نیازهای آموزشی پزشکان عمومی داوطلب در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

اطهر امید، نیکو یمانی*، دکتر کمال حیدری، طاهره مقدس، عارفه موسوی

چکیده

مقدمه: پزشکان عمومی داوطلب در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع باید برای ارائه خدمات و مراقبت‌های لازم به جمعیت تحت پوشش خود آماده گردند. هدف مطالعه حاضر، تعیین و اولویت‌بندی نیازهای آموزشی این پزشکان در حیطه‌های وظایف ابلاغ شده به پزشک خانواده جهت طراحی برنامه‌های توانمندسازی آنان بود.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی مقطعی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۱ انجام شد. در این مطالعه ۵۰۷ نفر از جامعه هدف به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای شرکت کرده و پرسشنامه را به روش خودایفا تکمیل کردند. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته و خودایفا شامل ۶۰ گویه (با مقیاس ۱ تا ۵) بود که نظر پزشکان عمومی داوطلب در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع را در مورد شدت نیاز ایشان به آموزش در زمینه وظایف پزشکان در سه حیطه‌ی مصوب دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری (نسخه ۰۲) می پرسید. تحلیل اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام پذیرفت.

نتایج: بیش‌ترین میانگین نمره نیاز آموزشی این پزشکان در زمینه اقدامات اولیه در اورژانس‌های تنفسی(۱/۰۱±۳/۹۳) ، انجام CPR و لوله‌گذاری تراشه(۱/۰۸±۳/۹۳)، مراقبت از بیماران مسموم(۰/۹٤±۳/۷٦)، اختلالات شایع روانپزشکی(۰/۹۲±۳/۷۹) و سامانه خدمات سلامت ایرانیان(۰/۹۲±۳/۷۷) بود. کم‌ترین میانگین نمره نیاز آموزشی مربوط به روش‌های پیشگیری از بارداری(۱/۰۹±۲/۹۹)، مهارت‌های ارتباطی با بیمار و در محیط کار(۱/۰٦±۳/۰٦)، اصول و مهارت‌های مشاوره تنظیم خانواده(۱/۰٤±۳/۱٦)، مراقبت از بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن(۰/۹۷±۳/۲٤) و نحوه آموزش سلامت(۰/۹۸±۳/۲٤) بود.

نتیجه‌گیری: آموزش اقدامات اولیه و تدبیر فوریت‌ها در برنامه‌های آموزش مداوم باید توسط مسؤولان برنامه‌های بازآموزی و برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در اولویت قرار گیرد. تأکید بر اهداف برنامه پزشک خانواده یعنی مدیریت و ارائه خدمات سلامت باید هم‌زمان با طراحی و اجرای آموزش بسته‌های خدمتی سلامت نیز انجام شود.

واژه‌های کلیدی: پزشک خانواده، نیازسنجی، پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ شهریور ۱۳۹۲؛ ۱۳(٦): ٤٧٠ تا ٤٧٩

مقدمه

تاریخچه پزشک خانواده به سال‌های پس از جنگ جهانی

*نویسنده مسؤول: دکتر نیکو یمانی (استادیار) گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان هزار جریب، اصفهان، ایران yammani@edc.mui.ac.ir

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) ؛ دکتر کمال حیدری(دانشیار)، گروه دندانپزشکی جامعه نگر، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان هزار جریب، اصفهان، ایران (k_heidari110@yahoo.com)، طاهره مقدس، کارشناس آموزش معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان ابن سینا، اصفهان، ایران. (edu_k_esf@phc.mui.ac.ir)؛ عارفه موسوی، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی. مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. اصفهان. ایران. (rose_mp7@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۱۶، تاریخ اصلاحیه: ۹۲/۴/۱۵، تاریخ پذیرش: ۹۲/۴/۱۷

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-08]

دوم برمی‌گردد که با افزایش تخصص‌های پزشکی، پزشکان عمومی به انزوا می‌رفتند. در آمریکا در سال ۱۹۶۹ بورد پزشکی خانواده به رسمیت شناخته شد و به دنبال آن بیش از ۶۰ کشور دیگر از جمله کانادا و انگلستان به این برنامه پیوستند. در ایران، وجود مشکلات بهداشتی و شیوع بیماری‌های عفونی، قلبی-عروقی، تغذیه ناسالم، بی‌تحرکی، هزینه‌های بالای درمان و بستری شدن در بیمارستان‌ها و هزینه‌های بالای رفت و آمد از روستاها و شهرهای کوچک به شهرهای بزرگ حاکی از ضرورت نگاه تخصصی به پزشک خانواده بود. لذا با مصوبه مجلس شورای اسلامی طرح پزشک خانواده از نیمه دوم سال ۱۳۸٤ در کشور آغاز شد. اجرای این طرح ابتدا در روستاها و شهرهای کوچک و سپس در سال ۱۳۹۱ با دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری (نسخه ۰۲) به کل کشور ابلاغ شد(۱).

