پزشکان عمومی اصفهان و بیماری مراجعین گامی در جهت پاسخ‌گویی به نیاز جامعه

اطهر امید، شقایق حق‌جوی جوانمرد، بتول اقبالی*، مرضیه حسینی

چکیده

مقدمه: فارغ‌التحصیلان نظام آموزش پزشکی باید توانمندی‌های لازم برای پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه را در دوران تحصیل کسب نمایند. این مطالعه با هدف تعیین فراوانی نسبی مواجهات پزشکان عمومی شاغل در شهرستان اصفهان، در ارتباط با بیماری‌های مختلف انجام شده است.

روش‌ها: در این مطالعه توصیفی مقطعی ۶۴ پزشک عمومی شاغل در شهرستان اصفهان شرکت کردند. پس از تأیید روایی و پایایی ۱۰ پرسشنامه مخصوص تعیین فراوانی مواجهات با بیماری‌های اطفال، جراحی، زنان و زایمان و داخلی، این پرسشنامه‌ها توسط پزشکان تکمیل گردید. فراوانی مواجهه به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای شامل روزانه، روزانه تا هفته‌ای یک بار، هفته‌ای یک بار، برخی مواقع و بندرت (به ترتیب با نمره ۵ تا ۱) مورد ارزیابی قرار گرفت.

نتایج: پرسشنامه‌های تهیه شده توسط ۲۸ پزشک مرد و ۳۶ پزشک زن با میانگین سنی ۷/۰±۳۹/۰ و سابقه کار ۵/۹±۳/ ۱۱ سال تکمیل گردید. بیشترین میزان مواجهه در گروه بیماری‌های اطفال، جراحی، زنان و داخلی به ترتیب مربوط به سرماخوردگی، دردهای غیر جراحی شکم، ترشح واژینال و دیابت قندی و کمترین میزان مواجهه نیز به ترتیب مربوط به Ariboflavinosis، آبسه پانکراس، کوریوکارسینوم و سارکوییدوز بود.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه میزان مواجهات پزشکان عمومی اصفهان با بیماری‌های مختلف مشخص گردید. این اطلاعات می‌تواند به تصمیم‌گیرندگان نظام آموزش پزشکی عمومی در ایجاد تغییرات برنامه درسی متناسب با نیاز جامعه کمک کند؛ اما برای برنامه‌ریزی دقیق‌تر بررسی عوامل دیگر از جمله شدت خطر بیماری‌های کمتر شایع برای حیات بیمار نیز ضروری می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: مواجهات، پزشکان عمومی، آموزش پزشکی پاسخ‌گو

ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ویژه‌نامه توسعه آموزش و ارتقای سلامت/ اسفند۱۳۹۰؛ ۱۱(۹): ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۴

مقدمه

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مسؤولیت تأمین و حفظ سلامت جامعه را بر عهده دارد. تربیت نیروی انسانی لازم برای این امر در دانشگاه‌های علوم پزشکی صورت می‌گیرد. پزشکان گروهی از این نیروی انسانی هستند که در مقاطع پزشکی عمومی، تخصصی و فوق تخصصی در دانشکده‌های پزشکی آموزش می‌بینند.

* **نویسنده مسؤول:** بتول اقبالی: پزشک عمومی- کارشناس ارشد آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، خیابان غفاری، بیرجند، ایران. (b73.eghbali@gmail.com)

اطهر امید : دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان هزار جریب، اصفهان، ایران. (athar_omid@yahoo.com)؛ شقایق حق‌جوی جوانمرد (استادیار)، مرکز تحقیقات فیزیولوژی کاربردی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان هزار جریب، اصفهان، ایران (sh_haghjoo@med.mui.ac.ir)؛ مرضیه حسینی : کارشناس دفتر توسعه آموزش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان هزار جریب، اصفهان، ایران(mari.h.62@gmail.com)

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی است که با شماره ۲۸۸۱۴۸در تایخ ۸۸/۶/۱۶ در مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی تصویب و هزینه های آن پرداخت گردید. تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۸/۱۱، تاریخ اصلاحیه: ۹۰/۱۰/۲۷، تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۰/۲۹

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]

