بررسی نیازهای آموزشی پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان اصفهان در پنج حیطه سلامت

منصور شیری، هدایت‌الله عسگری*، مریم طالبی، دکتر حسن کرمعلیان، محسن روحانی، سیمین نریمانی

چکیده

مقدمه: وظایف پزشکان در دنیای امروز این است که سلامت را ارتقا دهند. از بیماری‌ها پیشگیری کنند و مراقبت‌های اولیه را عرضه نمایند. لذا نیاز به پزشکانی که متناسب با نیازهای جامعه، توانایی‌ها و مهارت‌های لازم را کسب نموده باشند به شدت احساس می‌شود. هدف این مطالعه تعیین نیازهای آموزشی پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان اصفهان در پنج حیطه سلامت می‌باشد.

روش‌ها: در این مطالعه توصیفی –پیمایشی ۱۸۳ نفر از پزشکان عمومی(خانواده) شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان اصفهان مورد بررسی قرار گرفتند.پرسشنامه‌ای شامل دو قسمت اطلاعات دموگرافیک و ۹۱ عنوان درپنج حیطه شامل آموزش سلامت، سلامت روان، سلامت دهان و دندان، سلامت خانواده و جمعیت، بهورزی، گسترش شبکه، با استفاده از عناوین به دست آمده از نظرسنجی، مرور متون، مطالعات داخلی و خارجی و دستورالعمل بیمه روستایی تکمیل و نیازها به ترتیب اولویت استخراج گردید.

نتایج: با اهمیت‌ترین نیاز آموزشی پزشکان در حوزه‌های مختلف به ترتیب اولویت در حیطه‌های سلامت روان، سلامت خانواده و جمعیت،آموزش سلامت، سلامت دهان ودندان، گسترش شبکه و بهورزی می‌باشد. اولویت اول در حیطه سلامت روان: دارودرمانی در روانپزشکی، در حیطه سلامت خانواده و جمعیت: عفونت مقاوم به درمان در زنان، در حیطه آموزش سلامت: اصول مشاوره، در حیطه سلامت دهان ودندان: آشنایی با کنترل رژیم غذایی برای سلامت دهان و دندان، در حیطه گسترش شبکه و بهورزی مدیریت بحران و آشنایی با شرح وظایف بهورز می‌باشد.

نتیجه‌گیری: پزشکان در حیطه سلامت روان بیشترین نیاز را برای آموزش احساس کرده‌اند و برای حیطه بهورزی اولویت کمتری را در نظر گرفته‌اند. با توجه به نتایج نظرسنجی به دست آمده از پزشکان مقتضی است اهمیت و وزن هر پنج حیطه مشخص و برنامه‌ریزی آموزش مداوم بر اساس نیازهای آنها طراحی گردد تا منجر به افزایش بهره وری این برنامه شود.

واژه‌های کلیدی: نیازسنجی، پزشک خانواده، سلامت، آموزش مداوم

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی (ویژه‌نامه توسعه آموزش) / زمستان ۱۳۸۹؛ ۱۰(۵): ۷۲۶ تا ۷۳۴

* **نویسنده مسؤول**: هدایت‌الله عسگری، کارشناس ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. asgari23@yahoo.com

دکتر منصور شیری، پزشک عمومی دوره MPH، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (shiri.mansoor@gmail.com)؛ مریم طالبی، کارشناس ارشد برنامه‌ریزی اموزشی،شبکه بهداشت و درمان شهرستان مبارکه؛ دکتر حسن کرمعلیان، استادیارگروه علوم تربیتی دانشکده علوم انسانی پیام نور اصفهان، ایران؛ hasankaramalian@yahoo.com محسن روحانی، کارشناس ارشد انگل شناسی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران؛ rohani2020@yahoo.com؛ سیمین نریمانی، کارشناس بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.gostareshisfahan@yahoo.com

این مقاله در تاریخ ۸۹/۱۱/۱ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۹/۱۱/۲۵ اصلاح شده و در تاریخ ۸۹/۱۲/۲ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