در مناطق شهری، انتظار می‌رود پزشک خانواده در اولین سطح تماس مردم با نظام ارائه خدمات سلامت انجام وظیفه نماید. خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان اولیه، تجویز دارو، درخواست انجام خدمات پاراکلینیک، درخواست مشاوره، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت، ارجاع و پیگیری بیماران، و اجرای برنامه‌های آموزشی جهت ارتقای سلامت عمومی از عمده‌ترین وظایف پزشک خانواده است. این خدمات باید توسط پزشک خانواده و تیم وی در محدوده بسته‌ی خدمتی تعریف شده و با حفظ جامعیت و یکپارچگی به فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش ارائه شود. در واقع پزشک خانواده مسؤولیت تیم سلامت را برعهده دارد(۱).

در جریان اجرای این طرح پزشکان عمومی شاغل در بخش‌های دولتی، خصوصی و سایر بخش‌ها مانند مراکز خیریه، به عنوان پزشک خانواده به کار گرفته می‌شوند. از طرفی، مدیریت و ارائه خدمات سلامت، به عنوان یکی از مهم‌ترین اهداف برنامه پزشک خانواده، در برنامه درسی رسمی دوره پزشکی عمومی کم رنگ دیده شده است(۲). بنابراین نگرانی در مورد کسب آمادگی پزشکان عمومی جوان برای ارائه خدمت به عنوان پزشک خانواده وجود دارد. به علاوه به نظر می‌رسد پزشکانی هم که چندین سال در بخش‌های خصوصی شاغل بوده‌اند و از مراکز بهداشتی درمانی که محل ارائه بسته‌های خدمات سلامت است دور بوده‌اند، نیازمند آموزش در محدوده این وظایف باشند.

اما با وجود حجم زیاد اطلاعاتی که باید پزشکان عمومی کسب کنند و همچنین محدودیت زمانی برای آماده شدن پزشکان داوطلب در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، لازم است اولویت‌بندی ضرورت‌های یادگیری در تدوین و طراحی برنامه‌های آموزشی بیش‌تر مورد توجه قرار گیرد. مشخص شدن اولویت‌های آموزشی به برنامه‌ریزان کمک می‌کند تا از به هدر رفتن سرمایه‌ها جلوگیری کنند. همچنین تأکید و دقت بیش‌تر در زمینه آموزش این اولویت‌ها اثربخشی برنامه را افزایش داده و خطرهایی که جامعه را به دلیل توانمندی ناکافی پزشکان تهدید می‌کند کاهش می‌دهد.

مطالعات زیادی در زمینه نیازهای آموزشی پزشکان عمومی انجام شده است. اغلب این مطالعات به بررسی نیازهای آموزشی پزشکان در محدوده مدیریت و درمان بیماری‌ها پرداخته است. از جمله، در مطالعه شکورنیا و همکاران، تطابق نیازهای آموزشی پزشکان با عناوین آموزش مداوم بررسی شده است و با اهمیت‌ترین نیاز آموزشی را بیماری‌های داخلی و کم اهمیت‌ترین نیاز را بیماری‌های عفونی تعیین کرده‌اند(۳). در مطالعه دیگری، امینی و همکاران نیازهای آموزش مداوم پزشکان عمومی استان آذربایجان شرقی را تعیین کرده‌اند و پنج اولویت اول را فوریت‌های حوادث و سوانح، بیماری‌های قلب، آموزش اینترنت، بیماری‌های پوست و فوریت‌های رایج داخلی اعلام کرده‌اند(٤). شیرازی و همکاران نیز در

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-08]

پژوهش خود در ارتباط با نیازهای پزشکان عمومی ده اولویت را در حیطه فارماکولوژی بالینی و بیماری‌های مختلف از جمله اطفال و داخلی، پوست، مسمومیت‌ها تعیین کرده‌اند(۵). امید و همکاران نیز در مطالعه خود به بررسی شیوع مواجهات پزشکان عمومی در حیطه بیماری‌های مختلف پرداخته‌اند(٦).

همان‌طور که ذکر شد این مطالعات بیش‌تر به بررسی نیازهای پزشکان عمومی در محدوده وظایف درمانی آنها پرداخته است. اما در مطالعه‌ای دیگر، شیری و همکاران نیازهای آموزشی پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان اصفهان را در پنج حیطه سلامت یعنی آموزش سلامت، سلامت روان، سلامت دهان و دندان، سلامت خانواده و جمعیت و بهورزی و گسترش شبکه بررسی کرده‌اند(۷). با توجه به این که در مطالعه ایشان به حیطه‌هایی مانند بهبود تغذیه جامعه، سلامت محیط، سلامت محیط کار و مراقبت و پیشگیری از بیماری‌ها پرداخته نشده است و همچنین مهارت‌هایی مانند اقدامات اولیه در اورژانس‌های تنفسی، لوله‌گذاری تراشه و CPR که از توانمندی‌های ضروری برای پزشکان خانواده است مورد پژوهش قرار نگرفته است لزوم انجام مطالعه دیگری با توجه به کل وظایف پزشک خانواده شهری احساس شد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین نیازهای آموزشی پزشکان عمومی داوطلب در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و اولویت‌بندی این نیازها جهت طراحی برنامه‌های آموزشی آنها انجام پذیرفت.

