

نیازهای آموزشی پزشکان خانواده و مراقبین سلامت شاغل در برنامه پزشک خانواده شهری ایران

محمد جواد کبیر (Ph.D)^۱، حسن اشرفیان امیری (MD)^۲، سیدمظفر ریبعی (MD)^۳، رضا ممتهن (MD)^۴، رسول ظفرمند (MD)^۵
سیددادود نصرالله پور شیروانی (PhD)^۶

- ۱- مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
- ۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
- ۳- مرکز تحقیقات سلطان، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
- ۴- اداره کل بیمه سلامت استان فارس، شیراز، ایران.
- ۵- اداره کل بیمه سلامت استان مازندران، ساری، ایران.

دریافت: ۹۷/۲/۱۵، اصلاح: ۹۷/۶/۳، پذیرش: ۹۷/۶/۵

خلاصه

سابقه و هدف: یکی از راهکارهای آموزش اثربخش، نیازسنجی آموزشی است. نیازسنجی ابزار مهم در طراحی، توسعه و ارزشیابی برنامه‌های آموزش مداوم می‌باشد. این مطالعه به منظور تعیین نیازهای آموزشی پزشکان خانواده و مراقبین سلامت شاغل در برنامه پزشک خانواده شهری استان‌های فارس و مازندران انجام گرفت.

مواد و روشهای: این مطالعه مقطعی در زمستان ۱۳۹۵ انجام گرفت. جامعه پژوهش پزشکان خانواده شهری و مراقبین سلامت بودند که به صورت نمونه‌گیری تصادفی منظم انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته شامل ۲ بخش متغیرهای فردی با ۸ سؤال باز و بسته و ۵۰ موضوع آموزشی برای پزشکان و ۴۷ موضوع برای مراقبین سلامت بوده که روایی و پایابی آن مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌ها: از ۴۶۴ نفر مورد مطالعه، نفر ۲۳۶ نفر (۵۰/۹ درصد) پزشک و ۲۲۸ نفر (۴۹/۱ درصد) مراقب سلامت بودند. جنس ۳۰۴ نفر (۶۴درصد) زن و ماقی مرد بود. در بین پزشکان، ۲۶ نفر (۱۱/۰ درصد) هیچ نیازی را برای آموزش اعلام نکردن و ماقی از حداقل یک موضوع تا حداقل ۲۴ موضوع را به عنوان نیاز آموزشی اعلام کرد. میانگین تعداد موضوعات نیاز به آموزش ۷/۱±۴/۹ یا تقریباً ۷ (۷/۰ درصد) هیچ نیازی را برای آموزش اعلام نکردن و در مقابل ۲۴ نفر (۱۰/۵ درصد) کل ۴۷ موضوع مورد بررسی را به عنوان نیاز آموزشی اعلام کردند. میانگین تعداد موضوعات نیاز به آموزش ۶/۱±۱۶/۲ ۲۴ موضوع بود. بین نیازهای آموزشی و بعضی از متغیرهای فردی و اجتماعی رابطه معنی‌دار وجود داشت ($P<0.05$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد نیازهای آموزشی پزشکان کم و نیازهای آموزشی مراقبین سلامت زیاد می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: نیازهای آموزشی، پزشک خانواده شهری، مراقب سلامت، فارس، مازندران

مقدمه

امکان پذیر است، موفقیت چندانی به همراه نداشته است. اکثر کشورهای توسعه‌یافته که آموزش پزشکی جامعه‌نگر را ترویج می‌کنند، ویژگی‌های مهمی از قبیل: ایجاد پیوند میان آموزش پزشکی و محیط آبی اشتغال، تربیت نیروی انسانی متناسب با نیازهای واقعی جامعه، ایجاد رابطه متقابل میان آموزش پزشکی و نظام سلامت، آموزش نحوه مراقبت از بیماری‌های مزمن و شایع منطقه، یادگیری علوم رفتاری، یادگیری و شناخت اشکال مختلف بیماری‌ها و یادگیری مهارت‌های فرآیندی (شامل پنج مرحله: تعیین مساله، حل مساله، تصمیم‌گیری، تحقیق و ارزیابی) را در نظام آموزشی خود ایجاد و تجربه نمودند. در نظام آموزشی فوق دیگر پزشک بدون در نظر گرفتن شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سایر ابعاد تاثیرگذار بر بیمار، اقدام به طبابت و تجویز دارو نمی‌کند^(۳). در حال حاضر گروهی از صاحب‌نظران اعتقاد دارند که فارغ‌التحصیلان پزشکی به