هدف نهایی تربیت پزشکان بهبود وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه تحت پوشش است(۱)؛ بنابراین آموزش آنان باید به گونه‌ای باشد که هنگام فراغت از تحصیل حاذق باشند، بتوانند نیازهای جامعه را درک کنند، در حل مشکلات فردی و اجتماعی به مردم کمک کنند و توانایی تطابق در پاسخ‌گویی به انتظارات در حال تغییر جامعه و پیشرفت علوم پزشکی را داشته باشند(۲و۳). پاسخ‌گویی اجتماعی آموزش پزشکی به معنای خواستن و توانایی تطابق با نیازهای بیماران و سیستم مراقبت از بیمار به صورت ملی و جهانی است(٤)؛ پیش‌بینی نیاز سلامت جامعه به عنوان یک راهکار عملیاتی برای اینکه دانشکده‌های پزشکی پاسخ‌گو به جامعه باشند، مطرح شده است(٥). برای رسیدن به این هدف لازم است نیاز جامعه در تدوین برنامه درسی (curriculum) آموزش پزشکی (در مقاطع مختلف) مورد توجه قرار گیرد؛ ضرورت توجه به این نکته در مقطع پزشکی عمومی به این دلیل که فارغ‌التحصیلان آن بیشترین مواجهه را با بیماران سطح جامعه دارند، بیش از سایر مقاطع مطرح می‌شود.

سرعت تغییرات در نظام سلامت و نیازهای جامعه، بازنگری در آموزش پزشکی را به نحوی که پزشکانی متناسب و آماده رویارویی با مشکلات قرن بیست و یکم تربیت کند، ضروری می‌نماید(٦). تعیین میزان مطابقت سرفصل‌های تدریس شده با نوع بیماری‌ها و مشکلات بیماران مراجعه‌کننده به پزشکان عمومی، می‌تواند در تصمیم‌گیری برای بازنگری و اعمال تغییر در محتوای برنامه درسی پزشکی عمومی بر مبنای پاسخ‌گویی به نیاز جامعه کمک‌کننده باشد. در دانشگاه Manchester محتوای آموزشی ضروری در دو مرحله 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(۷). در دانشگاه Sheffield برای مشخص کردن محتوای آموزشی ضروری ابتدا یک لیست از علائم و نشانه‌های بالینی بیماری‌ها با استفاده از منابع درسی و کوریکولوم دانشکده‌های پزشکی مشخص شد؛ 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(۸). در کشور ما نیز مدتی است که اصلاح برنامه‌های آموزش پزشکی در دستور کار قرار گرفته و اقداماتی نیز صورت گرفته است؛ البته اقدامات انجام شده بیشتر از آنکه جنبه‌ی کاربردی داشته باشد، مناسب برگزاری امتحانات مقطعی مانند آزمون پیش‌کارورزی و پذیرش دستیاران بوده است. یک پروژه تحقیقاتی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با همکاری اعضاء هیأت علمی دانشگاه‌های کشور منجر به نتایج کاربردی‌تری شده و سرفصل‌های مختلف دروس پزشکی عمومی با جزئیات کامل از قبیل حدود وظایف پزشکان عمومی، نیازهای آموزشی و سطح منابع مورد نیاز برای مطالعه در آن مشخص شد(۹)؛ مطالعه انجام شده بر اساس نظر متخصصان بوده و از پزشکان عمومی در این مطالعه نظرخواهی نشده است. بنابراین ما به دلیل لزوم نیازسنجی از خود پزشکان عمومی بر آن شدیم تا این مطالعه را انجام دهیم. هدف از انجام این مطالعه بررسی میزان مواجهات پزشکان عمومی استان اصفهان با انواع بیماری‌ها بر اساس سرفصل دروس بالینی پزشکی عمومی می‌باشد. نتیجه مطالعه در تعیین محتوای آموزش بالینی ضروری پزشکان عمومی و تصمیم‌گیری در مورد اعمال تغییرات احتمالی مورد نیاز در برنامه درسی پزشکی عمومی مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]