روش‌ها

این مطالعه توصیفی پیمایشی با هدف تعیین نیازهای آموزشی پزشکان عمومی استان اصفهان در حیطه وظایف ابلاغ شده در دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری (نسخه ۰۲) انجام شد(۱). جامعه هدف کلیه پزشکان عمومی داوطلب در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (۱٤۰۰ نفر) بودند که در مهر و آبان ۱۳۹۱ در پنج دوره توجیهی دو روزه پزشک خانواده شرکت کرده بودند. با توجه به ضرورت آشنایی و حساس سازی پزشکان داوطلب نسبت به وظایف پزشک خانواده، پرسشنامه این مطالعه در بین کلیه شرکت کنندگان توزیع شد، اما برای تجزیه و تحلیل داده ها، تعداد ۵۰۷ پرسشنامه به روش طبقه‌ای از میان کلیه پرسشنامه های تکمیل شده توسط پزشکان عمومی داوطلب در این برنامه انتخاب شد. با توجه به این که پزشکان دعوت شده در هر دوره از مناطق مختلف استان بودند، بنابراین با نمونه‌گیری طبقه‌ای کل پزشکان استان پوشش داده شد به این ترتیب که هر طبقه نمایان‌گر یک دوره از پنج دوره‌ی برگزار شده بود. بنابراین ابتدا نسبت شرکت‌کنندگان هر دوره به کلیه شرکت‌کنندگان محاسبه و بر اساس نسبت به دست آمده، تعداد افراد هر طبقه مشخص شد.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه پرسشنامه محقق‌ساخته بود که به بررسی نیازهای آموزشی پزشکان داوطلب می‌پرداخت. قسمت اول پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک بود که سؤالاتی در خصوص سن، جنس، محل فعالیت (شهری یا روستایی)، مدت اشتغال به کار و محل اشتغال به کار (مطب خصوصی، مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی، درمانگاه‌های خصوصی، اورژانس‌های بیمارستانی، درمانگاه‌های وابسته به سازمان‌ها و نهادها و درمانگاه‌های خیریه) نمونه‌ها را در بر داشت. قسمت دوم پرسشنامه حاوی ٦۰ گویه بود که در هر گویه یکی از وظایف تعیین شده برای پزشکان خانواده در دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری (نسخه ۰۲) گنجانده شد. این وظایف شامل خدمت‌ها و مراقبت‌هایی است که پزشک خانواده و تیم سلامت باید در سطح یک به افراد تحت پوشش خود ارائه دهند. این وظایف در حوزه‌های مدیریت

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-08]

سلامت در جمعیت تحت پوشش، آموزش و ارتقای سلامت، مراقبت از جامعه تحت پوشش با اجرای بسته‌های خدمتی تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت، و مهارت‌های عملی و درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها تعریف شده است. از پزشکان خواسته شد که میزان نیاز آموزشی خود را به هر یک از این گویه‌ها مشخص کنند. مقیاس نمره دهی به هر گویه شامل نیاز آموزشی در حد خیلی کم(۱)، کم (۲)، متوسط (۳)، زیاد (٤) و خیلی زیاد (٥) بود.

روایی صوری و محتوایی پرسشنامه با بررسی آن توسط ٤ نفر از صاحب‌نظران آموزش و همچنین ٤ نفر از پزشکان عمومی مورد تأیید قرار گرفت و پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ (α=۰/۸۸) تأیید شد. ۱٤۰۰ پرسشنامه توسط پرسشگرها در بین پزشکان شرکت کننده در دوره‌های توجیهی توزیع و جمع آوری شد. داده‌های این مطالعه از طریق۵۰۷ پرسشنامه تکمیل شده که به صورت تصادفی از طبقات انتخاب شدند، به دست آمد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارSPSS-16 و از طریق آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار، فراوانی مطلق و نسبی) و آماره‌های استنباطی (تی مستقل، ANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. رعایت بی‌نام بودن و ارائه هدف انجام مطالعه به افراد شرکت کننده از نکات اخلاقی بود که رعایت شد.

نتایج

از ۵۰۷ پرسشنامه بررسی شده، ۵۹/٦٪ متعلق به پزشکان مرد بود. میانگین سنی نمونه ٤۲/۸۷±۸/۲۲ و میانگین مدت اشتغال ۱٤/٤۸±۹/٦۲ سال بود. ۹٤/۷٪ از افراد مورد مطالعه در شهر و ٥/۳٪ از آنان در روستا مشغول به فعالیت بودند. ٤۰/۲٪ از افراد در مطب خصوصی، ۱۲٪ در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه، ۳/٤٪ در درمانگاه خصوصی، ۳/۲٪ در اورژانس‌های بیمارستانی، ٦/۱٪ در درمانگاه‌های وابسته به سازمان‌ها و نهادها، ۲/٤٪ در درمانگاه‌های خیریه، و ۲٤/۱٪ در بیش از یک مورد از موارد فوق طبابت می‌کردند.

