۴۲۸ آیتم مورد تأیید قرار گرفت. بخش اول پرسش‌نامه شامل اطلاعات دموگرافیک (جنسیت، سابقه طبابت، محل خدمت و نوع استخدام) بود. بخش دوم شامل ۴۲۸ مورد بیماری‌ها، علایم و نشانه‌های استخراج شده از مطالعه اولیه بود که در ۱۶ بخش دستگاه تنفسی و سر و گردن، قلب و گردش خون،

بود. بر این اساس و با توجه به اشتغال پزشکان در گروه‌های متنوع شامل اورژانس‌های مراکز درمانی، پزشکان شاغل در بخش خصوصی و پزشکان طرف قرارداد سازمان‌های بیمه‌گر، نمونه‌گیری در مطالعه حاضر به صورت طبقه‌بندی شده انجام گرفت.

تعداد افراد شرکت‌کننده در مطالعه با احتساب ضریب اطمینان ۹۵٪ و نسبت ۰/۵ و مقدار دقت ۷ درصد، مقدار عددی P محاسبه شد. ضمن آن که حجم نمونه با استفاده از ضریب جامعه محدود (Infinite Population Correction) تصحیح گردید. بر این اساس تعداد نمونه ۶۲۲ نفر محاسبه گردید و با در نظر گرفتن احتمال ریزش، تعداد ۶۴۲ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند.

بر اساس نسبت هر طبقه از حجم نمونه افراد مورد مطالعه به صورت تصادفی از هر طبقه انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. از آنجایی که ممکن بود پزشکان در دو طبقه قرار بگیرند، در صورت انتخاب تصادفی یکی از پزشکان که در دسته دیگری انتخاب شده بود این پزشک با پزشک دیگری جایگزین می‌شد.

معیارهای قابل قبول جهت ورود پزشکان به مطالعه شامل اشتغال در زمان مطالعه در یکی از واحدهای بهداشتی یا درمانی بخش دولتی و یا خصوصی به عنوان پزشک و به صورت بالینی، حداقل یک سال سابقه‌ی کار بالینی و تمایل به شرکت در مطالعه بود.

توزیع پرسش‌نامه‌ها در بین پزشکان عمومی با همکاری معاونت بهداشتی و معاونت درمان انجام گردید. توزیع پرسش‌نامه‌ها در بین پزشکان مراکز بهداشتی درمانی در جلسات دوره‌ایی در پایان هر ماه که در هر شبکه بهداشتی درمانی برگزار می‌شد، انجام گرفت. این کار توسط رابطی که از هر شبکه انتخاب شده بود، انجام شد و سپس توسط همان رابط پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری و به مرکز بهداشت استان ارسال گردید.

توزیع پرسش‌نامه در بین پزشکان مطب‌ها و مراکز خیریه توسط معاونت درمان هماهنگ و برای هر منطقه پرسش‌گری انتخاب شد. با توجه به این که در یک بار مراجعه امکان تکمیل پرسش‌نامه وجود نداشت، توزیع و جمع‌آوری در دو نوبت انجام شد. پرسش‌گر یک بار با مراجعه به مطب‌ها و مراکز خیریه پرسش‌نامه را توزیع کرده و پس از دادن فرصت چند روزه‌ای در بار دوم مراجعه، پرسش‌نامه تکمیل شده را جمع‌آوری می‌نمود. در مراکز بیمارستانی هم پرسش‌نامه از طریق معاونت درمان و با هماهنگی رابطین بیمارستانی تکمیل گردید.

در این مطالعه از جداول توزیع فراوانی به منظور گزارش میزان مواجهه و همچنین اهمیت آموزش به پزشکان در کلیه بیماری‌های مورد ارزیابی، استفاده شد. ضمن آن که کلیه بیماری‌ها بر اساس میانگین نمرات کسب شده (نمره بین ۱ تا ۵) و به صورت مجزا در دو گروه میزان مواجهه و میزان اهمیت آموزش به صورت کاهشی مرتب‌سازی شدند.

برای تعیین بیماری‌ها، علایم و نشانه‌هایی که در لیست ضرورت‌های یادگیری قرار می‌گیرند، جداول متقاطع بر اساس میزان مواجهه و اهمیت آموزش در خصوص هر یک از بیماری‌ها، علایم یا نشانه‌ها ایجاد شد (شکل ۱). در این جداول، مجموع فراوانی هر یک از خانه‌های جدول محاسبه گردید. سپس برای هر یک از بیماری‌ها، علایم و نشانه‌ها، کل مجموع فراوانی خانه‌هایی که پزشکان عمومی با آنها مواجهه بیش از سه مورد در هفته داشتند یا اهمیت آموزش به آنها در دوره پزشکی عمومی خیلی زیاد بود و همچنین مجموع فراوانی خانه‌ای که پزشکان عمومی با آنها مواجهه ۱ تا ۲ مورد در هفته داشتند و اهمیت آموزش به آنها در دوره پزشکی عمومی زیاد بود محاسبه گردید و از بیش‌ترین به کم‌ترین درصد کل، طبقه‌بندی هر یک از بیماری‌ها، علایم و نشانه‌ها انجام شد.