روش‌ها

این مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۰ در سطح استان اصفهان انجام شده است. جامعه مورد مطالعه پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، مطب‌ها و کلینیک‌های شبانه‌روزی استان اصفهان و معیار ورود به مطالعه سابقه کار بیش از یکسال بود. نمونه‌گیری از کل استان اصفهان و به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد. برای گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌هایی تهیه شد. قسمت اول پرسشنامه‌ها شامل اطلاعات دموگرافیک بود؛ قسمت دوم شامل عناوین بیماری‌های اطفال، جراحی، زنان و زایمان و داخلی (شامل قلب و عروق، روماتولوژی، ریه، کلیه، غدد، گوارش و خون و سرطان) بود که به صورت جداگانه با استفاده از محتوای آموزش بالینی بیماری‌های بخش‌های ماژور تعیین شده در مطالعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهیه و با نظر اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأیید گردید. در مجموع ۱۰ پرسشنامه تهیه شد که تعداد موارد بیماری یا علامت مورد سؤال در هر کدام به این شرح می‌باشد: بیماری‌های اطفال ۱۳٤ مورد، بیماری‌های جراحی ۱۲۸ مورد، بیماری‌های زنان ۱۲۲ مورد، بیماری‌های قلب و عروق ۵۸ مورد، بیماری‌های روماتولوژی ٤٦ مورد، بیماری‌های ریه ۳٤ مورد، بیماری‌های کلیه ۳۹ مورد، بیماری‌های غدد ۲۵ مورد، بیماری‌های گوارش ۸۳ مورد و بیماری‌های خون و سرطان ٤۰ مورد. روایی پرسشنامه مربوط به هر کدام از بیماری‌های زنان و زایمان، جراحی، اطفال و بخش‌های مختلف داخلی توسط دو نفر کارشناس در زمینه‌ی مربوطه و یک نفر کارشناس آموزش پزشکی عمومی بررسی شد. فراوانی علائم و بیماری‌های مورد بررسی به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای شامل روزانه، روزانه تا هفتگی، هفتگی تا ماهانه، گهگاه و بندرت مشخص شد و به این گزینه‌ها به ترتیب نمره‌ی ۵، ٤، ۳، ۲ و ۱ تعلق گرفت. در طرح پایلوت پایایی پرسشنامه به روش Test-Retest و با ۱۰٪ حجم نمونه مورد بررسی قرار گرفت. تعداد ۱۰۰ سری پرسشنامه در نیمه اول سال ۱۳۹۰ توزیع شد. به منظور جلب همکاری بیشتر شرکت‌کنندگان در مطالعه، هدیه‌ای برای ایشان در نظر گرفته شد. بعد از گذشت یک ماه ٦٤ پرسشنامه تکمیل شده برگشت داده شد. داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-11.5 آنالیز گردید. میانگین نمره‌ی هر علامت یا بیماری به عنوان ملاک میزان مواجهه با آن علامت یا بیماری در نظر گرفته شد؛ به این صورت که میانگین ۵ نشان‌دهنده‌ی حداکثر میزان مواجهه و میانگین ۱ نشان‌دهنده‌ی حداقل میزان مواجهه بود.

نتایج

۲۸ پزشک مرد و ۳٦ پزشک زن پرسشنامه‌های تهیه شده را تکمیل کردند. ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه در جدول ۱ و محل کار آنان در جدول ۲ مشخص شده است.

جدول۱: ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه

	میانگین	انحراف معیار
سن (سال)	۳۹/۰۳	۷/۰۰
سابقه کار (سال)	۱۱/۳۱	۵/۹٤
معدل کل دوران تحصیل	۱٦/۰٤	۱/۱۵
متوسط تعداد مراجعه روزانه	۲۹/۸۹	۱٤/۸٦

جدول۲: توزیع فراوانی محل فعلی کار

محل فعلی کار	فراوانی	درصد	درصد اصلاح‌شده	درصد تجمعی
مطب	۲۱	۳۲/۸	۳۵/٦	۳۵/٦
اورژانس	٤	٦/۳	٦/۸	٤۲/٤
شهر	۵	۷/۸	۸/۵	۵۰/۸
روستا	۷	۱۰/۹	۱۱/۹	٦۲/۷
پزشک خانواده	۲۱	۳۲/۸	۳۵/٦	۹۸/۳
سایر موارد	۱	۱/٦	۱/۷	۱۰۰/۰
جمع	۵۹	۹۲/۲	۱۰۰/۰	

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]

نامشخص	٥	٧/٨
جمع کل	٦٤	١٠٠/٠

بیشترین و کمترین میزان مواجهه در گروه‌های مختلف بیماری‌ها به این شرح به دست آمد:

✓ در گروه بیماری‌های اطفال بیشترین میزان مواجهه مربوط به سرماخوردگی (٤/١٣±١/٣٨) و کمترین میزان مواجهه مربوط به Ariboflavinosis (٠/٠±٠/١) بود.

✓ در گروه بیماری‌های جراحی بیشترین میزان مواجهه مربوط به دردهای غیر جراحی شکم (٣/٩٢±١/١٢) و کمترین میزان مواجهه مربوط به آبسه پانکراس (١/٠٩±٠/٥٤) بود.

✓ در گروه بیماری‌های زنان بیشترین میزان مواجهه مربوط به ترشح واژینال (٣/٩٠±١/٠٧) و کمترین میزان مواجهه مربوط به کوریوکارسینوم (١/٠٢±٠/١٣) بود.

✓ در گروه بیماری‌های قلب و عروق بیشترین میزان مواجهه مربوط به فشارخون بالای اولیه (٣/٩٤±١/٢٦) و کمترین میزان مواجهه مربوط به دکستروکاردی (١/٠٢±٠/١٢) بود.