جدول ۱: میانگین نمرات نیازهای آموزشی پزشکان در حیطه مدیریت سلامت و آموزش و ارتقای سلامت

موضوعات	میانگین و انحراف معیار
سامانه خدمات سلامت ایرانیان	۳/۷۷±۰/۹۲
ساختار و عملکرد نظام سلامت	۳/٥۱±۰/۹٦
کار با کامپیوتر	۳/٤٤±۱/۱٦
مدیریت سلامت و عوامل خطرزای آن	۳/٤۳±۰/۹۱
نحوه آموزش سلامت	۳/۲٤±۰/۹۸
مهارت‌های ارتباطی با بیمار و در محیط کار	۳/۰٦±۱/۰٦
میانگین کل حیطه	۳/۲۹±۰/۸٦

پزشکان بیش‌ترین نیاز خود را در زمینه‌های اقدامات اولیه در اورژانس‌های تنفسی (۳/۹۳±۱/۰۱)، انجام CPR و لوله‌گذاری تراشه (۳/۹۳±۱/۰۸)، مراقبت از بیماران مسموم (۳/۷٦±۰/۹٤)، اختلالات شایع روانپزشکی در سنین مختلف (۳/۷۹±۰/۹۲) و سامانه خدمات سلامت ایرانیان (۳/۷۷±۰/۹۲) ذکر کردند (جداول۱و۲و۳).

کم‌ترین میزان نیاز آموزشی در زمینه روش‌های پیشگیری از بارداری(۲/۹۹±۱/۰۹)، مهارت‌های ارتباطی با بیمار و در محیط کار(۳/۰٦±۱/۰٦)، اصول و مهارت‌های مشاوره تنظیم خانواده(۳/۱٦±۱/۰٤)، کاتتریزاسیون ادراری(۳/۱۹±۱/۲٤)، مراقبت از بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن(۳/۲٤±۰/۹۷) و نحوه آموزش سلامت (۳/۲٤±۰/۹۸) به دست آمد (جداول۳و۲و۱).

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-08]

جدول ۲: میانگین نمرات نیاز آموزشی پزشکان در حیطه مهارت‌های عملی، درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها

موضوعات	میانگین و انحراف معیار
اقدامات اولیه در اورژانس‌های تنفسی	۳/۹۳±۱/۰۰
انجام CPR و لوله‌گذاری تراشه	۳/۹۳±۱/۰۸
مراقبت از بیماران مسموم	۳/۷۵±۰/۹۴
نمونه برداری از پوست و مخاط	۳/۷۵±۱/۱۶
اورژانس‌های روانپزشکی	۳/۷۴±۰/۹۴
ختنه	۳/۷۲±۱/۳۱
کشیدن ناخن و برداشت خال، لیپوم و زگیل	۳/۷۱±۱/۲۱
اشکال دارویی و تجویز منطقی داروها	۳/۶۶±۱/۰۴
آتل بندی شکستگی‌ها	۳/۶۲±۱/۲۱
مراقبت از بیماران مصدوم	۳/۶۲±۰/۹۶
ثبت گزارش‌دهی عوارض جانبی داروها(ADR) و خطاهای پزشکی	۳/۵۳±۱/۰۰
بخیه و دبریدمان زخم‌ها	۳/۴۷±۱/۱۲
کارگذاشتن لوله معده و رکتوم	۳/۳۵±۱/۱۶
کاتتریزاسیون ادراری	۳/۱۹±۱/۲۴
میانگین	۳/۵۳±۰/۹۴

با تقسیم نمونه‌ها به دو گروه افرادی که در مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشغول به فعالیت هستند و افرادی که در این مراکز فعالیت نمی‌کنند، و استفاده از آزمون تی مستقل، میانگین نمرات نیازهای آموزشی نمونه‌ها در حیطه مدیریت سلامت، آموزش و ارتقای سلامت و حیطه مراقبت از جامعه تحت پوشش با اجرای بسته‌های خدمتی تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت، بین این دو گروه مقایسه گردید و تفاوت معناداری بین میانگین مجموع نمرات این دو گروه به دست نیامد اما در مقایسه میانگین نمرات مربوط به حیطه مهارت‌های عملی و درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها بین دو گروه تفاوت معنادار($p=۰/۰۰۹$) مشاهده شد (جدول ٤).

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات نیاز آموزشی پزشکان در حیطه مراقبت از جامعه تحت پوشش

زیر حیطه	موضوعات	میانگین و انحراف معیار
	اختلالات شایع روانپزشکی در سنین مختلف	۳/۷۹±۰/۹۲
	مهارت‌های فرزند پروری	۳/۷۲±۰/۹۹
سلامت روان	مهارت‌های زندگی	۳/۶۷±۱/۰۱
	پیشگیری از سوء مصرف مواد و الکل	۳/۶۲±۰/۹۴
	حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا	۳/۴۸±۰/۹۸
	میانگین زیرحیطه سلامت روان	۳/۵۷±۰/۹۲
	تغذیه در بیماری‌ها (دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی و ...)	۳/۶۸±۱/۰۴
بهبود تغذیه	انجام مراقبت‌های پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات تغذیه‌ای، سوء تغذیه،لاغری و چاقی	۳/۶۷±۱/۰۳
جامعه	اصول تغذیه صحیح در گروههای سنی مختلف	۳/۵۸±۱/۰۲
	تغذیه دوران بارداری و شیردهی	۳/۲۸±۱/۰۴

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-08]