دانش پزشکی و بهداشتی مورد نیاز برای کنترل بیماری‌های بازپدید و نوپدید، تغییر در شیوه زندگی مردم، گذر اپیدمیولوژیک بیماری‌ها (افزایش شیوع بیماری‌های غیرواگیر و کاهش بیماری‌های واگیردار)، تغییر مفهوم سلامتی (از درمان محوری به سلامت محوری)، ظاهر شدن چالش‌های جدید در نظام سلامت مثل افزایش هزینه‌های تشخیصی و درمانی و تغییر در عوامل تاثیرگذار بر سلامت جوامع، همواره نیازهای جدید آموزشی که انتخابی، نظاممند و مبتنی بر جامعه باشد را برای ایجاد نقش موثرتر پزشکان مطرح می‌نماید^(۱-۲). نظام آموزشی ایران در رشته‌های پزشکی و علوم وابسته برای پاسخ به نیازهای جدید جامعه گرچه از نظر کمی رشد بسیار قابل ملاحظه‌ای داشته است ولی باید توجه داشت تربیت نیروی انسانی متناسب با نیازهای واقعی جامعه که تنها از طریق اصلاح نظام آموزشی پزشکی و ترویج آموزش پزشکی جامعه‌نگر (Community Oriented

* توانسته مسئول مقاله: سیددادود نصرالله پور شیروانی

آدرس: بابل، خیابان گنج افروز، دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشکده پزشکی، گروه آموزش عمومی، تلفن: ۰۱۱۳۲۱۹۹۹۳۶

به عنوان نمونه پژوهش پرسشنامه را به صورت خود ایفاد تکمیل و در همان روز به پرسشگران عوتد دادند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته حاوی دو بخش شامل: الف- متغیرهای فردی با ۸ سؤال باز و بسته و ب- ۵۰ موضوع آموزشی خاص پزشکان و ۴۷ موضوع خاص مراقبین سلامت با پاسخ بسته (بلی/خیر) که روابی آن با نظرخواهی از شش نفر از مدیران و کارشناسان بیمه سلامت و واحد گسترش امور شبکه در مرکز بهداشت شهرستان، دو نفر از کارشناسان پایشگر برنامه پزشک خانواده شهری و سه از پزشکان خانواده شهری Cronbach α s به شکل صوری به تائید خبرگان رسیده و پایابی آن با ضرب α برابر با ۰/۹۱ مورد تأیید قرار گرفت.

برای امتیازدهی به پاسخ سوالات بسته مربوط به متغیرهای فردی مثل جنس، سطح تحصیلات و نیاز به آموزش (بلی/خیر) با کدگذاری و سوالات باز هم مثل سن و سابقه خدمت به همان صورت (کمی کسسته) وارد اکسل گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون‌های Kendall's Spearman و Anova برای همبستگی بین متغیرهای رتبه‌ای، با آزمون‌های T مستقل و SPSS- Chi Square برای متغیرهای کیفی در نرم‌افزار ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌ها در سطح $P<0/05$ معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۴۶۴ نفر مورد مطالعه، ۲۳۶ نفر (۵۰/۹ درصد) پزشک و ۲۲۸ نفر (۱/۶ درصد) مراقب سلامت بودند. جنس ۳۰۴ نفر (۶۵/۵ درصد) زن و مابقی مرد بود. از بین ۲۳۶ پزشک خانواده شهری مورد بررسی، ۱۴۰ نفر (۵۹/۳ درصد) شاغل استان فارس و ۹۶ نفر (۴۰/۷ درصد) شاغل استان مازندران بودند. هیچ یک از ۵۰ موضوع مورد بررسی را به عنوان نیاز آموزشی اعلام نکردن و در مقابل ۱ نفر (۰/۴ درصد) حداقل ۲۴ موضوع مورد بررسی را به عنوان نیاز آموزشی اعلام کرد. میانگین تعداد موضوعات نیاز به آموزش در کل دو استان $7/7\pm4/9$ یا تقریباً ۷ موضوع، در استان فارس $7/3\pm5/2$ یا تقریباً ۷ و در مازندران $6/9\pm4/4$ یا تقریباً ۷ موضوع بود. جدول شماره ۱ فراوانی نیازهای آموزشی پزشکان شاغل در برنامه پزشک خانواده شهری را به تفکیک استان‌های فارس و مازندران نشان می‌دهد. جدول ۱ نشان می‌دهد که بیش از ۲۰ درصد افراد مورد مطالعه حداقل ۷ موضوع از ۵۰ موضوع مورد بررسی را به عنوان نیاز آموزشی مطرح کردند و حداقل نیاز آموزشی مربوط به بیماری‌های قلب و عروق و حداقل نیاز مربوط به آشنازی با نهادهای محلی و مردمی شهرستان بود، بین میزان نیاز به آموزش و استان محل خدمت تفاوت معنی‌دار وجود نداشت ($P=0/532$).

بین تعداد نیازهای آموزشی پزشکان و جمعیت تحت پوشش رابطه معکوس معنی‌دار وجود داشت ($t=-0/231$ & $P=0/000$). بین تعداد نیازهای آموزشی پزشکان و جنس، سن، مقطع تحصیلی، وضعیت تاهل، سال فارغ‌التحصیلی، سابقه خدمت، محل اشتغال رابطه معنی‌دار وجود نداشت ($P>0/05$). از بین ۲۲۹ مراقب سلامت مورد بررسی، (۱۳۳) نفر (۵۸/۱ درصد) شاغل استان فارس و ۹۶ نفر (۴۱/۹ درصد) شاغل استان مازندران بودند. ۱۶ نفر (۷/۰ درصد) هیچ یک از ۴۷ موضوع مورد بررسی را به عنوان نیاز آموزشی اعلام نکردن و در مقابل ۲۴ نفر (۱۰/۵ درصد) کل ۴۷ موضوع مورد بررسی را به عنوان نیاز آموزشی اعلام کردند.