مقدمه

در قانون بودجه سال ۱۳۸٤، سازمان بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنین مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت، امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد. مناسب‌ترین استراتژی اجرای برنامه بیمه روستایی در قالب نظام ارجاع، طرح پزشک خانواده است. (تأکید ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم) در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، پزشک عمومی و تیم وی مسؤولیت سلامت افراد تحت پوشش را بر عهده دارد و پس از ارجاع نیز مسؤولیت پیگیری ادامه درمان با وی می‌باشد، لذا یکی از مهم‌ترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات بهداشتی درمانی توأم می‌باشد، علاوه بر این پزشک خانواده خدمات سلامت را به جمعیت تحت پوشش به صورت فعال ارائه می‌کند.پزشک خانواده به عنوان اولین سطح تماس با مردم و بیمار باید دارای مهارت‌های لازم در زمینه غربالگری، تشخیص و درمان بیماران، مهارت‌های ارتباطی و توان تجزیه وتحلیل ابعاد روانی، اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت بوده و قادر به به مدیریت بیماران به ویژه بیماران مزمن نیازمند مراقبت طولانی مدت باشد.اصول حاکم بر اجرای این طرح ملی عبارتند از بهره‌گیری از نظام ارجاع با اولویت شبکه و محوریت پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی و در صورت نیاز مراکز غیر دولتی واجد شرایط(۱).

شرط عملی برای پزشکان خانواده دارا بودن حد اقل شرایط یادشده در بند یک ماده یک آیین‌نامه (مدرک دکتری حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی) می‌باشد. پزشک خانواده –حداقل دارای مدرک دکتری حرفه‌ای پزشکی (تبصره ۲ ماده ۹ آیین‌نامه) و مجوز معتبر کار پزشکی است. پزشک خانواده در نخستین سطح خدمات، عهده‌دار خدمات پزشکی سطح اول است و مسؤولیت‌های زیر را به عهده دارد:

تأمین جامعیت خدمات، تداوم خدمات و مدیریت سلامت، تحقیق و هماهنگی با سایر بخش‌ها.

پزشک خانواده مسؤولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته تعریف شده، بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده ،جمعیت و جامعه تحت پوشش خود قرار دهد. پزشک خانواده می‌تواند برای حفظ و ارتقای سلامت،از ارجاع فرد به سطوح بالاتر استفاده کند، ولی مسؤولیت تداوم خدمات با او خواهد بود. پزشک خانواده مسؤول اداره کردن تیم سلامت است.در این موضوع تیم سلامت (Health Team) بدین صورت تعریف می‌شود: گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی یا توانبخشی که بسته خدمات سطح اول رادر اختیار جامعه تعریف شده قرار می‌دهند و مسؤولیت آنان با پزشک خانواده است.

بسته خدمات سلامت که در سطح یک در تعهد واحد پزشکی خانواده قرار دارد بدین شرح است:

الف– پیشگیری: مانند ایمن‌سازی، پیشگیری از بیماری‌های واگیردار و کنترل آنها ، پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته، بهداشت دهان و دندان، بهداشت روان و...

ب– ارتقای سلامت: مانند آموزش و ترویج سلامت،آموختن شیوه‌های سالم زیستن،یاد دادن مهارت‌های زندگی و....

ج– درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها: مانند ویزیت در مطب، تشخیص و درمان بیماری‌ها، پرداختن به جراحی‌های ساده مانند بخیه زدن، وازکتومی یا ختنه، تزریق، پانسمان، ویزیت در منزل، احیاء قلبی تنفسی و...

د– ارجاع: ثبت اطلاعات بیماران تحت پوشش، ارجاع بیمارن نیازمند مراقبت‌های تخصصی به سطح دوم یا سوم و...

ه– مدیریت سلامت: ثبت اطلاعات مربوط به جمعیت و جامعه زیر پوشش، استفاده از همکاری‌های بین بخشی برای حل مسائل مردم، نظارت بر کار اعضای تیم سلامت

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

و....(۲).

برآورد نیازهای آموزشی پزشکانی که با عنوان پزشک خانواده مشغول خدمت هستند از اهمیت زیادی برخوردار است.