زیر حیطه	موضوعات	میانگین و انحراف معیار
	میانگین زیرحیطه بهبود تغذیه جامعه	۳/۴۴±۰/۹۹
مراقبت و پیشگیری از بیماری‌ها	مراقبت‌های پیشگیری، تشخیصی و درمانی از بیماری‌های ژنتیک (تالاسمی، PKU و...)	۳/۶۷±۰/۹۳
	مراقبت و پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی	۳/۶۵±۰/۹۷
	مراقبت از دیابت	۳/۶۰±۱/۱۲
	مراقبت‌های پیشگیری، تشخیصی و درمانی برای سرطانها	۳/۵۳±۰/۹۸
	مراقبت از هیپوتیروئیدی مادرزادی	۳/۴۷±۰/۹۷
	مراقبت‌های پیشگیری، تشخیصی و درمانی از بیماری‌های زئونوز	۳/۴۱±۰/۹۹
	مراقبت از بیماری هپاتیت	۳/۴۱±۰/۹۷
	مراقبت از بیماری‌های ایذر و آمیزشی	۳/۴۰±۰/۹۹
	مراقبت از بیماری‌های سل و جذام	۳/۳۰±۰/۹۶
	مراقبت از بیماری‌های منتقله از ناقلین	۳/۲۹±۰/۹۷
	مراقبت از بیماری‌های منتقله از آب و غذا	۳/۲۵±۰/۹۸
	مراقبت از بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن	۳/۲۳±۰/۹۶
	میانگین زیر حیطه مراقبت و پیشگیری از بیماری‌ها	۳/۳۵±۰/۸۲
سلامت نوجوانان جوانان و مدارس	مراقبت‌های پیشگیری، تشخیصی و درمانی برای بیماری‌ها و اختلالات شایع نوجوانان و جوانان	۳/۵۹±۰/۹۶
	مراقبت‌های پیشگیری از رفتارهای پرخطر در مدارس	۳/۴۸±۰/۹۷
	میانگین زیرحیطه سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس	۳/۴۳±۱/۰۵
سلامت محیط و محیط کار	مراقبت از سلامت محیط کار(بیماری‌های شغلی، خدمات طب کار، عوامل زیان آور محیط کار)	۳/۳۲±۰/۹۷
	مراقبت از سلامت محیط (بهداشت هوا،آب و مواد غذایی، پسماندها و کنترل حشرات و جوندگان)	۳/۲۸±۰/۹۴
	میانگین زیر حیطه سلامت محیط و محیط کار	۳/۲۰±۱/۱۱
سلامت خانواده	مراقبت‌های پیشگیری، تشخیصی و درمانی اختلالات خواب در سالمندان	۳/۵۲±۰/۹۴
	مراقبت‌های تشخیصی و درمانی برای کودک بیمار	۳/۵۰±۱/۰۰
	مراقبت قبل از بارداری، حین بارداری، حین زایمان و پس از زایمان	۳/۴۹±۱/۰۱
	نظام مراقبت مرگ مادران	۳/۴۹±۱/۰۰
	مراقبت‌های پیشگیری، تشخیصی و درمانی پوکی استخوان	۳/۴۶±۰/۹۸
	مراقبت‌های پیشگیری، تشخیصی و درمانی سقوط و عدم تعادل در سالمندان	۳/۴۵±۰/۹۲
	شیوه زندگی سالم دوران سالمندی	۳/۴۴±۰/۹۸
	مراقبت از سلامت کودکان سالم و ارزیابی و کنترل کودکان از نظر وضعیت سلامت	۳/۴۳±۰/۹۴
	مراقبت‌های دوران یائسگی	۳/۴۰±۰/۹۸
	مراقبت از اختلالات بینایی و شنوایی در سالمندان	۳/۳۸±۰/۹۷
	مشاوره شیردهی،مشکلات شیردهی مادران و مشاوره برای تغذیه کودکان خردسال	۳/۳۴±۱/۰۴
	تحرک جسمانی و فعالیت‌های بدنی در زنان و مردان میانسال	۳/۳۰±۰/۹۸
	ترویج زایمان طبیعی (بیمارستان دوستدار مادر و زایمان فیزیولوژیک و مزایای آن)	۳/۲۹±۱/۰۳
	اصول و مهارت‌های مشاوره تنظیم خانواده	۳/۱۶±۱/۰۴
	روش‌های پیشگیری از بارداری	۲/۹۹±۱/۰۹
	میانگین زیرحیطه سلامت خانواده	۳/۲۹±۰/۸۷
میانگین کل حیطه		۳/۳۶±۰/۷۸

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-08]

جدول ۴: مقایسه میانگین و انحراف معیارنمرات نیازهای آموزشی نمونه‌ها در دو گروه پزشکان مشغول به کار در مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و غیرشاغل، به تفکیک حیطه‌های مورد مطالعه

حیطه	پزشکان غیر شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه	پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه	P	T
مدیریت سلامت، آموزش و ارتقای سلامت	۳/۲۸±۰/۸۷	۳/۴۳±۰/۷۹	۰/۱۹	۱/۲۹
مراقبت از جامعه تحت پوشش	۳/۵۵±۰/۷۹	۳/۴۴±۰/۷۲	۰/۳۷	۰/۸۹
درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها	۳/۴۹±۰/۹۴	۳/۸۳±۰/۸۷	۰/۰۰۹	۲/۶۱