✓ در گروه بیماری‌های روماتولوژی بیشترین میزان مواجهه مربوط به درد پشت/گردن (٣/٩٥±١/٢٤) و کمترین میزان مواجهه مربوط به بیماری شوگرن (١/٠٨±٠/٢٨) بود.

✓ در گروه بیماری‌های ریه بیشترین میزان مواجهه مربوط به سرفه/خلط (٣/٨١±١/٢٨) و کمترین میزان مواجهه مربوط به سارکوییدوز (١/٠٠±٠/٠٠) بود.

✓ در گروه بیماری‌های کلیه بیشترین میزان مواجهه مربوط به دیزوری (٣/٦٦±١/٠٢) و کمترین میزان مواجهه مربوط به آژنزی و دیسژنزی کلیوی (١/٠٧±٠/٢٥) بود.

✓ در گروه بیماری‌های غدد بیشترین میزان مواجهه مربوط به دیابت قندی (٤/٣١±١/٠٨) و کمترین میزان مواجهه مربوط به نئوپلاسم بدخیم غده تیروئید (١/٠٥±٠/٢٢) بود.

✓ در گروه بیماری‌های گوارش بیشترین میزان مواجهه مربوط به درد شکم (٣/٦٢±١/١٤) و کمترین میزان مواجهه مربوط به هپاتیت ویروسی (١/٠٢±٠/١٣) بود.

✓ در گروه بیماری‌های خون و سرطان بیشترین میزان مواجهه مربوط به کم‌خونی (٣/٩٢±١/٠٥) و کمترین میزان مواجهه مربوط به Rhesus Isoimmunization (١/٠٢±٠/١٣) بود.

در جدول ٣ میانگین و انحراف معیار مربوط به ١٠ درصد علائم و بیماری‌ها با بالاترین میانگین مواجهه و ١٠ درصد علائم و بیماری‌ها با پایین‌ترین میانگین مواجهه در هر یک از گروه‌های بیماری مشاهده می‌شود.

جدول ٣: میانگین و انحراف معیار مواجهات پزشکان عمومی استان اصفهان

	بیشترین تعداد دفعات مواجهه			کمترین تعداد دفعات مواجهه		
	علائم یا بیماری‌ها	میانگین	انحراف معیار	علائم یا بیماری‌ها	میانگین	انحراف معیار
اطفال	سرماخوردگی	۴/۱۳	۱/۳۸	Ariboflavinosis	۱	۰
	گاستروانتریت ویروسی	۳/۴۴	۱/۰۳	اختلالات ترانسپورت آمینواسیدها	۱	۰
	سینوزیت حاد	۳/۴۰	۱/۳۳	بیماری گوشه	۱	۰
	فارنژیت استرپتوکوکی	۳/۳۷	۱/۲۸	اختلالات متابولیسم فسفر	۱	۰
	رینیت آلرژیک	۳/۲۴	۱/۲۳	کمبود انتخابی IgA	۱	۰
	تونسیلیت و آدنوتونسیلیت مزمن	۲/۷۵	۰/۹۶	کمبود انتخابی IgM	۱	۰
	آنفلوآنزا	۲/۷۳	۱/۱۴	حلقه مادرزادی مری	۱	۰
	پنومونی ویروسی	۲/۶۶	۱/۲۱	ترومبوسیتوپنی گذرای نوزادی	۱	۰

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]