– در بررسی‌های انجام شده حلقه مفقوده نیازسنجی در نظام برنامه‌ریزی آموزش پزشکی و بهداشتی ایران نسبت به سایر کشورهای در حال توسعه به طور جدی تر نتایج برنامه‌های آموزشی را تهدید می‌کند. در تمامی سطوح این نظام، نیازهای آموزشی بهداشتی تعیین‌کننده‌ترین عامل در تدوین و طراحی دوره‌های آموزش سلامت، موضوعات سلامتی و به طور کلی فرایند ارتقای سلامت است(۳).

هدف طرح سازمان‌دهی بیمه روستاییان که در اواخر سال ۱۳۸۳ تدوین و تنظیم گردید، این است که با دیدی سلامت‌نگر جمعیت مشخص و تعریف شده تحت پوشش یک تیم سلامت متشکل از پزشک، پرستار، ماما و تکنسین‌های مختلف بهداشتی و ... قرار گیرد. مدیریت این تیم بر عهده یک پزشک عمومی می‌باشد. این تیم در واقع مسؤول سلامتی افراد است و نه بیماری و درمان!

مشخصات این تیم آن است که کاملاً در دسترس جمعیت قرار گرفته و مستقیماً پاسخگوی نیازهای اولیه بهداشتی – درمانی و آموزش سلامت آنان خواهند بود. خدمات سلامتی که آنان ارائه خواهند کرد کاملاً تعریف شده و بر اساس نیازهای مردم می‌باشد(۲).

پزشکان عمومی در حقیقت مدیران مراکز بهداشتی درمانی و پیشگامان نظام سلامت کشور می‌باشند که در صورت اجرای مدیریتی کارآمد و هوشمند، گام‌های بزرگی در راستای حل معضلات و مشکلات و نارسایی‌های این نظام و اصلاح آن بر خواهند داشت.

همچنین مسأله مربوط بودن آموزش پرسنل به نیازهای واقعی جامعه و نظام ارائه خدمات از اهمیت بسیار بالایی در برنامه‌ریزی آموزشی برخوردار است. در نظر گرفتن این دونکته اساسی یعنی افزایش کیفیت آموزش (به خصوص علم پزشکی و بهداشت) که تنها با تربیت پرسنل براساس نیازهای واقعی جامعه به دست می‌آید و مربوط بودن آنها به این نیازها که قادر باشند در قالب نظام ارائه خدمت مدون کار کنند، می‌توانند دنیای زیبایی را بر روی جامعه و مسؤولین آن بگشاید(۵).

از آنجا که هدف از آموزش مداوم جامعه پزشکی، ارتقای دانش و عملکرد پزشکان و دستیابی به استانداردهای مطلوب خدمات پزشکی منطبق با نیازهای جامعه و نهایتاً افزایش سطح سلامت جامعه است، نیازسنجی و توجه به دیدگاه‌های این گروه اهمیت ویژه پیدا می‌کند. بررسی‌های دفتر آموزش مداوم جامعه پزشکی نشان داده است که نیازسنجی در برنامه‌های آموزش مداوم بطور نسبی و عمدتاً با نظارت متخصصان انجام گرفته و عمده ترین نارضایتی جامعه پزشکی مربوط به عدم همخوانی نیازهای شغلی و مشکلات بالینی پزشکان با موضوعات مطرح شده در برنامه‌ها بوده است(٦).

نیازسنجی اغلب به وسیله یک روش بررسی انجام می‌شود که در آن اطلاعات از تعدادی از افراد که نمونه افراد گروهی هستند که نیازهای آنها سنجیده می‌شود، جمع‌آوری می‌شود(۷).

با توجه به این مهم که دانشجویان پزشکی در طول تحصیل به اندازه کافی با موضوعات و مسائلی که در انجام وظیفه به عنوان مدیر تیم سلامت یک منطقه و پزشک خانواده آشنا نمی‌شوند برای پر نمودن این فاصله به وسیله آموزش بر آن شدیم تا نیازهای آموزشی و اولویت‌های آنها را در استان اصفهان شناسایی کنیم. در زمان این مطالعه ۱۸۳ نفر از پزشکان عمومی در ۲۱ شهرستان استان اصفهان به عنوان پزشک خانواده انجام وظیفه می‌نمودند.

هدف مطالعه حاضر تعیین نیازهای آموزشی پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی روستایی و اعلام آن به

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

مسؤولین آموزش مداوم بود تا بر اساس نیازهای موجود برنامه‌ریزی جهت دوره‌های مذکور صورت گیرد.