شکل ۱: ماتریس تعیین ضرورت‌های یادگیری

	اهمیت آموزش در دوره پزشکی عمومی				
	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	بسیار کم
۳ ۴ ۴	هیچ‌گاه				
	۱ تا ۵ مورد در سال				
	۱ تا ۳ مورد در ماه				
	۱ تا ۲ مورد در هفته				
	بیش از ۳ مورد در هفته				

برنامه پزشک خانواده مشغول به فعالیت بودند. میانگین سن و سابقه افراد شرکت‌کننده به ترتیب $۱۰/۲۹ \pm ۴۱/۳۰$ و $۱۲/۹ \pm ۱۳/۶۲$ سال بود. میانگین و انحراف معیار مواجهه و اهمیت نیاز به آموزش در دوره پزشک عمومی بر اساس طبقه‌بندی بیماری‌ها نشان داد که بیش‌ترین میزان مواجهه پزشکان عمومی با مراقبت‌های بهداشتی، بیماری‌های دستگاه تنفسی و سر و گردن و بیش‌ترین نیاز آموزشی در زمینه بیماری‌های روانپزشکی، زنان و مامایی و مراقبت‌های بهداشتی است (جدول ۱).

مشارکت نمونه‌ها در مطالعه اختیاری بود و در هنگام توزیع پرسش‌نامه، پرسش‌گر در مورد هدف مطالعه به آنها توضیحاتی ارائه می‌کرد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی بود.

نتایج

در این مطالعه اطلاعات ۶۱۹ پزشک عمومی مورد تحلیل قرار گرفت (۲۳ نفر به دلیل ناقص بودن پرسش‌نامه از مطالعه خارج شدند). $۴۶/۷$ درصد مرد و $۵۳/۳$ درصد زن بودند. ۲۲۰ (۳۷/۵ درصد) نفر از افراد مورد مطالعه در

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار مواجهه و اهمیت آموزش در دوره پزشکی عمومی بر اساس طبقه بندی بیماری‌ها

طبقه	میزان مواجهه		اهمیت آموزش در دوره پزشک عمومی	
	میانگین و انحراف معیار	طبقه	میانگین و انحراف معیار	طبقه
مراقبت‌های بهداشتی	$۲/۳۴ \pm ۱/۲۴$	روانپزشکی	$۲/۵۶ \pm ۰/۷۰$	میانگین و انحراف معیار
دستگاه تنفسی، سرو گردن (گوش و حلق و بینی و چشم)	$۲/۷۷ \pm ۰/۶۰$	زنان و مامایی	$۲/۴۸ \pm ۰/۷۲$	
روانپزشکی	$۲/۷۲ \pm ۰/۶۸$	مراقبت‌های بهداشتی	$۲/۴۷ \pm ۰/۹۹$	
نوزادان و کودکان	$۲/۶۲ \pm ۰/۵۷$	اورژانس‌های نوزادان و کودکان	$۲/۴۳ \pm ۰/۸۰$	
گوارش	$۲/۶۰ \pm ۰/۶۱$	پوست	$۲/۴۲ \pm ۰/۷۳$	
قلب و گردش خون	$۲/۵۸ \pm ۰/۶۴$	قلب و گردش خون	$۲/۴۱ \pm ۰/۶۸$	
زنان و مامایی	$۲/۵۶ \pm ۰/۶۱$	اورژانس‌های بالغین	$۲/۴۰ \pm ۰/۷۵$	
غدد	$۲/۵۰ \pm ۰/۵۶$	غدد	$۲/۳۹ \pm ۰/۶۷$	
اورژانس‌های نوزادان و کودکان	$۲/۵۰ \pm ۰/۹۴$	گوارش	$۲/۲۷ \pm ۰/۶۹$	
پوست	$۲/۴۹ \pm ۰/۶۲$	نوزادان و کودکان	$۲/۳۶ \pm ۰/۶۴$	
اورولوژی-نفروژنی	$۲/۳۶ \pm ۰/۵۸$	دستگاه تنفس، سر و گردن	$۲/۳۲ \pm ۰/۶۷$	
نورولوژی	$۲/۲۵ \pm ۰/۶۲$	ارولوژی-نفروژنی	$۲/۲۸ \pm ۰/۶۷$	
اسکلتی عضلانی-روماتولوژی	$۲/۲۲ \pm ۰/۶۰$	عفونی	$۲/۲۵ \pm ۰/۶۷$	
عفونی	$۲/۱۵ \pm ۰/۱۴$	نورولوژی	$۲/۲۳ \pm ۰/۶۸$	
اورژانس‌های بالغین	$۲/۰۴ \pm ۰/۱۵$	اسکلتی عضلانی-روماتولوژی	$۲/۲۰ \pm ۰/۶۸$	
جراحی عمومی	$۲/۰۱ \pm ۰/۱۶$	جراحی عمومی	$۲/۰۶ \pm ۰/۷۳$	

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار میزان مواجهه در ۲۰ مورد از شایع‌ترین موارد مواجهه در افراد مورد مطالعه