	Diaper rash	۲/۵۷	۱/۲۰	DIC نوزادی	۱	۰
	برونشیت حاد	۲/۵۶	۱/۱۳	فنیل‌کتونوری	۱/۰۲	۰/۱۳
	آسم	۲/۵۳	۱/۰۸	هیپوگاماگلوبولینمی مادرزادی	۱/۰۲	۰/۱۳
	شب‌ادراری	۲/۴۸	۰/۹۶	آنومالی‌های پانکراس	۱/۰۲	۰/۱۳
	ریفلاکس گاستروازوفاژیال	۲/۴۲	۱/۱۲	سرخجه مادرزادی	۱/۰۲	۰/۱۳
	خروسک	۲/۳۹	۱/۱۹	کمبود اسید اسکوربیک	۱/۰۲	۰/۱۳
	میانگین	۲/۸۹	۰/۸۵	میانگین	۱/۰۰	۰/۰۱
جراحی	دردهای غیر جراحی شکم	۳/۹۲	۱/۱۲	آبسه پانکراس	۱/۰۹	۰/۵۴
	برخورد با درد شکم	۳/۷۵	۱/۰۹	پاراتیروئید (جراحی)	۱/۱۴	۰/۴۸
	ریفلاکس مری	۳/۵۶	۱/۰۱	پسودوکیست پانکراس	۱/۱۶	۰/۵۹
	دیسپپسی	۳/۳۴	۱/۳۴	توده‌های پانکراس	۱/۱۷	۰/۵۰
	هموروئید	۳/۲۷	۰/۹۳	هموتوراکس	۱/۱۸	۰/۵۰
	خارش آنوس	۳/۱۸	۱/۰۹	غرق‌شدگی	۱/۱۹	۰/۶۸
	برخورد با سرفه طول‌کشنده	۳/۱۶	۱/۰۹	کلانژیت	۱/۱۹	۰/۵۱
	پرکاری و کم‌کاری تیروئید	۳/۱۱	۱/۱۴	ایسکمی مزانتر	۱/۲۰	۰/۶۱
	بیماری شریانی مربوط به دیابت	۳/۱۰	۱/۳۸	کانسر پانکراس	۱/۲۰	۰/۶۱
	فیشر آنال	۳/۰۸	۰/۹۵	توده‌های مدیاستن	۱/۲۱	۰/۶۳
	درد آنوس	۲/۹۷	۱/۰۶	پنوموتوراکس	۱/۲۲	۰/۵۸
	بیماری‌های خوش‌خیم پستان	۲/۹۴	۱/۲۶	بدخیمی‌های کولون	۱/۲۲	۰/۵۵
	بیماری‌های عفونی و انگلی کولون	۲/۹۴	۰/۹۶	آدرنال (جراحی)	۱/۲۲	۰/۵۹
	میانگین	۳/۲۳	۰/۷۵	میانگین	۱/۲۱	۰/۵۱
زنان	ترشح واژینال	۳/۹۰	۱/۰۷	کوریوکارسینوم	۱/۰۲	۰/۱۳
	خونریزی واژینال: زیاد/نامنظم/غیرطبیعی	۳/۵۶	۱/۱۲	اینرسی ثانویه رحم	۱/۰۲	۰/۱۳
	دیسمنوره	۳/۵۶	۰/۹۵	دیستوشی شانه	۱/۰۴	۰/۱۹
	واژینیت و ولووواژینیت	۳/۵۲	۱/۲۹	اینرسی اولیه رحم	۱/۰۴	۰/۱۹
	غربالگری پاپ اسمیر	۳/۳۷	۱/۱۸	شوک به دنبال زایمان	۱/۰۴	۰/۱۹
	پیشگیری از بارداری	۳/۳۵	۱/۲۲	پارگی درجه ۳ پرینه طی زایمان	۱/۰۴	۰/۱۹
	سندرم پیش‌قاعدگی	۳/۱۳	۱/۰۴	پارگی درجه ۴ پرینه طی زایمان	۱/۰۴	۰/۱۹
	منوپوز	۳/۰۶	۱/۰۸	انقباضات هیپرتونیک، ناهماهنگ یا طول‌کشیده رحم	۱/۰۵	۰/۲۲
	Vulvar itch	۲/۸۹	۱/۳۲	Early syphlis	۱/۰۵	۰/۲۲
	اختلال عملکرد تخمدان	۲/۸۸	۱/۲۶	شانکروئید	۱/۰۷	۰/۲۶
	آمنوره	۲/۸۶	۱/۰۳	عفونت‌های خاص دوره پری‌ناتال	۱/۰۷	۰/۲۶
	سرویسیت و اندوسرویسیت	۲/۷۹	۱/۳۲	آسیب شبکه براکیال طی زایمان	۱/۰۷	۰/۲۶
	تخمدان پلی‌کیستیک	۲/۷۸	۱/۰۸	آمبولی ریوی مربوط به بارداری	۱/۰۹	۰/۲۸
	میانگین	۳/۱۸	۰/۸۵	میانگین	۱/۰۴	۰/۰۸
قلب وعروق	فشارخون بالای اولیه	۳/۹۴	۱/۲۶	دکستروکاردی	۱/۰۲	۰/۱۲
	Raised blood pressure	۳/۲۶	۱/۳۰	مجرای شریانی باز	۱/۰۷	۰/۱۳
	Chest pain	۳/۱۵	۱/۱۰	تنگی مادرزادی دریچه آئورت	۱/۰۷	۰/۲۵

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]