اندازه کافی با موضوعات مورد نیاز یک پزشک عمومی و یا به عنوان مدیر تیم سلامت یک منطقه و یا پزشک خانواده آشنا نمی‌شوند (۴). طبیعی است که برای رفع تدریجی خلاصه مذکور باید آموزش‌های مورد نیاز گروههای ارایده‌هندۀ خدمات سلامت را شناسایی و در دوره‌های متناسب اجرا نمود.

آموزش ضمن خدمت یکی از مداخلات غیرقابل اجتناب بازآموزی و نوآموزی است که در بهبود خدمات سلامت ضروری است (۵). در مطالعه‌ای که به منظور بررسی آثار کوتاه مدت و بلندمدت یک برنامه ویژه آموزشی جهت تغییر نگرش پزشکان خانواده نسبت به افسردگی طراحی و اجرا شد، نتایج نشان داد که پس از آموزش، نگرش پزشکان خانواده بطور مثبتی نسبت به مدیریت افسردگی تغییر یافت. تمایز بین ناراحتی و افسردگی که قبل از آموزش در بین ۴۱ درصد از پزشکان خانواده دشوار بود، پس از آموزش به ۲۷ درصد کاهش یافت (۶). یک برنامه آموزشی که به منظور افزایش مهارت پزشکان خانواده در بهبود مراقبت بهداشت روانی کودکان و نوجوانان در کلمبیا انگلستان اجرا شد، نتایج نشان داد که بهبود قابل توجهی در مهارت پزشکان خانواده جهت تشخیص اختلالات روانی کودکان و نوجوانان بوجود آمده و اعتماد به نفس بالینی آنان در تشخیص و درمان افزایش یافته است (۷).

در یک مطالعه‌ای که در کشور اردن انجام گرفت حدود ۶۰ درصد از پزشکان خانواده‌ای که در مراقبت‌های روزانه خود از پزشکی مبتنی بر شواهد استفاده نمی‌کردند اظهار نمودند برای استفاده درست از پزشکی مبتنی بر شواهد و اطمینان از موثر بودن آن نیاز به راهنمایی و آموزش ضمن خدمت دارند (۸).

یکی از راهکارهای آموزش اثربخش، نیازمنجی آموزشی است. نیازمنجی ابزار مهم در طراحی، توسعه و ارزشیابی برنامه‌های آموزش مداوم می‌باشد (۹). یارمحمدیان در مطالعه‌ای نیازمنجی آموزشی را اولین و اساسی‌ترین گام در برنامه‌ریزی سیستم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ذکر نموده است و تعیین نیازها بر اساس الگوها و تکنیک‌های دقیق را منجر به افزایش اثربخشی و کارآیی برنامه‌ریزی در سیستم می‌داند (۱۱). لذا این مطالعه به منظور تعیین نیازهای آموزشی پزشکان خانواده و مراقبین سلامت شاغل در برنامه پزشک خانواده شهری انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی بوده که در زمستان ۱۳۹۵ انجام گرفت. محیط پژوهش مناطق شهری شهرهای بالای ۲۰۰۰ نفر استان‌های فارس و مازندران و جامعه پژوهش پزشکان خانواده و مراقبین سلامت شاغل در برنامه پزشک خانواده شهری بودند. حجم نمونه با توجه به حجم جامعه پژوهش در دو استان فارس و مازندران از طریق برآورد و فرمول محاسبه حجم نمونه، در استان مازندران ۹۶ مرکز بهداشتی درمانی و پایگاه سلامت شهری مجری برنامه پزشک خانواده شهری و در استان فارس ۱۳۴ مرکز بهداشتی درمانی و پایگاه سلامت شهری مجری برنامه پزشک خانواده شهری هر استان به روش تصادفی منظم انتخاب شدند. با مراجعة حضوری به مرکز و پایگاه منتخب و توضیح مختصر درخصوص هدف و چگونگی اجرای مطالعه و بعد از اخذ رضایت شفاهی، پزشک خانواده و مراقب سلامت در دسترس

جدول شماره ۱: فراوانی نیازهای آموزشی پزشکان خانواده شاغل در برنامه پزشک خانواده شهری استان‌های فارس و مازندران