بیماری	میانگین و انحراف معیار
سرماخوردگی	۴/۶۴±۰/۸۱۱
فشارخون بالا	۴/۵۹±۰/۷۷۷
سردردها	۴/۳۴±۰/۸۳۴
دیابت ملیتوس	۴/۲۲±۰/۹۳۶
هیپرلیپیدمی	۴/۲۱±۰/۹۱۷
کم خونی. کم خونی فقر آهن	۴/۱۴±۰/۹۳۸
تب حاد	۴/۰۲±۰/۰۷۲
سرگیجه	۴/۰۱±۰/۹۱۵
رینیت آلرژیک	۴/۰۱±۰/۰۰۸
گلودرد چرکی (فارنژیت)	۴/۰۰±۰/۰۲۱
سوء هاضمه و زخم پپتیک	۳/۹۰±۰/۰۰۷
اسهال و استفراغ حاد	۳/۹۰±۰/۰۱۱
تشخیص ECG، طبیعی و غیرطبیعی	۳/۸۴±۰/۱۴۶
یبوست	۳/۸۰±۰/۹۴۱
اختلال افسردگی	۳/۷۸±۰/۰۱۷
فارنژیت	۳/۷۵±۰/۰۷۵
آنفلوآنزا	۳/۷۳±۰/۱۲۳
ترشح واژینال	۳/۷۰±۰/۱۲۸
فشارخون پایین	۳/۷۰±۰/۰۷۷
سینوزیت حاد و مزمن	۳/۶۷±۰/۰۸۸
ریفلاکس	۳/۶۶±۰/۰۲۵

در میان نشانه‌ها، علائم و بیماری‌های مورد مطالعه، پزشکان عمومی به ترتیب با سرماخوردگی، فشارخون بالا، سردردها، دیابت ملیتوس، هیپرلیپیدمی، کم خونی، تب حاد، سرگیجه، رینیت آلرژیک، گلودرد چرکی (فارنژیت)، سوء هاضمه و زخم پپتیک، اسهال و استفراغ حاد، تشخیص ECG طبیعی و غیرطبیعی، یبوست، اختلال افسردگی، فارنژیت، آنفلوآنزا، ترشح واژینال، فشارخون پایین، سینوزیت حاد و مزمن بیش‌ترین مواجهه را داشتند (جدول ۲).

به ترتیب سردردها، فشارخون بالا، تشخیص ECG طبیعی و غیرطبیعی، سرگیجه، دیابت ملیتوس، هیپرلیپیدمی، اختلال افسردگی، تپش قلب و آریتمی‌ها، کم خونی/ کم خونی فقر آهن، تفسیر CBC (آئمی فیزیولوژیک، آئمی میکروسیتیک، لوسمی حاد)، بحران هیپرتانسیون، درد سینه، اختلالات اضطرابی، ضایعات پستان، کم کاری تیروئید، درماتیت‌ها و خشکی پوست، کمر دردهای التهابی و مکانیکی، زردی نوزادی، سوء هاضمه و زخم پپتیک، خونریزی‌های غیرطبیعی رحمی دارای بیش‌ترین میانگین اهمیت آموزش در دوره پزشک عمومی را داشت (جدول ۳).

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار میزان نیاز به آموزش در ۲۰ مورد از مهم‌ترین موارد برای آموزش در دوره پزشک عمومی

بیماری	میانگین و انحراف معیار
سردردها	۴/۲۲±۰/۹۴۸
فشارخون بالا	۴/۲۲±۰/۹۷۳
تشخیص ECG طبیعی و غیرطبیعی	۴/۱۹±۰/۹۶۱
سرگیجه	۴/۱۳±۰/۹۴۶
دیابت ملیتوس	۴/۱۳±۰/۰۲۰
هیپرلیپیدمی	۴/۰۷±۰/۰۲۴
اختلال افسردگی	۴/۰۲±۰/۹۸۳
تپش قلب و آریتمی‌ها	۴/۰۱±۰/۹۳۶
کم خونی/ کم خونی فقر آهن	۴/۰۰±۰/۰۱۷
تفسیر CBC (آئمی فیزیولوژیک، آئمی میکروسیتیک، لوسمی حاد)	۴/۰۰±۰/۰۸۱

بحران هیپرتانسیون	۴/۰۰±۱/۰۷۲
درد سینه	۳/۹۹±۱/۰۸۸
اختلالات اضطرابی (اختلال وسواسی جبری، اختلال اضطرابی منتشر، اختلال هراس، اختلال ترس، استرس پس از سانحه)	۳/۹۹±۰/۹۷۹
ضایعات پستان (توده، درد، ترشح)	۳/۹۷±۱/۰۰۸
کم کاری تیروئید	۳/۹۶±۱/۰۱۰
درماتیت‌ها و خشکی پوست (اتوپیک، سبوریه) ایک، تماسی، سکه‌ای، فوتودرماتیت	۳/۹۶±۱/۰۱۶
کمر دردهای التهابی و مکانیکی	۳/۹۴±۱/۰۰۵
زردی نوزادی	۳/۹۳±۱/۰۶۴
سوءهاضمه و زخم پپتیک	۳/۹۳±۱/۰۰۹
خونریزی‌های غیر طبیعی رحمی	۳/۹۲±۱/۰۱۹

پزشکی عمومی خیلی زیاد بود و خانه‌ای که پزشکان عمومی با آنها مواجهه ۱ تا ۲ مورد در هفته داشتند و اهمیت آموزش به آنها در دوره پزشکی عمومی زیاد بود) از بیش‌ترین به کم‌ترین درصد کل در خصوص هر یک از بیماری‌ها، علائم و نشانه‌ها، طبقه‌بندی انجام شد. در نهایت ۱۳۶ مورد که درصد کل مساوی و یا بالاتر از ۲۵ درصد داشتند به عنوان اولویت انتخاب شد. این نتایج در جدول ۴ نشان داده شده است.