روش‌ها

در این مطالعه توصیفی-پیمایشی نیازهای آموزشی کلیه پزشکان عمومی شاغل به عنوان پزشک خانواده در مراکز روستایی استان اصفهان مورد بررسی قرار گرفت. حیطه‌های حائز اهمیت در نیازسنجی آموزشی براساس شرح وظایف پزشکان عمومی مصوب وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و دستورالعمل بیمه روستایی مصوب سال ۱۳۸۳ تدوین شده است. در یک مطالعه مشابه انجام شده توسط امین‌الرعایا و همکاران، برای تامین نیازهای آموزشی کارشناسان اموزش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سه زمینه مهارت فنی-تخصصی، ادراکی و انسانی، از الگوی هدف محور نیازسنجی و پرسشنامه استفاده نمودند(۸).

وظایف پزشکان عمومی را در پنج حیطه حوزه سلامت که شامل آموزش بهداشت، بهداشت روان، بهداشت دهان و دندان، آموزش بهورزی، گسترش شبکه‌ها و سلامت خانواده و جمعیت تعیین نموده ودر هر حیطه مهم‌ترین فعالیت‌های پزشکان عمومی را مشخص نموده است که از آنها در بانک گزینه‌های‌های نیازسنجی نیز استفاده شده است. این پنج حیطه محور اصلی گزینه‌های این نیازسنجی را تشکیل می‌دهد برای این امر از تکنیک‌های نیازسنجی شامل «دلفای» و «فیش باول» استفاده شده که توضیحات آن در منابع معرفی شده بطور کامل آمده است(۳). جهت تهیه فرم اولیه نیازسنجی ۲۱ نفر از پزشکان خانواده که هر یک نماینده یکی از شهرستانهای استان اصفهان بوده و توسط شبکه بهداشت و درمان آن شهرستان انتخاب شده بودند، طی نامه‌ای از طرف مرکز بهداشت استان برای شرکت در کارگاه یک روزه دعوت شدند. همچنین ۱۲ نفر از کارشناسان ستادی به انتخاب واحدهای مختلف فنی مرکز بهداشت استان در این جلسه شرکت کردند.در ابتدا مدعوین جهت برنامه مورد نظر توجیه و سپس در پنج گروه (بر حسب علاقه و کار در گروه فنی) تقسیم شدند. حیطه‌های پنج گانه مشخص گردید و به اعضای گروه‌ها فرصت داده شد به تفکیک پنج حیطه به وسیله بارش افکار و بحث در گروه پیشنهادات خود در رابطه با عناوین مورد نیاز را ارائه کنند. عناوین مشخص شده در هر حیطه توسط پژوهشگر و همکاران گروه‌ها جمع‌بندی و دسته‌بندی شد و مجدداً به گروه داد شد تا دسته‌بندی و چندین بار ویرایش شود و سعی شد عناوین تکراری و غیرمرتبط حذف شده و برخی عناوین مشابه در هم ادغام گردند.

با توجه به عناوین به دست آمده از مرور متون و مطالعات داخلی و خارجی مشابه و استفاده از شرح وظایف پزشکان مندرج در دستورالعمل بیمه روستایی، بانک عناوین تکمیل گردید(۹).

عناوین به دست آمده از مرحله فوق در کمیته علمی مرکز بهداشت استان که شامل نمایندگان گروه‌های فنی مرکز بهداشت استان (که دست‌اندرکاران اصلی اجرای طرح پزشک خانواده) هستند مطرح و مجدداً مورد اصلاح قرار گرفت و با توجه به تکراری بودن، غیرمرتبط بودن و نیاز به گزینه‌های بیشتر در هر حیطه بازنگری شد و در آخر فهرستی شامل ۸۷ عنوان به تفکیک پنج حیطه به دست آمد که شامل موارد زیر می‌باشد:

حیطه اول: آموزش سلامت	۱۰ عنوان
حیطه دوم: سلامت روان	۱۱ عنوان
حیطه سوم: سلامت دهان ودندان	۸ عنوان
حیطه چهارم: بهورزی وگسترش شبکه	۳۰ عنوان
حیطه پنجم: سلامت خانواده وجمعیت	۲۸ عنوان