ردیف	موضوعات آموزشی	فرهانی نیاز به آموزش	فارس	مازندران	کل	تعداد درصد					
۱	بیماری‌های قلب و عروق و کنترل فشارخون بالا					۳۶,۴	۸۶	۴۳,۸	۴۲	۳۱,۴	۴۴
۲	پیشگیری و کنترل دیابت					۳۰,۹	۷۳	۳۲,۳	۳۲	۲۹,۳	۴۱
۳	بهداشت روان و دارو درمانی در روانپزشکی					۳۰,۵	۷۲	۳۳,۳	۳۲	۲۸,۶	۴۰
۴	احیای قلبی تنفسی					۲۶,۳	۶۲	۲۶,۰	۲۵	۲۶,۴	۳۷
۵	پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی (BMI)					۲۳,۳	۵۵	۲۵,۰	۲۴	۲۲,۱	۳۱
۶	تعذیب و کنترل رشد و نمو کودکان					۲۲,۰	۵۲	۲۰,۸	۲۰	۲۲,۹	۳۲
۷	تهییه نوار قلب و قرائت و تفسیر آن					۲۱,۲	۵۰	۲۱,۹	۲۱	۲۰,۷	۲۹
۸	سوء مصرف مواد و درمان معتادان					۱۸,۶	۴۴	۱۸,۸	۱۸	۱۸,۶	۲۶
۹	کنترل و درمان حاملگی‌های پرخطر					۱۸,۲	۴۳	۱۴,۶	۱۴	۲۰,۷	۲۹
۱۰	اختلالات چربی خون، شناسایی، درمان و کنترل آن					۱۷,۴	۴۱	۱۷,۷	۱۷	۱۷,۱	۲۴
۱۱	پیشگیری و درمان بیماری‌های آمیزشی (STI)					۱۶,۱	۳۸	۱۸,۸	۱۸	۱۴,۳	۲۰
۱۲	اصول مشاوره					۱۳,۶	۳۲	۱۰,۴	۱۰	۱۵,۷	۲۲
۱۳	مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان					۱۳,۱	۳۱	۱۴,۶	۱۴	۱۲,۱	۱۷
۱۴	تفسیر آزمایشات روتین بارداری و مداخلات متناسب					۱۳,۱	۳۱	۹,۴	۹	۱۵,۷	۲۲
۱۵	تفسیر سونوگرافی‌های روتین بارداری و مداخلات متناسب					۱۲,۷	۳۰	۱۰,۴	۱۰	۱۴,۳	۲۰
۱۶	اهمیت، قواعد و دستورالعمل نظام ارجاع بیماران					۱۲,۳	۲۹	۱۱,۵	۱۱	۱۲,۹	۱۸
۱۷	اندیکاسیون‌های تجویز شیر خشک					۱۱,۰	۲۶	۶,۳	۶	۱۴,۳	۲۰
۱۸	پیشگیری، تشخیص و درمان بروسلوز					۱۱,۰	۲۶	۱۴,۶	۱۴	۸,۶	۱۲
۱۹	صور گواهی فوت					۱۱,۰	۲۶	۱۳,۵	۱۳	۹,۳	۱۳
۲۰	تکنولوژی‌های آموزشی					۱۰,۶	۲۵	۱۵,۶	۱۵	۷,۱	۱۰
۲۱	برنامه‌ریزی عملیاتی					۱۰,۰	۲۵	۱۳,۵	۱۳	۸,۶	۱۲
۲۲	پیشگیری و ایجاد آمادگی در مواجه با بلایا					۸,۹	۲۱	۱۰,۴	۱۰	۷,۹	۱۱
۲۳	مانا (مراقبت ادغام یافته ناخوشی اطفال)					۸,۹	۲۱	۱۰,۴	۱۰	۷,۹	۱۱
۲۴	درآوردن جسم خارجی و شستشوی گوش					۸,۹	۲۱	۴,۲	۴	۱۲,۱	۱۷
۲۵	مهارت‌های دهگانه زندگی					۸,۵	۲۰	۱۲,۵	۱۲	۵,۷	۸
۲۶	شناسایی و کنترل بیماران مبتلا به معلولیت ذهنی و جسمی					۷,۶	۱۸	۱۰,۴	۱۰	۵,۷	۸
۲۷	بخیه زدن بریدگی‌های پوستی					۷,۶	۱۸	۴,۲	۴	۱۰,۰	۱۴
۲۸	درمان سل بر اساس پروتکل طرح DOTS					۷,۲	۱۷	۸,۳	۸	۶,۴	۹
۲۹	سونداز معدی، سونداز اداری					۷,۲	۱۷	۷,۳	۷	۷,۱	۱۰
۳۰	عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (SDH)					۷,۲	۱۷	۷,۳	۷	۷,۱	۱۰
۳۱	نیازسنجی و برنامه‌ریزی آموزشی					۷,۲	۱۷	۷,۳	۷	۷,۱	۱۰
۳۲	غربالگری روتین دانش آموزان					۷,۲	۱۷	۵,۲	۵	۸,۶	۱۲
۳۳	تنظیم خانواده و فرزندانوری					۷,۲	۱۷	۶,۳	۶	۷,۹	۱۱
۳۴	وسائل پیشگیری از بارداری و عوارض آن					۶,۸	۱۶	۵,۲	۵	۷,۹	۱۱
۳۵	آشنازی با وظایف اعضاي تیم سلامت مرکز					۶,۴	۱۵	۸,۳	۸	۵,۰	۷
۳۶	کاربرد و محاسبه شاخص‌های بهداشتی					۶,۴	۱۵	۱۰,۴	۱۰	۳,۶	۵
۳۷	واکسیناسیون کودکان و بالغین و کنترل عوارض آن					۵,۹	۱۴	۷,۳	۷	۵,۰	۷
۳۸	جلب حمایت همه جانبه (Advocacy)					۵,۹	۱۴	۷,۳	۷	۵,۰	۷
۳۹	روش تحقیق در نظام سلامت					۵,۹	۱۴	۵,۲	۵	۶,۴	۹
۴۰	پایش و ارزشیابی برنامه‌های سلامت					۵,۵	۱۳	۵,۲	۵	۵,۷	۸
۴۱	مدیریت منابع سلامت (انسانی، مالی و فیزیکی)					۵,۵	۱۳	۸,۳	۸	۳,۶	۵
۴۲	عوامل زیان‌آور در محیط کار					۵,۱	۱۲	۶,۳	۶	۴,۳	۶
۴۳	برقراری ارتباطات مطلوب و تکریم ارباب رجوع					۵,۱	۱۲	۴,۲	۴	۵,۷	۸
۴۴	توسعه و تقویت کارهای تیمی (TeamWork)					۴,۷	۱۱	۵,۲	۵	۴,۳	۶
۴۵	شناسایی مشکلات شیردهی و ارائه مشاوره					۴,۷	۱۱	۵,۲	۵	۴,۳	۶
۴۶	بهداشت دهان و دندان					۴,۲	۱۰	۵,۲	۵	۳,۶	۵
۴۷	مدیریت (برگزاری و اداره) جلسات					۴,۲	۱۰	۳,۱	۳	۵,۰	۷
۴۸	نیازمندی، اهمیت و ضرورت مکمل‌باری					۳,۴	۸	۲,۱	۲	۴,۳	۶
۴۹	اولویت‌ها و برنامه‌های محلی و ملی نظام سلامت					۲,۵	۶	۴,۲	۴	۱,۴	۲
۵۰	آشنازی با نهادهای محلی و مردمی شهرستان					۰,۸	۲	۱,۰	۱	۰,۷	۱