	تنگی نفس	۳/۰۷	۱/۰۷	تترالوژی فالوت	۱/۰۹	۰/۲۸
	Hypertensive heart disease	۲/۹۷	۱/۲۱	آنومالی‌های مادرزادی دریچه پولمونر	۱/۱۲	۰/۳۲
	آترواسکلروز عروق کرونر	۲/۸۹	۱/۰۱	میوکاردیت حاد	۱/۱۳	۰/۳۹
	میانگین	۳/۱۸	۰/۸۹	میانگین	۱/۰۷	۰/۱۵
روماتولوژی	درد پشت/گردن	۳/۹۵	۱/۲۴	بیماری شوگرن	۱/۰۸	۰/۲۸
	اوستئوپروز	۳/۸۱	۱/۰۸	پوریورای هنوخ‌شوئن‌لاین	۱/۱۳	۰/۳۴
	اسپاسم (گرفتگی) عضله	۳/۷۸	۱/۰۵	پلی‌میوزیت	۱/۲۱	۰/۴۱
	اوستئوآرتروز	۳/۷۶	۱/۲۱	March fracture	۱/۲۲	۰/۵۰
	درد/تورم مفصلی	۳/۶۵	۱/۳۲	Osgood-schlatter disease	۱/۲۳	۰/۶۸
	میانگین	۳/۷۷	۰/۸۹	میانگین	۱/۱۷	۰/۲۵
ریه	سرفه/خلط	۳/۸۱	۱/۲۸	سارکوئیدوز	۱/۰۰	۰/۰۰
	پنومونی ویرال	۳/۳۴	۱/۰۶	فلج دیافراگم	۱/۰۵	۰/۲۲
	گلودرد	۳/۱۵	۱/۷۸	آبسه ریوی	۱/۰۷	۰/۲۵
	ویز	۳/۰۸	۰/۹۹	نئوپلاسم بدخیم پلور	۱/۱۰	۰/۳۰
	میانگین	۳/۳۴	۰/۹۵	میانگین	۱/۰۵	۰/۱۳
کلیه	دیزوری	۳/۶۶	۱/۰۲	آژنزی و دیسژنزی کلیوی	۱/۰۷	۰/۲۵
	سیستیت	۳/۶۶	۱/۱۴	نئوپلاسم بدخیم کلیه	۱/۰۷	۰/۲۵
	اورتریت	۳/۶۰	۰/۹۴	نفروپاتی هیپوکالمیک	۱/۰۷	۰/۳۱
	تکرر ادرار/شب‌ادراری	۳/۴۸	۰/۹۶	اسیدوز کلیوی توبولار	۱/۰۸	۰/۲۸
	میانگین	۳/۵۸	۰/۸۰	میانگین	۱/۰۶	۰/۱۸
غدد	دیابت قندی (DM)	۴/۳۱	۱/۰۸	نئوپلاسم بدخیم غده تیروئید	۱/۰۵	۰/۲۲
	هیپرلیپیدمی	۴/۱۷	۱/۰۴	پرکاری آدرنال	۱/۰۷	۰/۲۵
	قند خون غیر طبیعی	۳/۹۸	۱/۰۷	نارسایی آدرنال	۱/۰۸	۰/۲۸
	میانگین	۴/۱۶	۰/۸۸	میانگین	۱/۰۶	۰/۱۸
	درد شکم	۳/۶۲	۱/۱۴	هپاتیت ویروسی E	۱/۰۲	۰/۱۳
گوارش	استفراغ، بی‌اشتهایی، تهوع	۳/۶۲	۱/۶۸	کمبود آنتی‌تریپسین آلفا ۱	۱/۰۲	۰/۱۳
	اسهال	۳/۵۵	۰/۹۷	سندروم بودکیاری	۱/۰۲	۰/۱۳
	یبوست	۳/۴۳	۱/۰۷	هپاتیت ویروسی دلتا	۱/۰۵	۰/۲۲
	ریفلاکس گاستروازوفاژیال	۳/۳۵	۱/۰۲	سندروم هپاتورنال	۱/۰۵	۰/۲۲
	دیسپپسی	۳/۳۲	۱/۰۹	بیماری ویلسون	۱/۰۵	۰/۲۲
	افزایش و کاهش وزن	۳/۲۴	۱/۰۷	کیست و پسودوکیست پانکراس	۱/۰۷	۰/۲۶
	گاستریت و دئودنیت	۳/۲۱	۰/۹۳	نئوپلاسم خوش‌خیم دئودنوم، ژوژنوم و ایلئوم	۱/۱۰	۰/۳۰
	افزایش وزن	۳/۱۳	۱/۰۷	نئوپلاسم خوش‌خیم مری	۱/۱۰	۰/۳۰
	میانگین	۳/۳۷	۰/۷۵	میانگین	۱/۰۵	۰/۱۲
هماتولوژی	کم‌خونی	۳/۹۲	۱/۰۵	Rhesus isoimmunization	۱/۰۲	۰/۱۳
	کم‌خونی فقر آهن	۳/۸۵	۰/۹۹	بیماری فون‌ویلبرانت	۱/۰۳	۰/۱۸
	تالاسمی مینور	۲/۸۱	۱/۰۲	واکنش انتقال خون	۱/۰۳	۰/۱۸
	لنفادنوپاتی	۲/۲۸	۰/۹۸	کمبود اکتسابی فاکتور انعقادی	۱/۰۵	۰/۲۲
	میانگین	۳/۲۱	۰/۷۶	میانگین	۱/۰۳	۰/۱۲