به منظور تعیین اولویت‌های آموزشی، از تعامل بین اهمیت آموزش و میزان مواجهه استفاده شد. بدین منظور جداول متقاطع (شکل ۱ در قسمت روش تحقیق) بر اساس میزان مواجهه و اهمیت آموزش در خصوص هر یک از بیماری‌ها ایجاد و بر اساس محاسبه مجموع فراوانی خانه‌های دارای معیار ورود به اولویت‌های آموزشی (خانه‌هایی که پزشکان عمومی با آنها مواجهه بیش از سه مورد در هفته داشتند یا اهمیت آموزش به آنها در دوره

جدول ۴: درصد فراوانی اولویت آموزشی هر کدام از بیماری‌ها، علائم و نشانه‌های مورد مطالعه بر اساس ماتریس مطالعه

اولویت	نام بیماری، علامت یا نشانه	درصد
۱	هیپرتانسیون، بحران هیپرتانسیون و فشارخون پایین	۸۹/۶۲
۲	سرماخوردگی	۸۶/۶۹
۳	سرردها	۸۰/۵۱
۴	دیابت ملیتوس	۷۴/۷۶
۵	هیپرلیپیدمی	۷۴/۲۱
۶	سرگیجه	۷۲/۳۲
۷	کم خونی فقر آهن	۷۱/۹۲
۸	تفسیر ECG طبیعی و غیر طبیعی	۶۹/۹۶
۹	سوءهاضمه و زخم پپتیک	۶۴/۴۵
۱۰	تب حاد	۶۳/۶۹
۱۱	گلودرد چرکی (فارنژیت)	۶۲/۱۹
۱۲	اختلال افسردگی	۶۲/۱۲
۱۳	تفسیر CBC	۶۲/۱۱
۱۴	اسهال و استفراغ حاد	۶۱/۹۵
۱۵	رینیت آلرژیک	۶۱/۸۱
۱۶	تپش قلب و آریتمی‌ها	۵۸/۳۳

۵۷/۷۴	اختلالات اضطرابی	۱۷
۵۷/۴۹	کمر دردهای التهابی و مکانیکی	۱۸
۵۷/۴۳	عفونت‌های دستگاه تناسلی زنان	۱۹
۵۷/۲۵	درماتیت‌ها و خشکی پوست (آتوپیک، سبورئیک، تماسی، سکه‌ای، فوتودرماتیت)	۲۰
۵۶/۲۷	کم کاری تیروئید	۲۱
۵۵/۷۸	مراقبت‌های معمول حین بارداری	۲۲
۵۵/۲۶	ریفلاکس	۲۳
۵۴/۵۸	آنفلوآنزا	۲۴
۵۴/۲۹	زردی نوزادی	۲۵
۵۳/۱۵	سینوزیت حاد و مزمن	۲۶
۵۲/۷۷	یبوست	۲۷
۵۲/۴۷	دردهای رادیکولر اندام‌ها	۲۸
۵۲/۴۵	درد سینه پایدار و ناپایدار-سکته قلبی-دیسکسیون آئورت	۲۹
۵۱/۷۰	شکایات شایع بارداری (تهوع و استفراغ، خارش، علائم پوستی)	۳۰
۵۱/۳۰	ضعف (weakness)	۳۱
۵۱/۱۵	اختلالات خواب	۳۲
۵۰/۹۱	ضایعات پستان (توده، درد، ترشح)	۳۳
۴۹/۹۰	سندرم پیش از قاعدگی و دیسمنوره	۳۴
۴۹/۸۰	تفسیر پاپ اسمیر	۳۵
۴۹/۴۱	خونریزی‌های غیر طبیعی رحمی	۳۶
۴۸/۱۰	روش‌های جلوگیری از بارداری	۳۷
۴۶/۳۹	عفونت‌های گوش	۳۸
۴۵/۹۴	دیزوری	۳۹
۴۵/۷۵	سندرم روده تحریک پذیر (IBS)	۴۰
۴۵/۴۲	عفونت دستگاه ادراری (پیلونفریت، سیستیت)	۴۱
۴۵/۳۷	افزایش وزن، چاقی و افزایش اشتها	۴۲
۴۵/۱۲	بیماری‌های قارچی سطحی پوست (درمافیتوز، کاندیدیاز، پیتیریازیس و رسیکالر)	۴۳
۴۳/۴۸	دیسپنه/تنگی نفس	۴۴
۴۳/۰۷	کبدچرب	۴۵
۴۲/۳۴	ریزش مو (ریزش موی منطقه‌ای، اندروژنتیک، سیکاتریسیل)	۴۶
۴۱/۳۲	آمنوره	۴۷
۴۰/۹۰	سنگ‌های سیستم ادراری	۴۸
۴۰/۵۰	Diaper rash	۴۹
۴۰/۴۹	COPD (برونشیت، آسم و برونشکتازی)	۵۰
۴۰/۲۳	کهیر و انواع آن	۵۱
۴۰/۰۰	درد لگن (بارداری، غیر بارداری)	۵۲
۳۹/۶۶	راش پوستی	۵۳
۳۹/۶۶	ضایعات عفونی دهان (برفک، آفت، ژنژیواستوماتیت هرپسی) و زخم‌های مخاطی	۵۴
۳۹/۶۱	قند خون پایین	۵۵
۳۹/۵۳	شیر مادر و تغذیه تکمیلی تا ۲ سالگی	۵۶
۳۹/۴۲	سوء مصرف مواد	۵۷
۳۸/۸۹	بیماری‌های ویروسی پوست (تبخال، زونا، آبله مرغان، زگیل، مولوسکوم)	۵۸