که بیش از ۵۰ درصد افراد مورد مطالعه حداقل ۳۰ موضوع از ۴۷ موضوع مورد بررسی را به عنوان نیاز آموزشی مطرح کردند، میزان نیازهای آموزشی در استان مازندران در عمدۀ موارد بیش از استان فارس بوده ولی تفاوت معنی‌دار وجود نداشت ($P=0.528$)

میانگین تعداد موضوعات نیاز به آموزش در کل دو استان ۳۴/۱±۱۶/۶، در استان فارس ۲۳/۵±۱۶/۱ و در استان مازندران ۲۵/۰±۱۷/۴ بود. جدول شماره ۲ فراوانی نیازهای آموزشی مراقبین سلامت شاغل در برنامه پزشک خانواده شهری را به تفکیک استان‌های فارس و مازندران نشان می‌دهد. جدول ۲ نشان می‌دهد

جدول شماره ۲: فراوانی نیازهای آموزشی مراقبین سلامت شاغل در برنامه پزشک خانواده شهری استان‌های فارس و مازندران

ردیف	موضوعات آموزشی	فارس	مازندران	کل
	فراآنی نیاز به آموزش	تعداد	درصد	تعداد
۱	تفسیر سونوگرافی‌های روتین بازداری و مداخلات متناسب	۸۵	۶۳,۹	۸۵
۲	غربالگری ناهنجاری‌های جنینی	۸۴	۶۳,۲	۸۴
۳	تهییه نوار قلب و قرائت و تفسیر آن	۸۱	۶۰,۹	۸۱
۴	شناسایی، و کنترل بیماران مبتلا به معلولیت ذهنی و جسمی	۸۰	۶۰,۲	۸۰
۵	آمادگی برای زایمان (زایمان فیزیولوژیک)	۷۴	۵۵,۶	۷۴
۶	تفسیر آزمایشات روتین بازداری و مداخلات متناسب	۷۰	۵۲,۶	۷۰
۷	قواعد و دستورالعمل ارجاع بیماران، چالش‌های موجود	۷۶	۵۷,۱	۷۶
۸	عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (SDH)	۸۰	۶۰,۲	۸۰
۹	مهارت‌های دهگانه زندگی	۸۰	۶۰,۲	۸۰
۱۰	اختلالات بینایی و شنوایی سالمدان	۶۸	۵۱,۱	۶۸
۱۱	واکسیناسیون کودکان و بالغین و کنترل عوارض آن	۶۷	۵۰,۴	۶۷
۱۲	جب حمایت‌های همه جانبه (Advocacy)	۷۹	۵۹,۴	۷۹
۱۳	اولویت‌ها و برنامه‌های محلی و ملی نظام سلامت	۸۲	۶۱,۷	۸۲
۱۴	روش تحقیق در نظام سلامت	۷۶	۵۷,۱	۷۶
۱۵	اصول مشاوره	۶۶	۴۹,۶	۶۶
۱۶	آشنایی با نهادهای محلی و مردمی شهرستان	۷۷	۵۷,۹	۷۷
۱۷	پایش و ارزشیابی برنامه‌های سلامت	۷۹	۵۹,۴	۷۹
۱۸	موارد مصرف و عوارض احتمالی آمپول‌های تزریقی ضد بازداری	۶۵	۴۸,۹	۶۵
۱۹	بهداشت بازوری و جنسی با تأکید بر رفتارهای پرخطر	۶۴	۴۸,۱	۶۴
۲۰	همسرآزاری جسمی، روحی و جنسی	۶۴	۴۸,۱	۶۴
۲۱	تکنولوژی‌های آموزشی	۷۱	۵۳,۴	۷۱
۲۲	پاپ اسیمیر	۶۳	۴۷,۴	۶۳
۲۳	برقراری ارتباطات مطلوب و تکریم اریاب رجوع	۷۴	۵۵,۶	۷۴
۲۴	برنامه‌ریزی عملیاتی	۷۶	۵۷,۱	۷۶
۲۵	بازداری ناخواسته، مشکلات و پیامدهای آن	۶۱	۴۵,۹	۶۱
۲۶	کنترل و درمان حامگی‌های پرخطر	۶۱	۴۵,۹	۶۱