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]

بحث

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد بیشترین میزان مواجهه پزشکان عمومی استان اصفهان در نیمه اول سال ۹۰ در گروه بیماری‌های اطفال، جراحی، زنان و داخلی به ترتیب به سرماخوردگی، دردهای غیر جراحی شکم، ترشح واژینال و دیابت قندی اختصاص داشته است؛ کمترین میزان مواجهه پزشکان عمومی استان اصفهان در نیمه اول سال ۹۰ در گروه بیماری‌های اطفال، جراحی، زنان و داخلی نیز به ترتیب مربوط به Ariboflavinosis، آبسه پانکراس، کوریوکارسینوم و سارکوییدوز بود.

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. ٦٧٪ دانش‌آموختگان معتقد بودند تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی قزوین آنها را برای قبول مسؤولیت پزشکی در جامعه نسبتاً خوب آماده ساخته است. اکثر دانش‌آموختگان با تغییر سیستم خدمات بهداشتی-درمانی و محدود کردن پذیرش دانشجوی پزشکی موافق بودند(۱۰). در مطالعه‌ی غضنفری و همکاران میزان انطباق برنامه‌های آموزش پزشکی با نیازهای شغلی فارغ‌التحصیلان دانشگاه علوم پزشکی کرمان در دو حیطه‌ی مهارت‌های فنی و مهارت‌های ارتباطی بررسی شد. ٦٩٪ 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(۲). در مطالعه O'Neill و همکاران در دانشگاه Manchester، محتوای آموزشی ضروری در دو مرحله با استفاده از نظر پزشکان عمومی، اساتید بالینی، مسؤولین سلامت و متخصصین پزشکی مشخص گردید(۷). Newble و همکاران در دانشگاه Sheffield، پس از تعیین لیست علائم و نشانه‌های بالینی بیماری‌ها با استفاده از منابع درسی و کوریکولوم دانشکده‌های پزشکی، با استفاده از جدول دو بعدی محتوای آموزشی مورد نیاز برای آموزش پزشکان عمومی را با نظر اساتید گروه‌های مختلف آن دانشکده مشخص کردند(۸). Tandeter و همکاران برای تعیین حداقل محتوای ضروری برای کارآموزی رشته‌ی پزشکی خانواده / پزشکی عمومی (Family Medicine/General Practitioner) از روش دلفی با مشارکت ٤٠ پزشک خانواده و مدرس پزشکی استفاده کردند. بعد از سه مرحله دلفی، ۱۵ موضوع به عنوان مهم‌ترین مواردی که باید در برنامه‌ی درسی مطرح شده گنجانده شود، تعیین شد(۱۱).

در این مطالعه بیشترین میزان مواجهات در گروه‌های مختلف مربوط به بیماری‌هایی بود که برای درمان آنها به طور معمول به اولین سطح ارائه خدمات بهداشتی-درمانی (مطب پزشک عمومی، مراکز بهداشتی-درمانی شهری و روستایی) مراجعه می‌شود؛ به نظر می‌رسد 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 داشته باشند. مقایسه نتایج به دست آمده با موضوعاتی که به عنوان ضرورت یادگیری در برنامه‌ی فعلی آموزش پزشکی عمومی وجود دارد، برای تصمیم‌گیری در مورد لزوم یا عدم لزوم بازنگری در محتوای آموزشی و شیوه‌ی اجرای آن مفید خواهد بود.

استفاده از تجربه پزشکان عمومی به عنوان اولین ارائه‌دهندگان خدمات درمانی در سطح جامعه، می‌تواند یکی از نکات قابل اهمیت در این پژوهش باشد. از نقاط ضعف این مطالعه کم بودن تعداد پرسش‌نامه‌ها به دلیل عدم همکاری پزشکان عمومی در پاسخ‌دهی به پژوهش

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]

بود که امیدواریم با مشاهده نتایج و بازخورد این‌گونه مطالعات بتوانیم انگیزه آنان را در این جهت ارتقاء دهیم.