۲۸/۶۰	ارست قلبی تنفسی و CPR	۵۹
۳۸/۰۲	هماچوری	۶۰
۳۷/۸۷	جراحات پوست	۶۱
۳۷/۴۸	پروتئینوری	۶۲
۳۷/۴۰	مراقبت معمول پس از بارداری	۶۳
۳۶/۱۷	پنومونی	۶۴
۳۶/۰۶	سنکوپ، کاهش هوشیاری ناگهانی	۶۵
۳۶/۰۴	دردهای گردنی	۶۶
۳۵/۸۶	دیسترس حاد تنفسی و نیاز به اینتوباسیون	۶۷
۳۵/۸۱	ترومای سر و گردن	۶۸
۳۵/۷۱	دیابت در بارداری	۶۹
۳۵/۳۱	علایم خطر بارداری (خونریزی، تب، تنگی نفس)	۷۰
۳۵/۱۹	بیماری‌های باکتریال پوست (زردخم، سلولیت، فولیکولیت، کورک، کفگیرک، اریتراسما)	۷۱
۳۵/۰۲	مولتیپل تروما	۷۲
۳۴/۷۸	گرفتگی صدا	۷۳
۳۴/۵۶	آکنه و لگاریس و درمان‌های رایج	۷۴
۳۴/۳۸	تشنج ناشی از تب	۷۵
۳۴/۳۵	بیماری‌های گوارشی در بارداری	۷۶
۳۴/۲۹	بیماری‌های ادراری تناسلی در بارداری	۷۷
۳۴/۰۵	کاهش وزن و کاهش اشتها	۷۸
۳۳/۹۴	تخمندان پلی‌کیستیک	۷۹
۳۳/۸۸	اختلالات تیروئید در بارداری	۸۰
۳۳/۶۶	جسم خارجی چشم یا گوش یا بینی	۸۱
۳۳/۴۰	هیپرتانسیون مزمن در بارداری	۸۲
۳۳/۲۷	نارسایی رشد (FTT)	۸۳
۳۳/۲۷	در رفتگی‌ها و شکستگی‌های بسته و بازاندام	۸۴
۳۳/۲۰	بیماری‌های عفونی در بارداری	۸۵
۳۳/۰۷	اختلالات جنسی	۸۶
۳۲/۵۴	هموروئید/فیشر/فیستول/پرولاپس رکتوم	۸۷
۳۲/۳۶	سوختگی‌ها (آتش، شیمیایی، الکتریکی)	۸۸
۳۲/۲۹	ترومای قفسه سینه یا شکم	۸۹
۳۱/۹۳	تشنج‌ها	۹۰
۳۱/۷۲	دیس پارونی	۹۱
۳۱/۵۰	کونژنکتیویت‌ها (باکتریال، ویرال، کلامیدیا، آلرژیک)	۹۲
۳۱/۲۰	شکم حاد جراحی (انسداد، پرفوراسیون، آپاندیسیت)	۹۳
۳۱/۱۰	آنافیلاکسی	۹۴
۳۱/۰۰	چشم قرمز (Red Eye)	۹۵
۳۰/۹۵	پرکاری تیروئید	۹۶
۳۰/۲۱	بیماری‌های مقاربتی (STD)	۹۷
۳۰/۱۰	بیماری‌های انگلی پوست (گال، شپش، سالک)	۹۸
۳۰/۰۸	پرخاشگری	۹۹
۳۰/۰۰	یائسگی	۱۰۰

۲۹/۹۶	دیسفاژی و ادینوفاژی	۱۰۱
۲۹/۸۷	لنفادنوپاتی	۱۰۲
۲۹/۸۲	نارسایی قلبی ریوی	۱۰۳
۲۹/۶۴	قارچ‌های شایع (موکور، کاندیدا)	۱۰۴
۲۹/۶۳	TIA و CVA	۱۰۵
۵۶/۲۹	کتواسیدوز دیابتی DKA	۱۰۶
۲۹/۳۰	واریس	۱۰۷
۲۹/۱۷	نارسایی حاد قلب و شوک کاردیوژنیک	۱۰۸
۲۹/۱۰	فتق دیسک	۱۰۹
۲۸/۶۰	ترومای ناحیه سروگردن	۱۱۰
۲۸/۴۶	مراقبت ویژه پس از زایمان (خونریزی، عفونت، احتباس جفت، عدم دفع ادرار، پارگی پرینه، مشکلات شیردهی)	۱۱۱
۲۸/۳۴	هیپرتروفی خوش‌خیم پروستات (BPH)	۱۱۲
۲۷/۷۸	ضایعات ناخن	۱۱۳
۲۷/۳۸	علائم انسدادی ادراری LUTS	۱۱۴
۲۷/۳۴	مسمومیت‌های شایع دارویی	۱۱۵
۲۷/۳۴	بیماری‌های انگلی (ژیاردیاز، کرمک، آسکاریس، آمیب)	۱۱۶
۲۷/۲۷	لارنژیت	۱۱۷
۲۷/۲۵	تالاسمی مینور/ ماژور	۱۱۸
۲۷/۱۳	شکم حاد در کودکان (آپاندیسیت، انواژیناسیون، سایر انسدادهای حاد روده)	۱۱۹
۲۶/۷۹	اولیگوری و آنوری	۱۲۰
۲۶/۶۳	شب ادراری	۱۲۱
۲۶/۵۹	بیش‌فعالی و کم‌توجهی در کودکان	۱۲۲
۲۶/۴۱	بیماری التهابی روده (IBD)	۱۲۳
۲۶/۲۶	پلی‌سایتمی	۱۲۴
۲۶/۲۶	ترومبوسیتوپنی	۱۲۵
۲۶/۰۸	اختلالات الکترولیت و اسید و باز	۱۲۶
۲۵/۷۸	بیماری‌های دریچه‌ای قلب مهم و شایع شامل تنگی میترال، نارسایی میترال، تنگی آئورت، نارسایی آئورت و MVP	۱۲۷
۲۵/۷۱	وزوزگوش	۱۲۸
۲۵/۶۴	مسمومیت‌های شایع غیر دارویی	۱۲۹
۲۵/۵۰	اختلالات روانپزشکی در دوران بارداری و پس از زایمان	۱۳۰
۲۵/۴۵	آسپیراسیون و خفگی	۱۳۱
۲۵/۳۰	پیچ خوردگی مچ پا	۱۳۲
۲۵/۰۵	ضایعات سرویکس	۱۳۳
۲۴/۸۰	اکلامپسی/Hellp	۱۳۴
۲۴/۷۵	اختلال خلقی دو قطبی	۱۳۵
۲۴/۶۱	برونشوپولیت	۱۳۶