۲۷	نیازمنجی و برنامه‌ریزی آموزشی	۷۰	۵۲,۶	۷۰
۲۸	کاربرد و محاسبه شاخص‌های بهداشتی	۶۷	۵۰,۴	۶۷
۲۹	بهداشت روان	۶۰	۴۵,۱	۶۰
۳۰	موارد مصرف و عوارض احتمالی قرص‌های خوارکی ضد بازداری	۵۸	۴۳,۶	۵۸
۳۱	سوء مصرف مواد (مخدر و الکل)	۵۷	۴۲,۹	۵۷
۳۲	بازوری سالم و فرزندآوری	۵۷	۴۲,۹	۵۷
۳۳	بیماری‌های قلب و عروق و کنترل فشارخون بالا	۵۷	۴۲,۹	۵۷
۳۴	پیشگیری و کنترل دیابت	۵۷	۴۲,۹	۵۷
۳۵	اندیکاسیون‌های تجویز شیر خشک	۶۱	۴۵,۹	۶۱
۳۶	بهداشت دهان و دندان	۵۶	۴۲,۱	۵۶
۳۷	غربالگری روتین دانش آموzan	۵۵	۴۱,۴	۵۵
۳۸	مراقبت پیش از بازداری، بازداری و پس از زایمان	۵۵	۴۱,۴	۵۵
۳۹	سلامت سالمدان (تجذیه، فعالیت‌های بدنه، افسردگی)	۵۵	۴۱,۴	۵۵
۴۰	پیشگیری و ایجاد آمادگی در مواجه با بلایا	۵۹	۴۴,۴	۵۹
۴۱	مانا (مراقبت ادغام یافته ناخوشی اطفال)	۶۲	۴۶,۶	۶۲
۴۲	شکایات شایع بازداری	۵۳	۳۹,۸	۵۳
۴۳	آشنایی با وظایف اعضاي تیم سلامت مرکز	۵۹	۴۴,۴	۵۹
۴۴	پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی (BMI)	۵۸	۴۳,۶	۵۸
۴۵	شناسایی مشکلات شیردهی و ارائه مشاوره	۵۷	۴۲,۹	۵۷
۴۶	تجذیه و کنترل رشد و نمو کودکان	۵۵	۴۱,۴	۵۵
۴۷	نیازمندی، اهمیت و ضرورت مکمل باری	۵۰	۳۷,۶	۵۰

برنامه‌های بازآموزی شده و تجدید مهارت‌های بالینی و پیشگیری در آنها را با مشکل مواجه می‌کند. به عبارتی ممکن است کیفیت نامناسب و اثربخشی خصیف دوره‌های بازآموزی گذشته، پزشکان را برای ترغیب بازآموزی و نوآموزی کمانگیزه نموده باشد و در نظرسنجی تمایلی به اعلام نیازهای آموزشی نداشته باشد (۱۴). این مطالعه نشان داد که بیشترین نیاز آموزشی پزشکان بیماری‌های واگیر آن هم جزء بسته‌های خدمت بوده که بیشتر به کارکردهای اصلی و روزانه آنان مطابقت دارد. در مطالعه کریمی و همکاران عوامل زیان آور محیط کار و شناسایی و کنترل بیماران مبتلا به معلولیت‌های ذهنی و جسمی از با اهمیت‌ترین نیازهای آموزشی اعلام شد (۴). شیری و همکاران با بررسی نیازهای آموزشی ۱۸۳ پزشك عمومی دریافتند که با اهمیت‌ترین نیاز آموزشی پزشکان در حوزه‌های مختلف به ترتیب اولویت در حیطه‌های سلامت روان، سلامت خانواده و جمعیت، آموزش سلامت، سلامت دهان و دندان، گسترش شبکه و بهورزی بود (۱۵). در مطالعه طریق ثابی و همکاران سلامت روان به عنوان اولین نیاز آموزشی و سلامت محیط زیست و حرفه‌ای به عنوان آخرین نیاز شناسایی شد (۱۶).