آزمون ANOVA تفاوت معناداری در میانگین نمرات نیازهای آموزشی نمونه‌ها بین سه حیطه مدیریت سلامت، آموزش و ارتقای سلامت، مراقبت از جامعه تحت پوشش و درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها نشان داد ($F=٦٤/٥٩$, $p\leq٠٠٥$). با آزمون تعقیبی شفه تفاوت معناداری بین دو حیطه مدیریت سلامت، آموزش و ارتقای سلامت و مراقبت از جامعه تحت پوشش ($p=٠/٠٢$)، دو حیطه مراقبت از جامعه تحت پوشش و درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها ($p\leq٠/٠٠٥$) و دو حیطه مدیریت سلامت، آموزش و ارتقای سلامت، و مهارت‌های عملی و درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها ($p\leq٠/٠٠٥$) به دست آمد.

بحث

این مطالعه با هدف تعیین نیازهای آموزشی پزشکان عمومی داوطلب در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع انجام شد تا از نتایج آن برای اولویت‌بندی برنامه‌های آموزشی آنان استفاده شود.

نتایج نشان داد که بیش‌ترین نیاز آموزشی این پزشکان در زمینه اقدامات اولیه در اورژانس‌های تنفسی، انجام CPR و لوله‌گذاری تراشه، مراقبت از بیماران مسموم، اختلالات شایع روانپزشکی در سنین مختلف و سامانه خدمات سلامت ایرانیان است و کم‌ترین نیاز آموزشی آنان در زمینه روش‌های پیشگیری از بارداری، مهارت‌های ارتباط با بیمار و در محیط کار، اصول و مهارت‌های مشاوره تنظیم خانواده، مراقبت از بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن و نحوه آموزش سلامت است.

در مطالعات مختلف در بررسی نیازهای پزشکان عمومی مواردی مانند فوریت‌های حوادث و سوانح، فوریت‌های رایج داخلی(٤)، مسمومیت‌ها(٥) و دارودرمانی در روانپزشکی(٧) جزء اولویت‌های آموزشی دسته‌بندی شده است که با نتایج این مطالعه مطابقت دارد.

مهارت در انجام اقدامات بالینی از ضرورت‌های حرفه پزشکی و طبابت است. کسب صلاحیت لازم در انجام مهارت‌های بالینی مستلزم فراهم شدن فرصت‌های یادگیری مناسب و صرف زمان، شکیبایی و تمرین در طی برنامه درسی پزشکی عمومی و بازآموزی این مهارت‌ها پس از فراغت از تحصیل است(٨)؛ اما شواهد موجود حاکی از توجه ناکافی به آموزش توانمندی‌های ضروری در برنامه درسی پزشک عمومی است. مثلا در مطالعه‌ای که در بررسی میزان دست یابی به حداقل توانمندی‌های آموزشی مورد نظر در دوره کارآموزی پیشرفته در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد نشان داده شد که مهارت‌هایی مانند احیای قلبی-عروقی، ماساژ قفسه صدری و مانورهای سه گانه و مانور هملیخ را کم‌تر از نیمی از کارآموزان مشاهده نموده‌اند(٩). همچنین در مطالعه‌ای دیگر در زمینه توانمندی‌های کارورزان رشته پزشکی در اداره بیماری‌های شایع اورژانسی و سرپایی در سه گروه داخلی، جراحی و کودکان در دانشگاه علوم اصفهان نشان داده شد که در زمینه توانایی اداره بیماری‌ها، شاخص‌ها بسیار پایین‌تر از معیارها بوده‌اند. براساس مطالعه‌ای دیگر درباره نگرش کارورزان در مورد فرایند آموزش در گروه جراحی اعصاب نیز فقط

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-08]

٤٥ درصد از کارورزان معتقد بودند که گذراندن این دوره باعث افزایش مهارت‌های عملی در آنها شده است(۹).

سیستم آموزش پزشکی نیازمند آموزش مستمر و روزآمد مطالب بعد از فراغت از تحصیل است و از این‌رو، آموزش مداوم به عنوان یک اصل کلی و ضرورت برای ارتقای مهارت‌های حرفه‌ای مطرح شده است. اما متاسفانه علاوه بر کاستی‌های موجود در برنامه درسی پزشکی عمومی، شواهد ارزشیابی برنامه‌های بازآموزی حاکی از آن است که به برنامه‌ریزی مناسب و متناسب با نیازهای پزشکان توجه کافی نمی‌شود که این امر علاوه بر آنکه انگیزه آنان را برای شرکت در برنامه‌ها کاهش می‌دهد، موجب نارضایتی پزشکان از برنامه‌های بازآموزی شده و تجدید مهارت‌های بالینی ایشان را با مشکل مواجه می‌کند(۳و۱۰تا۱۲). بنابراین با وجود اهمیتی که کسب مهارت‌هایی مانند درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها برای افراد شاغل در حرفه پزشکی دارد، لازم است که برنامه‌ریزان آموزش‌های مداوم در طراحی برنامه‌های بازآموزی آموزش این مهارت‌ها را در اولویت قرار دهند و گواهی‌های شرکت در این دوره‌ها پس از ارزشیابی فراگیران و اطمینان از کسب این مهارت‌ها صادر گردد.