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

فهرست حاصل و یک قسمت که مربوط به ویژگی‌های پاسخگو است برای امتیازدهی به گروه هدف داده شد.
مقیاس استفاده شده در پرسشنامه به صورت کمی بود و از تکمیل‌کنندگان خواسته شد که به عناوین برحسب اهمیت آنها امتیاز از یک تا ۱۰دهند که یک به معنای کمترین نیاز و ۱۰ به معنای بیشترین نیاز در نظر گرفته شده بود.در این تحقیق جهت سنجش پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. ضریب پایایی به دست آمده از طریق روش فوق و به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS-9 ۰بود که حاکی از پایایی بالای پرسشنامه می‌باشد. تعداد ۱۸۳ پرسشنامه تکثیر و طی نامه‌ای از مرکز بهداشت استان اصفهان به شبکه‌های بهداشت و درمان استان ارسال و خواسته شد طی مدت ۳۰ روز پرسشنامه‌ها از طریق شبکه‌ها در اختیار پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستایی قرار داده شده و پس از تکمیل به مرکز بهداشت استان ارسال گردد. از آنجایی که در این مطالعه تمامی پزشکان خانواده شاغل در استان اصفهان به عنوان گروه هدف انتخاب شدند روش آماری سرشماری بود و نیازی به نمونه‌گیری نبود. لذا نظرات کل پزشکان خانواده مورد بررسی قرارگرفت. با انجام نظارت مستمر همکاران شاغل در شبکه‌های بهداشتی درمانی ٦٧ درصد از پرسشنامه‌ها پس از تکمیل، گردآوری شد

نتایج

پس از تجزیه و تحلیل یافته‌ها نتایجی به شرح به دست آمد:
از ۱۸۳ پرسشنامه ارسال شده برای پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی روستایی ۱۲۰ پرسشنامه (٦٧ درصد) تکمیل و بازگردانده ۵۹ درصد مؤنث، ۲۱ درصد مذکر و میانگین سابقه کار۸ سال (۱تا۱۷سال) داشتند.
میانگین و انحراف معیار نیاز آموزشی پزشکان ۲/۹و۵/٦ بر اساس حداکثر نمره ۱۰بود. میانگین و انحراف معیار نیاز آموزشی در حیطه‌های پنج‌گانه از نظر پزشکان به ترتیب اولویت شامل سلامت روان (٦/۹±۲/۷) سلامت خانواده و جمعیت (۵/۹±۳/۰) آموزش سلامت(٦/۹±۲/۹)tسلامت دهان و دندان(۵/٤±۳/۰)، گسترش شبکه(۵/۳±۳/۱) و بهورزی (٤/٦±۳/۰) می‌باشد. جدول یک اولین و آخرین نیازهای اولویت‌بندی شده به وسیله پزشکان را نشان می‌دهد.

جدول ۱: اولین و آخرین نیاز آموزشی پزشکان خانواده به تفکیک پنج حیطه حوزه سلامت سلامت استان اصفهان ۱۳۸۸

حیطه آموزشی	عنوان اولین نیازآموزشی در حیطه	عنوان آخرین نیازآموزشی در حیطه
آموزش سلامت(۱۰عنوان)	اصول مشاوره	بازاریابی اجتماعی
سلامت روان(۱۱عنوان)	دارودرمانی در روانپزشکی	دمانس و الزایمر
سلامت دهان و دندان(۸عنوان)	آشنایی با کنترل رژیم غذایی در سلامت دهان و دندان	معاینات غربالگری وضعیت سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان
بهورزی و گسترش شبکه(۳۰عنوان)	الگوی طراحی آزمونهای استاندارد و مدیریت بحران	آشنایی با درمان‌های ساده علامتی و مدیریت کامل و جامع بیماران در قالب سیستم ارجاع
سلامت خانواده و جمعیت(۲۸عنوان)	عفونت مقاوم به درمان در زنان	بیماری‌های دهان و دندان در سالمندان

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

جدول ۲: اولویت‌بندی (۳ اولویت اول) نیازهای آموزشی پزشکان خانواده به تفکیک پنج حیطه حوزه سلامت-استان اصفهان ۱۳۸۸