بحث

با توجه به این نکته که شیوع بالای یک بیماری و تأثیر بالای آن در حیات بیمار به عنوان معیارهای تعیین ضرورت یادگیری بیماری‌ها در محتوای آموزشی پزشکی عمومی پذیرفته شده است (۱۰)، در این مطالعه نیز از این دو معیار

در این مطالعه اولویت‌های آموزش پزشکان عمومی براساس میزان مواجهه و اهمیت آموزش بیماری‌ها و علائم و نشانه‌ها تعیین گردید.

جهت تعیین ضروریات یادگیری در محتوای آموزشی (Core Curriculum) استفاده شد. در مطالعه‌ی انیل (O'Neill) و همکاران در دانشگاه منچستر (Manchester)، محتوای آموزشی ضروری در دو مرحله با استفاده از نظر پزشکان عمومی، اساتید بالینی، مسؤولین سلامت و متخصصین پزشکی مشخص گردید. در مرحله اول لیست موقعیت‌های بالینی که پزشکان عمومی باید بتوانند به تنهایی یا با راهنمایی یا با کمک یک تیم بر آن فایق آیند با استفاده از نظر پزشکان عمومی و اساتید، مشخص شد. در مرحله دوم محتوای آموزشی و مهارت و دانش لازم که باید پزشکان عمومی در برخورد با این موقعیت‌ها داشته باشند، با کمک کلیه اساتید بالینی، مسؤولین سلامت و متخصصین پزشکی تعیین گردید (۶). نیوبل (Newble) و همکاران در دانشگاه شفیلد (Sheffield) برای مشخص کردن محتوای آموزشی ضروری ابتدا یک لیست از علایم و نشانه‌های بالینی بیماری‌ها با استفاده از منابع درسی و کوریکولوم دانشکده‌های پزشکی مشخص کردند؛ سپس موارد شایع انتخاب و با نظر اساتید دانشگاه اولویت‌بندی گردید. در مرحله بعد با استفاده از جدول دو بعدی محتوای آموزشی مورد نیاز برای آموزش پزشکان عمومی و با نظر اساتید گروه‌های مختلف آن دانشکده مشخص شد (۱۱). تندتر (Tandeter) و همکاران برای تعیین حداقل محتوای ضروری برای کارآموزی رشته‌ی پزشکی خانواده/پزشکی عمومی (Family Medicine/General Practitioner) از روش دلفی با مشارکت ۴۰ پزشک خانواده و مدرس پزشکی استفاده کردند. بعد از سه مرحله دلفی، ۱۵ موضوع به عنوان مهم‌ترین مواردی که باید در برنامه‌ی درسی گنجانده شود، تعیین شد (۱۲). همانطور که در این پژوهش‌ها از شاخص شیوع و اهمیت جهت تعیین ضروریات یادگیری در محتوای آموزشی استفاده شده است، در این مطالعه نیز با استفاده از این شاخص‌ها و براساس نظرات پزشکان عمومی مباحث ضروری برای آموزش به پزشکان عمومی مشخص گردید.