باید توجه داشت که اگرچه در این مطالعه بین میانگین سه حیطه مورد بررسی تفاوت آماری به دست آمد ولی اختلاف نمره اولویت‌های اول با بقیه موارد خیلی اندک است و میانگین همه گویه‌ها به جز روش‌های پیشگیری از بارداری که ۲/۹۹ به دست آمده است در محدوده ۳ تا ٤ قرار گرفته است. بنابراین هر چند اختلافات اندک به لحاظ آماری معنادار شده، اما این معنادار شدن بیش از آنکه به دلیل بزرگی اختلاف‌ها باشد می‌تواند ناشی از حجم زیاد نمونه باشد. لذا همه میانگین‌ها به صورتی در محدوده "ضروری" قرار می‌گیرد و برنامه‌های آموزشی در هر سه حیطه برای توانمند سازی پزشکان داوطلب در برنامه پزشک خانواده باید مورد توجه مسؤولان قرار گیرد.

شاید با نگاهی دقیق‌تر به نتایج این مطالعه بتوان به گونه‌ای دیگر نیازهای اعلام شده توسط پزشکان داوطلب در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع را تفسیر کرد. کم‌ترین نیاز آموزشی احساس شده آنان در زمینه روش‌های پیشگیری از بارداری، اصول و مهارت‌های مشاوره تنظیم خانواده، مراقبت از بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن و نحوه آموزش سلامت بود. در کنار این یافته، یکی دیگر از نتایج این مطالعه این بود که ۸۸٪ پزشکان داوطلب شرکت در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در محل‌هایی به غیر از مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از جمله مطب‌ها و درمانگاه‌های خصوصی در حال فعالیت هستند. شاید در توجیه این نتیجه بتوان گفت که این افراد به دلیل ماهیت وظایف خود در این عرصه، کم‌تر در زمینه خدمت و مراقبت در حوزه سلامت احساس نیاز کرده‌اند و محدودیت‌های نیازسنجی خود ایفا، مانع از تشخیص کامل نیاز واقعی افراد شده باشد. بنابراین احتمال می‌رود با شروع فعالیت آنها در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، نگرش پزشکان نسبت به وظایف‌شان تغییر کند و انگیزه بیش‌تری برای شرکت در برنامه‌های آموزشی در زمینه خدمات سلامت پیدا کنند.

اما از طرف دیگر تنها ۱۲٪ این پزشکان در مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی در حال فعالیت هستند که تفاوت آماری معناداری بین میانگین نیازهای اعلام شده از طرف این پزشکان در دو حیطه مدیریت سلامت، آموزش و ارتقای سلامت و حیطه مراقبت از جامعه تحت پوشش و سایر پزشکان وجود نداشت. پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه به دلیل ماهیت وظایف‌شان در حوزه سلامت آموزش‌های لازم را به طور مستمر دریافت می‌کنند و آشنایی بیش‌تر آنان با خدمات و مراقبت‌های سلامت می‌تواند این نتیجه را توجیه کند.

از نقاط قوت این مطالعه پرداختن به بررسی نیازهای آموزشی پزشکان داوطلب در برنامه پزشک خانواده با

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-08]

توجه به وظایف ابلاغ شده در دستوالعمل کشوری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (نسخه ۰۲) بود. با توجه به نمونه گیری از کل استان و همچنین نیازسنجی در زمینه وظایف ابلاغ شده از پزشکانی که یک برنامه درسی متمرکز و تقریباً یکسان با بقیه دانشگاه‌های کشور را طی کرده‌اند، نتایج این مطالعه قدرت تعمیم پذیری بالایی برای بقیه دانشگاه‌های کشور دارا می باشد. اما از نقاط ضعف این مطالعه نپرداختن به بررسی نیازهای آموزشی گروه هدف در زمینه جزییات هر یک از خدمات سلامت به دلیل محدودیت در تعداد گویه‌های پرسشنامه بود.

نتیجه‌گیری

مسؤولان برنامه‌های بازآموزی و برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع باید طراحی و اجرای آموزش درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها را در راس فعالیت‌های خود قرار دهند و از کسب آمادگی پزشکان داوطلب این برنامه در زمینه این توانمندی‌ها اطمینان کسب کنند. به علاوه به نظر می‌رسد کوریکولوم دوره پزشکی عمومی، پزشکان را برای ارائه خدمات سلامت در راستای بسته‌های خدمتی مورد نظر تربیت نمی‌کند و اگر قرار است پزشکان عمومی به عنوان پزشکان خانواده خدمت کنند برای جبران آن نیاز به طراحی و اجرای برنامه‌های توانمند سازی و بازآموزی به روش‌های مناسب است. بنابراین مسؤولان برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع با تأکید بر اهداف این برنامه یعنی مدیریت و ارائه خدمات سلامت و به دنبال آن تغییر نگرش پزشکان باید برای طراحی و اجرای آموزش بسته‌های خدمتی سلامت نیز اقدام نمایند.