حیطه	اولویت	میانگین از ۱۰
آموزش سلامت		
اصول مشاوره	۱	۶/۳
تکنولوژی آموزشی	۲	۶/۲
برنامه ریزی آموزشی	۳	۵/۸
سلامت روان		
دارودرمانی در روانپزشکی	۱	۷/۹
تشخیص اختلالات رفتاری کودکان	۲	۷/۷
سوء مصرف مواد	۳	۷/۱
سلامت دهان و دندان		
آشنایی با کنترل رژیم غذایی در سلامت دهان ودندان	۱	۵/۶
آشنایی با فلورایدتراپی	۲	۵/۶
آشنایی با فیشورسیلانت	۳	۵/۶
بهورزی و گسترش شبکه		
مدیریت بحران	۱	۶/۰
مدیریت حل مشکل	۲	۵/۷
نحوه برنامه‌ریزی اجرایی عملیاتی	۳	۵/۶
سلامت خانواده و جمعیت		
عفونت مقاوم به درمان در زنان	۱	۷/۲
سلامت روان کودکان واختلالات رفتاری در کودکان	۲	۶/۷
احیای نوزادان	۳	۶/۶

بحث

هدف از این مطالعه تعیین نیازهای آموزشی پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان اصفهان بود. پزشکان خانواده بیشترین نیاز خود را در حیطه سلامت روان عنوان نمودند. در مطالعه‌ای که در باره محتوا و زمان عناوین آموزش مداوم پزشکان عمومی انجام شده است نیز پزشکان اولویت بیشتری برای بیماری‌های روانی در آموزش مداوم موردنیاز خود عنوان نموده‌اند(۶). در پژوهشی که با عنوان تعیین نیازهای آموزشی پزشکان عمومی در استرالیا انجام شد روانپزشکی در میان دو اولویت اول نیاز آموزشی پزشکان عمومی اعلام شده است(۱۰).

مطالعات بالا نقش سلامت روان را به عنوان نیاز اول پزشکان عمومی تأیید می‌کند و باید برنامه‌های آموزش مداوم در جهت رفع نیازهای آموزشی پزشکان در این حیطه برنامه‌ریزی گردد. در حیطه سلامت روان اولویت اول، دارودرمانی در روانپزشکی می‌باشد.در مطالعه‌ای که درباره تعیین نیازهای آموزشی پزشکان از دیدگاه خودشان انجام شد اولویت دوم آموزشی پزشکان در مبحث فارماکولوژی دارودرمانی در روانپزشکی بود(۲).

با توجه به اهمیت سلامت روان و ادغام آن در سیستم شبکه و موضوع بیماریابی و ارجاع که به صورت فعال در مناطق روستایی انجام می‌شود، این ضرورت احساس می‌شود که در برنامه‌ریزی‌های آموزش مداوم این موضوعات جهت آموزش پزشکان در نظر گرفته شود.

در حیطه آموزش سلامت اولویت اول نیاز آموزشی پزشکان خانواده اصول مشاوره می‌باشد. با توجه به اهمیت نقش مردم در انتخاب رفتارهای سلامت محور، مشاوره و آموزش صحیح به مراجعه‌کنندگان نقش مؤثری در پیشگیری از بروز بیماری‌ها دارد. به نظر می‌رسد پزشکان عمومی جهت ارائه مشاوره صحیح و یادگیری اصول آن نیاز به آموزش دارند.در پژوهشی که در استرالیا انجام شد پزشکان عمومی در میان ده اولویت اول نیازهای آموزشی که بیان کرده‌اند به اصول مشاوره اولویت نهم را اختصاص داده‌اند.در حیطه سلامت دهان و دندان اولویت اول اهمیت آشنایی با کنترل رژیم غذایی در سلامت دهان ودندان می‌باشد.یکی از مؤثرترین روش‌های پیشگیری از بروز پوسیدگی دندان رعایت رژیم غذایی می‌باشد. نتایج نیازسنجی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور نشان می‌دهد که بالا بودن میزان شیوع پوسیدگی دندان در جمعیت تحت پوشش، چهارمین مشکل بهداشتی کشور می‌باشد(۱۱). با توجه به ارائه آموزش‌های فردی و گروهی توسط پزشکان عمومی و تیم سلامت به افراد

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

تحت پوشش این موضوع می‌تواند نقش مؤثری در کنترل بروز و شیوع پوسیدگی‌های دندان در جوامع روستایی داشته باشد.در حیطه گسترش شبکه و آموزش بهورزی اولویت اول مدیریت بحران می‌باشد.