در پژوهشی که با عنوان تعیین نیازهای آموزشی پزشکان عمومی در آمریکا انجام شد، مباحث مربوط به سیگار کشیدن، کاهش وزن، روابط سالم جنسی و اعتیاد به مواد مخدر از جمله نیازهای آموزشی پزشکان عمومی اعلام شده است (۴). نتایج مطالعات فوق نشان می‌دهد که همسویی چندانی بین آنها و مطالعه حاضر وجود ندارد. تقاضا در اعلام نیازهای آموزشی این مطالعه و مطالعات مذکور ممکن است به محیط کاری (روستایی یا شهری)، سابقه آموزش‌های قبلی، نیازها و انتظارات مردم با توجه به سطح اقتصادی و اجتماعی آنان، انتظارات سطوح بالادست، دوری و نزدیکی با بیمارستان‌ها و متخصصین دولتی و خصوصی، فهرست موضوعات آموزشی بررسی شده محققین و سایر عوامل مربوط باشد. نتایج مطالعه‌ای در کانادا که به ارزیابی و مقایسه نیازهای آموزشی در میان پزشکان عمومی شاغل در شهر و روستا و بررسی خصوصیات دموگرافیک بیماران در دو منطقه مختلف پرداخت، نشان داد که پزشکان شاغل در روستاها با طیف وسیع‌تری از بیماری‌ها مواجه هستند و به آموزش گستردگرتری از بیماری‌های مختلف نیاز دارند (۱۷).

مطالعه حاضر نشان می‌دهد عمدۀ پزشکان نیازی به آموزش موضوعات مدیریتی و امور پیشگیری و بهداشتی نداشتند که این می‌تواند نشان دهنده این باشد که پزشکان خانواده شهری عمدتاً به کارهای درمانی متوجه هستند و به انجام کارهای مدیریتی و پیشگیرانه چندان درگیر نشدن و یا برخلاف برنامه پزشک خانواده روستایی، مرکز بهداشت یا ادارات بیمه شهرستان چندان آنها را وارد عرضه پیشگیری و ارتباطات برون‌بخشی ترغیب نکرده‌اند. در صورتی که در مطالعه‌ای پزشکان عمومی بر ضرورت آموزش پیرامون ارتباط با بیمار، رفتار و اخلاق حرفه‌ای، نحوه ارتباط برون‌بخشی، نحوه جلب مشارکت‌های مردمی، سلامت سالم‌دان و موارد مشابه تاکید بیشتری داشتند (۱۸). البته یکی از محدودیت‌های نیازسنجی خود این است که مانع از تشخیص کامل نیازهای واقعی افراد مورد بررسی می‌شود (۱۹). بنابراین بعضی از نیازهای آموزشی بر اساس ایجاد یک وظیفه و یا یک انتظار جدید باید توسط مدیران و کارشناسان شناسایی و اعلام گردد.

در مطالعه حاضر بالاترین نیازهای آموزشی مراقبین سلامت، تفسیر سونوگرافی، غربالگری ناهنجاری‌های جنبی، تهیه، قرائت و تفسیر نوار قلب،

بین تعداد نیازهای آموزشی مراقبین سلامت و جنس (میانگین نیازهای آموزشی ۹ نفر مردان ۳۷ موضوع و ۲۰ نفر زنان ۲۴ موضوع بود) و میزان حقوق دریافتی رابطه معنی‌دار وجود داشت ($P=0.159$) ($t=+0.23$ & $P=0.17$). بین تعداد نیازهای آموزشی مراقبین سلامت و استان محل خدمت، سن، مقطع تحصیلی، وضعیت تأهل، سال فارغ‌التحصیلی، سابقه خدمت، انجام کارهای غیرموقوفی رابطه معنی‌دار وجود نداشت ($P>0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که حدود ۹۰ درصد افراد مورد بررسی حداقل یک موضوع تا حداقل ۴۷ موضوع را به عنوان نیاز مطرح کردند که میانگین تعداد موضوعات نیاز به آموزش در بین مراقبین سلامت حدوداً ۴ برابر پزشکان بود. بالاتر بودن اعلام نیازهای آموزشی مراقبین سلامت بخشی ممکن است به ناکافی بودن آموزش‌های دانشگاهی مربوط باشد که احتمالاً پاسخ‌گوی انتظارات فعلی در محل کارشان نیست. متناسب نبودن آموزش‌های دانشگاهی با نیازهای محل کار و انجام وظایف شغلی مشکل است که ممکن است در خیلی مراکز آموز عالی وجود داشته باشد. در یک مطالعه انجام شده در ایران تایید نمود که دروس نظری ارائه شده در دانشگاه تنها به میزان ۳۱/۶ درصد و دروس بالینی و کارآموزی فقط ۳۸/۷ درصد نیازهای آموزشی دانشجویان را در محیط کار مرتبه تأمین می‌کند (۱۲). در یک بررسی انجام شده در کراچی پاکستان، میزان نارضایتی دانشجویان از آموزش در بخش‌های بالینی و بهداشت عمومی بین ۳۸ تا ۳۱٪ درصد تxmin زده شد (۱۳).