در این مطالعه موارد مانند فشارخون بالا، سرماخوردگی در اطفال و بزرگسالان، سردرد، دیابت، هیپرلیپیدمی، سرگیجه و کم خونی فقر آهن به عنوان اولویت‌های آموزشی تعیین گردید. در واقع این اولویت‌ها مواردی را شامل می‌شود که بیماران برای درمان آنها به طور معمول به اولین سطح ارائه خدمات بهداشتی-درمانی (مطب پزشک عمومی، مراکز بهداشتی-درمانی شهری و روستایی) مراجعه می‌کنند؛ این در حالی است که دانشجویان پزشکی در بخش‌های تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان‌های آموزشی (که بیشترین زمان برای آموزش بالینی دوره پزشکی عمومی در این مراکز برنامه‌ریزی می‌شود) کم‌تر با چنین مواردی برخورد دارند. در مطالعات انجام شده در خصوص ارتباط آموزش دوران تحصیل پزشکان عمومی با وظایف و نیازهای شغلی آنان، موضوع به شکل دیگری مورد بررسی قرار گرفته است. جوادی و همکاران مطالعه‌ای به منظور شناسایی موقعیت حرفه‌ای دانش‌آموختگان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام دادند. ۶۷٪ دانش‌آموختگان معتقد بودند تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی قزوین آنها را برای قبول مسئولیت پزشکی در جامعه نسبتاً خوب آماده ساخته است. اکثر دانش‌آموختگان با تغییر سیستم خدمات بهداشتی-درمانی و محدود کردن پذیرش دانشجوی پزشکی موافق بودند (۱۳). در مطالعه‌ی غضنفری و همکاران میزان انطباق برنامه‌های آموزش پزشکی با نیازهای شغلی فارغ‌التحصیلان دانشگاه علوم پزشکی کرمان در دو حیطه مهارت‌های فنی و مهارت‌های ارتباطی بررسی شد. ۶۹٪ پزشکان آموزش مهارت‌های فنی را از نظر انطباق با نیازهای شغلی خود کافی می‌دانستند. در این مطالعه انطباق موضوعات آموزش داده شده با میزان شیوع بیماری یا مشکل مراجعین بررسی نشده بود (۱۴). از نقاط قوت این مطالعه در مقایسه با سایر مطالعات نیازسنجی این است که در سایر پژوهش‌ها، عمدتاً بر

اساس نظرخواهی از گروه‌های مختلف دانشجو یا استاد بوده است و برخی نیز به میزان مواجهه پرداخته‌اند؛ ولیکن این مطالعه علاوه بر بررسی نقطه نظرات فارغ‌التحصیلان، به میزان مواجهه با علایم و بیماری‌ها نیز پرداخته است و برای تعیین اولویت آموزشی، از تعامل بین "نظر نمونه‌ها در مورد اهمیت آموزش و میزان مواجهه" استفاده شده است.

از محدودیت‌های این مطالعه تعداد زیاد آیت‌ها در پرسش‌نامه بود که با ایجاد خستگی در افراد نمونه می‌توانست باعث کاهش اطمینان به یافته‌ها گردد. برای پیشگیری از تأثیر خستگی، پرسش‌نامه به دو مدل تهیه گردید برای انجام این کار پرسش‌نامه به دو قسمت مساوی تقسیم شد و در مدل "الف" شروع پرسش‌نامه از بیماری‌های عفونی بود و در مدل "ب" نیمه دوم پرسش‌نامه با نیمه اول جابجا گردید و بدین ترتیب نصف افراد نمونه پرسش‌نامه آنها با بیماری‌های عفونی شروع می‌شد و نصف دیگر از نیمه دوم این پرسش‌نامه یعنی از بیماری‌های اطفال شروع می‌کردند. بدین ترتیب از احتمال توجه کم‌تر به آیت‌های آخر پرسش‌نامه پیشگیری گردید. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه، پرداختن به نیازهای آموزشی در زمینه مهارت‌های تشخیصی و درمانی (توانایی‌های ویژه و وظایف) بود و سایر مهارت‌ها یا به عبارتی فراتوانایی‌ها (مهارت‌های شناختی و تفکر عالی که برای ایفای نقش به گونه‌ای کیفی ضروری هستند) نظیر مهارت‌های ارتباطی، حل مسأله، تفکر نقادانه، استدلال بالینی در نظر گرفته نشده‌اند.

منابع

1. Omid A, Yammani N, Heidari K, Mousavi T, Mousavi A. [Educational Needs of General Practitioners Who Enrolled as Family Physicians in National Family Medicine Program and Referral System]. Iranian Journal of Medical Education. 2013; 13(6): 470-479.[persian]
2. Bazrafkan L, Nikseresht AR, Bazargany Abdollah. [Need assessment of medical education's general objectives in basic sciences & physiopathology periods according to intern's views]. Iranian Journal of Medical Education. 2002; 2: 18-18.[persian]
3. Rolfe IE, Pearson S, Sanson-Fisher RW, Ringland C. Identifying Medical School Learning Needs: A Survey of Australian Interns. Educ Health (Abingdon). 2001; 14(3): 395-404.

نتیجه‌گیری

نتایج آماری میزان مواجهه و اهمیت نیاز به آموزش در دوره پزشک عمومی بر اساس طبقه‌بندی بیماری‌ها نشان داد که بیش‌ترین مواجهه پزشکان عمومی با مراقبت‌های بهداشتی، بیماری‌های دستگاه تنفسی و سر و گردن و بیش‌ترین نیاز آموزشی در زمینه بیماری‌های روانپزشکی، زنان و مامایی و مراقبت‌های بهداشتی است. در میان نشانه‌ها، علایم و بیماری‌های مورد مطالعه، پزشکان عمومی به ترتیب با سرماخوردگی، فشارخون بالا، سردرد، دیابت ملیتوس، هیپرلیپیدمی، کم‌خونی، تب حاد، سرگیجه، رینیت آلرژیک، گلودرد چرکی (فارنژیت)، سوءهاضمه و زخم پپتیک، اسهال و استفراغ حاد، تشخیص ECG طبیعی و غیرطبیعی، بی‌بوست، اختلال افسردگی، فارنژیت، آنفلوآنزا، ترشح واژینال، فشارخون پایین، سینوزیت حاد و مزمن بیش‌ترین مواجهه را داشتند. در نهایت ۱۳۶ مورد با در نظر گرفتن دو معیار میزان مواجهه و اهمیت آموزش به عنوان اولویت انتخاب شد.

قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند بدین وسیله از معاونت درمان، معاونت بهداشتی و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند تشکر نمایند.

4. Sabouri M, Shayan S, Salehi A. [Medical Internship evaluation and reorganization in Isfahan University of Medical Sciences in 2001 (preliminary phase: Gynecology educational needs determination)]. Iranian Journal of Medical Education. 2002; 2 : 49-49.[persian]
5. Omid A, Haghjuy Javanmard S, Eghbali B, Hoseini M. [General Practitioners and Patients' Disease in Isfahan: One Step toward Social Accountability. Iranian Journal of Medical Education]. 2012; 11 (9) :1376-1384.[persian]
6. O'Neill PA, Metcalfe D, David TJ. The core content of the undergraduate curriculum in Manchester. Med Educ. 1999 ; 33(2): 121-9.
7. Shakurnia A, Elhampour H, Marashi T, Heidari Soureshjani S. [Concordance of Length and Contents of Continuing Medical Education Programs with Educational Demands of Practicing GPs in Khuzestan Province]. Iranian Journal of Medical Education. 2007; 7(1) :85-92.[persian]
8. Amini A, Kargarmaher M H, Hatami Sadabadi F, Salami H. [Determining CME needs of general physicians in East Azarbaijan province]. Iranian Journal of Medical Education. 2002; 2 :12-12.[persian]
9. Shiri M, Asgari H, Talebi M, karamalian H, Rohani M, Narimani S. [Educational Needs Assessment of Family (General) Physicians Working in Rural Health Centers of Esfahan Districts in Five Domains]. Iranian Journal of Medical Education. 2011; 10 (5) :726-734.[persian]
10. Dent J ,Harden RM. A Practical Guide for Medical Teachers. 2nd ed. London: Churchil Livingstone; 2005.
11. Newble D, Stark P, Bax N, Lawson M. Developing an outcome-focused core curriculum. Med Educ. 2005 ; 39(7): 680-7.
12. Tandeter H, Carelli F, Timonen M, Javashvili G, Basak O, Wilm S, et al. A 'minimal core curriculum' for Family Medicine in undergraduate medical education: a European Delphi survey among EURACT representatives. Eur J Gen Pract. 2011; 17(4): 217-20.
13. Javadi HR, Asefzadeh S, Mashatan M. [Survey of Qazvin Medical Sciences University Graduates' Professional Situation]. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2002; 6(2) :24-32. [persian]
14. Gazanfari Z, Forozy M, Khosravi F. [The Opinions of Graduated Students on Medicine of the Amount of Compatibility Existing between the Programs of Clinical Education and their Occupation Needs in Kerman]. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2010;12(suppl 1): 52-9.[persian]

Common and Important Signs, Symptoms and Diseases that a General Practitioner Should Know: One Step Toward Socially Accountable Education

Nikoo Yamani¹, Atharomid², Arash Najimi³, Shahla shahidi⁴, Pejman Aghdak⁵, Sara Heydary Sharif Abad⁶, Elham Moazam⁷

Abstract

Introduction: Social accountability is a fundamental feature in medical education. In this regard, the aim of this study was to explore the views of general practitioners in Isfahan about GP's minimum learning essentials based on common and important signs, symptoms and diseases to be used in the revised curriculum in accordance with social accountability.

Methods: This cross-sectional descriptive study was carried out in 2015-16 in two phases. The research tool was developed in the first phase by reviewing the literature, documents and experiences. In the second phase, the field study was conducted on general practitioners working in private and public sectors of Isfahan University of Medical Sciences. A sample of 462 subjects were selected through systematic random cluster sampling. Data were analyzed using descriptive statistical methods.

Results: A total of 619 questionnaires were analyzed. 46.7% of the participants were female and 37.5% worked as a family physician. Based on the interaction between subjects' encounters with diseases, signs and symptoms and the importance of each case, 136 topics were identified as educational priority.

Conclusion: Since high prevalence of a disease and its importance for education have been accepted as the criteria to determine learning needs, educational priorities for general practitioners were determined based on the interaction of these two criteria. Further research is recommended to determine the opportunities for teaching these priorities and their appropriate educational content.

Keywords: Needs assessment, general practitioner, learning needs, socially accountable education

Addresses:

- ¹ Associate Professor, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: yamani@edc.mui.ac
- ² (✉) Assistant professor, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: athar.omid@gmail.com
- ³ Assistant professor, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: najimiarash@yahoo.com
- ⁴ MSc in Midwifery and Medical Education, Social Determinants of Health Research Center, Deputy of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: shahidi@mui.ac.ir
- ⁵ PhD Student in Medical Education, Medical Education Research Center, Health Management & Economics Research, Social Determinant of Health Research, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: aghdak@yahoo.com
- ⁶ PhD Student in Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: S_heydari_287@yahoo.com
- ⁷ Cancer prevention research center, Isfahan university of medical science, Isfahan, Iran. Email: el_moazam@yahoo.com