در حیطه سلامت خانواده و جمعیت اولویت اول بیماری‌های مقاوم به درمان در زنان می‌باشد.در پژوهشی که در خصوص آموزش مداوم انجام شد بیماری‌های زنان رتبه چهارم اولویت‌های آموزشی را به خود اختصاص داده است(٦). با توجه به عدم وجود امکانات تخصصی در سطح روستاها و وجود بیماری‌های مزمن در این زمینه و محدودیت ارجاع به سطوح تخصصی باید زمینه‌های افزایش آگاهی و مهارت پزشکان فراهم آید تا هم از بالا رفتن میزان ارجاع به متخصص جلوگیری شود و هم مردم بتوانند در محل زندگی خود به درمان مناسب و کارآمد دسترسی پیدا کنند.

در یک نگاه کلی هدف عمده آموزش مداوم پزشکی به روز نگه داشتن مهارت‌ها و تکامل حرفه‌ای پزشکان است تا بتوانند نیازهای بیماران و سیستم سلامت را به خوبی برآورده سازند و موجب ارتقای سیستم سلامت گردند.

در مطالعه‌ای دیگر مشخص شد که در غالب موارد بین اوقات صرف شده برای آموزش مداوم پزشکان با مشکلات بهداشتی جامعه و طبعاً نیازهای شغلی پزشکان همخوانی وجود ندارد(١٢) نتایج نیازسنجی‌های انجام شده می‌تواند باعث افزایش کیفیت برنامه‌های آموزش مداوم شود، در صورتی که سایر مراحل برنامه‌ریزی آموزشی از جمله پایش و ارزشیابی به صورت مناسب انجام پذیرد.

این بررسی دارای نقاط قوت شامل: مشارکت نمایندگان پزشکان خانواده و مسؤولین و متولیان طرح پزشک خانواده بود که تعمیم‌پذیری آن را در استان تضمین می‌نماید و می‌تواند راه‌گشای خوبی برای تحقیقات بعدی باشد ولی به دلیل گستردگی موضوع‌های آموزشی به حیطه‌های خاصی محدود شد که ممکن است شمول کل نظرات و نیازهای آموزشی پزشکان را تحت تأثیر قرار دهد.

نتیجه‌گیری

این پژوهش به بررسی نیازهای آموزشی پزشکان خانواده در پنج حیطه مربوط به حوزه سلامت و اولویت‌بندی نیازها به تفکیک هر حیطه پرداخته است. با توجه به نقش محوری سلامت و در جهت بالا بردن توانمندی پزشکان عمومی در حیطه مذکور باید نتایج نیازسنجی‌های انجام شده در این خصوص در رأس برنامه‌ریزی‌های آموزش مداوم و برنامه‌های بازآموزی قرار گیرد تا کیفیت دوره‌های برگزار شده جهت پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی افزایش یابد و این آموزش‌ها در جهت رفع نیازهای پزشکان در حیطه سلامت مؤثر واقع گردد.

قدردانی

مراتب تشکر و قدردانی خود را از همکاران شاغل در واحد گسترش شبکه و آموزش سلامت مرکز بهداشت استان اصفهان و کلیه پزشکان خانواده شاغل در استان و همکاران محترمی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، اعلام می‌داریم.