منابع

1. Ministry of health and medical education.[Dastorolamal Barnameh Pezeshk khanevade va Nezame Erjae dar Manategh shahri Noskhe 02]; 2011. [citd 2013 Jun 10]. available from: http://mui.ac.ir/images/stories/pdf/02.pdf.[persian]
2. Moattari M, Fallahzadeh M. [Senior Medical Students' Self Evaluation of their Capability in General Competencies in Shiraz University of Medical SciencesIranian] .Journal of Medical Education. 2008; 7(2) : 371-377.[persian]
3. Shakournia A, Elhampour H, Marashi T, Heidari sourshejani 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]
4. Amini A, Kargarmaher M, Hatami Sadabadi F, Salami H. [Determining CME needs of general physicians in East Azarbaijan province]. Iranian Journal of Medical Education. 2002; 2: 12
5. Shirazi M, Zeinalo A, Alaoldini F. [Baresi Niazha va Raveshhaie Amozeshi Pezeshkane Omomi az Didgah Sherkat Koonadegan va Mashmolin dar Daneshgah Oloom Pezeshki Tehran Sale]. Iranian Journal of Medical Education. 2002; 2: 79-80 .[persian]
6. Omid A, Haghjoo Sh, Egbali 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]
7. 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]
8. Amini A, Barzegar M, Hatamy F. [The State of Clinical Competencies of Medical Students in Performing Basic Clinical Procedures at Tabriz University of Medical Sciences and Health Services]. Iranian Journal of Medical Education. 2001; 1(4) : 9-16.[persian]
9. Avizhgan M, Omid A, Dehghani M, Esmaeili A, Asilian A, Akhlaghi M, et al. [Determining Minimum Skill Achievements in Advanced Clinical Clerkship(Externship) in School of Medicine Using Logbooks]. Iranian Journal of Medical Education. 2011; 10(5) : 543-551.[persian]
10. Amirnia M, mohammadi F, Vahidi R, Mohammadzadeh M, Gojazadeh M, Hejazi S et al .[General

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-08]

Practitioners Views toward Quality of Continuing Medical Education Programs in Tabriz]. Iranian Journal of Medical Education. 2012; 12(4) : 231-239.[persian]
11. Bordji A, Imani M, Moradi A. [The study of general practitioners' views on the content of composed programs in Zahedan]. Iranian Journal of Medical Education. 2002; 2 : 20-20.[persian]
12. Anbari Z.[To study the factors of establishing motivation in general physicians in order to enter into continuing education programs in Arak University of Medical Sciences in 2002]. Iranian Journal of Medical Education. 2002; 2: 13-14.[persian]

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-08]

Educational Needs of General Practitioners Who Enrolled as Family Physicians in National Family Medicine Program and Referral System

Athar Omid[1], Nikoo Yamani[2], Kamal Heidari[3], Tahereh Moghadas[4], Arefeh Mousavi[5]

Abstract

Introduction: *General practitioners who intend to work as "family physician" in Iranian National Family Physician Program should be ready to provide necessary care and services for the population under their coverage. The aim of this study was to survey and prioritize their educational needs required for the determined tasks in order to design proper educational programs.*

Methods: *This cross-sectional descriptive survey was performed in Isfahan University of Medical Sciences in 2012. A stratified random sample of 507 general practitioners volunteering for "family physician" program was selected. A researcher-made questionnaire including 60 items (each item represented a physician's task) asked their felt need to training (scored from 1-5, in three main task domains according to the legislated national guideline (02 edition). Data analysis was done using descriptive and inferential statistics.*

Results: *The highest mean scores were in the fields of primary care in respiratory emergencies (3.93±1.01), performing CPR and intubation (3.93±1.08), poisoning care (3.76±0.94), common psychiatric disorders (3.79±0.92), and the portal for Iranian Health Care System (3.77±0.92). But, contraception methods (2.99±1.09), communication skills with patients and in work place (3.06±1.06), principles and skills of family planning and counseling (3.16±1.04), caring of vaccine-preventable diseases (3.24±0/97) and methods of health education (3.24±0.98) had the least mean scores, so could have the lowest learning priorities.*

Conclusion: *Primary care and management of emergencies should be considered the priorities of continuous medical education (CME) for family physicians. The goals of "family physician" program such as management and providing health care services should be emphasized in designing and implementing health service packages as well.*

Keywords: Family Physician, Needs Assessment, General Practitioner, Isfahan University of Medical Sciences

Addresses:
[1] PhD Student of Medical Education, Department of Medical Education, Medical Eucation Research Center, Isfahan University of medical sciences, Isfahan, Iran. E-mail: athar_omid@yahoo.com
[2](✉) Assistant Professor, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: yamani@edc.mui.ac.ir
[3]Associate Professor , Community Dentistry Department, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail:k_heidari110@yahoo.com
[4] Educational Expert Provincial Health Center, Ebnesina St, Isfahan, Iran.Email : edu_k_esf@phc.mui.ac.ir
[5] MS in Health Services Administration, Medical Education Development Center, Isfahan University of Medical Sciences. Isfahan, Iran

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-08]