نتیجه‌گیری

شیوع بالای یک بیماری و یا تأثیر بالای آن در حیات بیمار به عنوان معیارهای تعیین ضرورت یادگیری بیماری‌ها در محتوای آموزشی پزشکی عمومی پذیرفته شده است(۱۲)؛ بنابراین از نتایج این مطالعه می‌توان در بازنگری ضروریات یادگیری در محتوای آموزشی (core curriculum) استفاده کرد. همچنین این نتایج برای تصمیم‌گیرندگان حوزه آموزش دانشکده‌های پزشکی در برنامه‌ریزی جهت ایجاد موقعیت‌های یادگیری بالینی مناسب برای مواجهه دانشجویان پزشکی عمومی با بیماری‌هایی که بیشترین مواجهه را نشان دادند، مفید خواهد بود. به این ترتیب می‌توان گامی در جهت آماده کردن بهتر پزشکان عمومی آینده برای پاسخ‌گویی مناسب‌تر به نیاز جامعه برداشت.

قدردانی

از تمام کارکنان دفتر توسعه آموزش دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در جمع‌آوری پرسش‌نامه‌های فوق ما را یاری دادند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

1. 1. Gonnella JS, Hojat M. Medical education, social accountability and patient outcomes. Med Educ. 2012; 46(1):3-4.
2. 2. 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 Occuption Needs in Kerman*]. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2010;12(suppl 1):52-59. [Persian].
3. 3. Murray E, Gruppen L, Catton P, Hays R, Woolliscroft JO. The accountability of clinical education: its definition and assessment. Med Educ. 2000; 34(10):871-879.
4. 4. Lindgren S, Karle H. Social accountability of medical education: aspects on global accreditation. Med Teach. 2011; 33(8):667-672.
5. 5. Woollard B, Boelen C. Seeking impact of medical schools on health: meeting the challenges of social accountability. Med Educ. 2012; 46(1):21-27.
6. 6. Moghadame va Moarrefie nezame Amozeshe Pasokhgoo. [Cited 2012 Apr 08]. Available from:http://edc.behdasht.gov.ir/uploads/180_366_Moarefi_Pashokhgo.htm
7. 7. O'Neill PA, Metcalfe D, David TJ. The core content of the undergraduate curriculum in Manchester. Med Educ. 1999; 33(2):121-129.
8. 8. Newble D, Stark P, Bax N, Lawson M. Developing an outcome-focused core curriculum. Med Educ. 2005; 39(7):680-687.
9. 9. Yazdani S, Hatami S .[*General Practitioner in Iran - Tasks and Educational Needs*]. 1st ed. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2004. [Persian].
10. 10. Javadi HR, Asefzadeh S, Mashatan M. Survey of Qazvin Medical Sciences University Graduates' Professional Situation. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2002; -(22): 24-32.
11. 11. 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): 217-220.
12. 12. Harden RM, Dent J. A Practical Guide for Medical Teachers. 2nd ed. China: Churchil Livingstone; 2005.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]

General Practitioners and Patients' Disease in Isfahan: One Step toward Social Accountability

Athar Omid[1], Shaghayegh Haghjuy Javanmard[2], Batool Eghbali[3], Marzieh Hoseini[4]

Abstract

Introduction: G*raduated students in healthcare should be competent to be accountable for social needs. This study aimed to determine the most frequent patients' diseases in Isfahan.*
Methods: *This cross-sectional descriptive study was conducted on 64 physicians (general practitioners) in Isfahan. Data gathering was done through valid and reliable questionnaires for determining the frequency of pediatrics, surgical, gynecologic and internal diseases referring GP. Referral times for each disease was determined in 5-point likert scale (rare, sometimes, weekly to monthly, daily to weekly and daily).*
Results: *28 male and 36 female physicians with mean age of 39.0±7.0 and mean experience of 11.3±5.9 years completed questionnaires. The highest referral times score in measured different areas were common cold, nonsurgical abdominal pain, vaginal discharge and diabetes mellitus respectively. The lowest scores were ariboflavinsis, abscess of pancreas, coriocarcinoma and sarcoidosis respectively.*
Conclusion: *In this study, encounter rate of general practitioners in Isfahan to different diseases was determined. Although these data are useful for decision makers to plan curriculum, but determination of other factors such as severity of less common diseases are necessary.*

Keywords: encounter, general practitioners, accountable medical education

Addresses:
[1.] PhD Student of Medical Education, Department of Medical Education, Medical education research center, Isfahan University of medical sciences, Isfahan, Iran. E-mail: athar_omid@yahoo.com
[2.] Associate Professor, Applied Physiology research center, School of Medicine, Isfahan University of medical sciences, Isfahan, Iran. E-Mail: sh_haghjoo@med.mui.ac.ir
[3.] (✉)GP - MSc in Medical Education, Medical Education Research Center, Birjand University of Medical Sciences,Birjand,Iran. E-Mail: b73.eghbali@gmail.com
[4.] educational development office expert, School of Medicine,Isfahan University of Med. Sciences,Isfahan,Iran E-Mail : mari.h.62@gmail.com

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-04]