منابع

1. Komitah Kashvari Fani bimah rostaee va pazash khanavadah .Dasstor amal ajraee barnamah bimah rostaee va pazash khanavadah. 2008;8;5-11. [Persian]
2. Ghafari A. [Family Physician]. Special Report, MED&LAB Engineering Magazine. 2009;8(90) .[Persian]
3. Yarmohamadyan MH, Bahrami S.[Neyazsanjy Dar Sazmanhayah Bahdashty Darmany Va Amozashy].1st ed.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

Isfahan : Honarhayah Zyba. 2007. [Persian]
4. Zeynalou A, Shirazi M, Alaeddini F, Tofighi H, Pajoumand A, Seyrafi H, et al.[Determining the opics and Content of CME Programs in Five Selected Subjects:Comparing the View Points of Experts and Target Group]. a Tehran University of Medical Sciences Experience]. Iranian Journal of Medical Education. 2009; 8(2):255-262.[Persian]
5. Akbari M. Community oriented medical education.Isfahan.1990:15-17.[Persian]
6. Shakurnia A, Elhampour H, Marashi T, Heidari Soureshjani Sh.[Concordance of Length and Contents of Continuing Medical Education Programs with Educational Demands of Practicing GPs in Khuzestan Province].Iranian Journal of Medical Education. 2008;7(1):85-92.[Persian]
7. polit D, Tatano Beck C. Nursing Research .Generaiting and Assessing Evidence For Nursing Practice . 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2008 .
8. Aminoroaya M, Yarmohammadian MH, Yousefy AR. [Educational Needs of Education Experts in Isfahan University of Medical Sciences] Iranian Journal of Medical Education. 2002; 2 (2) :5-13.[Persian]
9. Allan J, Schaefer D, Nigel S. Improving the learning needs survey by using four approaches .Australian Family Physician. 2005;(34)84-86.
10. Shiri M. [Nyazsanji Amozashi Zemn Khadmat Karshanasan Amozesh Salamat Markaz Behdasht Ostan Va shabakahayah Behdast Va Darman Ostan Isfahan]. Isfahan : Moavanat Pazhohashy Daneshgah Olompezashki Isfahan. 2008.[Persian]
11. Peck C, Mccall M, McLarn B, Rotem T.Continuing medical education and continuing professional development. international comparisons .BMJ. 2000;320(7232).432
12. Davoodi S.[Moghadamahee bar aslah aslahat nazam salamat].1st ed. Tehran:asar moaser.2009. [Persian]

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

Educational Needs Assessment of Family (General) Physicians Working in Rural Health Centers of Esfahan Districts in Five Domains

Mansoor Shiri,[1] Hedayatallah Asgari*[2]. Maryam Talebi[3], Hasanalli karamalian[4]. Mohsen Rohani[5], Symin Narimani[6]

Abstract

Background:*The duty of physicians in new world is to promote health, prevent diseases and deliver primary health care. Hence there is need for physicians who are able and skilled according to the needs of society. The goal of this study is to determine the needs of general physicians working in rural health centers of Esfahan province in five health domains.*

Methods: *In this descriptive-survey study viewpoints of 183 general physicians working in rural health centers of Esfahan province were studied. A questioner composed of two sections, demographics and 91 topics in five domains, including health education, psychological health, oral and dental health, family health, health providers training courses (Behvarzi) and also health network development was prepared. The topics were determined based on viewpoints, literature review, national and international studies and rural insurance guidelines. The determined needs were prioritized.*

Results: *The most important educational needs of physicians in different domains are: psychological health, family health& population, health education, dental& oral health, health providers training courses and also health network development . The first priority in each domain was as follows: psychological health: drug therapy in psychiatry, family health& population: drug resistant infections in women, health education: consultation principles, oral& dental health: diet control for oral& dental health, in health network development& health providers training courses: crisis management and duties of health providers (Behvarz).*

Conclusion: *The physicians felt that psychological health is the first educational need and health providers training courses the last one. Considering the results of physicians needs assessment, it is suggested these five domains be included into continuing educational courses for physicians to enhance the efficiency of family physician programs.*

Key Words: Needs Assessment, General Physician, Health, Continuous Education

Addresses

1MD.MPH, Director of Health Education Unit , Health Department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: shiri.mansoor@gmail.com

2 (✉)Master of Health Services Management, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: asgari43@yahoo.com

3 Master of Educational Planning, Health Network Mobarakeh Isfahan, Iran

4 Assistant Professor of Human Sciences Faculty of Educational Sciences, Isfahan Payam Noor, Iran ,E-mail: hasankaramalian@yahoo.com

4 Master of Medical Parasitology, Director of Network group expansion, Health Department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: rohani2020@yahoo.com

5 Public Health Expert , Isfahan, Iran, E-mail: gostareshisfahan@yahoo.com

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]