یکی از دلایل بالاتر بودن نیازهای آموزشی مراقبین سلامت ممکن است به سپردن بعضی از وظایف به مراقبین سلامت باشد که در راستای وظایف محوله احتمالاً آموزش کافی دانشگاهی نداشتند. به عنوان مثال کارشناس پرستاری که باید وظایف مامایی را انجام دهد و یا مامایی که باید در برنامه‌های مداخلات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت ایفای نقش نماید از انتظارات محل کار هستند که بعضی از این انتظارات یک تا چند نیاز جدید آموزشی را مطرح می‌نمایند. یکی از دیگر دلایل تأثیرگذار در بالاتر بودن نیازهای آموزشی مراقبین سلامت می‌تواند به بالاتر رفتن سطح سواد مردم برگردد که همواره در هر مراجعه ممکن است سوالات متعدد علمی در چارچوب نیازهای روزشان مطرح نمایند و انتظار دریافت پاسخ درست را داشته باشد. عدم محدودیت کاری جهت شرکت در کلاس‌های آموزشی هم می‌تواند یکی از دلایل اعلام نیازهای متعدد آموزشی باشد چرا که در صورت درخواست مرکز بهداشت یا ادارات بیمه شهرستان، شرکت در جلسات آموزشی به عنوان روز کاری محاسبه می‌شود. ولی در مقابل پزشکان خانواده بدليل این که مسئولیت اصلی پاسخ‌گویی به جمیعت تحت پوشش را دارند شاید این احساس را داشته باشند که اگر یک روز کاری در دوره‌های آموزشی شرکت نمایند، جمیعت پشت در مطب می‌مانند و این ممکن است باعث بروز نارضایتی در مردم شود. ارتباط معکوس معنی‌دار بین تعداد نیازهای آموزشی و تعداد جمیعت تحت پوشش احتمالاً همین توجیه را خواهد داشت. از طرف دیگر شواهد ارزشیابی برنامه‌های پزشکان توجه کافی نمی‌شود که به برنامه‌هایی مناسب و متناسب با نیازهای پزشکان توجه کافی نمی‌شود که این امر علاوه بر آنکه انگیزه آنان را برای شرکت در برنامه‌های آموزشی کاهش می‌دهد، موجب نارضایتی پزشکان از

تمترکر است. به عبارتی بنا بر اهداف برنامه پزشک خانواده شهری که بر ارایه خدمات پیشگیری و جامعه محور تاکید پیشتری دارد، با توجه به نزدیک به ۵ سال از گذشت اجرای برنامه هنوز نیازهای آموزشی پیشگیری محور و مهم‌تر از آن نیازهای آموزشی جامعه محور در پزشکان خانواده احساس نشده است. نیازهای آموزشی مراقبین سلامت هم نشان می‌دهد آموزش دانشگاهی چندان پاسخ‌گوی نیازهای امروز شغلی آنان نمی‌باشد و نظام سلامت برای رفع نیازهای احساس شده باید برنامه‌های گستردۀ آموزشی را طراحی و اجرا نماید.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۹۶/۳۳۶۴۰۲ مصوب سازمان بیمه سلامت ایران و دارای کد اخلاق IR.MUBABOL.REC.1397.032 می‌باشد. بدینوسیله از سازمان بیمه سلامت ایران و مطالعه ایران به جهت حمایت مالی، از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بابل به خاطر پژوهشی در جمع‌آوری داده‌ها، از مدیران و کارشناسان استانی و شهرستانی بیمه سلامت استان‌های فارس و مازندران به جهت مساعدت‌های مطلوب، از کلیه افراد شرکت‌کننده در مطالعه و پرسشگران به جهت همکاری‌های لازم صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد.

شناسایی معلولین جسمی و روحی، کمک به زایمان فیزیولوژیک بود که دلایل عمدۀ آن به انتظار جامعه بر می‌گردد. در حال حاضر هر مادری در طول دوره بارداری چندین سونوگرافی انجام می‌دهند، خانواده‌ها به سمتی رفتند که می-خواهند مطمئن شوند که آیا جنینی که در شکم مادر در حال رشد است از نظر ژنتیکی سالم می‌باشد؟ در کنار پزشک خانواده باید نوار قلب بگیرند و پاسخگوی انتظارات مادران در تفسیر آزمایشات باشند. بنابراین مسایلی با نیازهای جدید از یک طرف و بالا رفتن سطح سواد مردم که سوالات متعدد علمی در چارچوب نیازهای روزشان مطرح می‌نمایند از طرف دیگر باعث شده که نیازهای آموزشی مراقبین سلامت کمی به سمت موضوعات تشخیصی متمرکز شود.

این مطالعه نشان داد که بین متغیرهای فردی پزشکان و مراقبین سلامت از جمله جنس، سن، مقطع تحصیلی، وضعیت تأهل، سال فارغ‌التحصیلی با نیازهای آموزشی تفاوت معنی‌دار وجود نداشت که با یک مطالعه مشابه انجام گرفته در ایران همسو می‌باشد (۱۶). بنابراین این مطالعه و سایر مطالعات نشان می‌دهند که موضوعاتی که به عنوان نیازهای آموزشی شناسایی شدن باید عموم صنف مورد نظر را بدون در نظر گرفتن متغیرهای فردی پوشش دهد.

از این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که موارد نیازهای آموزشی پزشکان خانواده محدود بوده و همین نیازهای محدود هم، عمدتاً به موضوعات درمانی

Educational needs of family physicians and health care providers working in the family physician program of Iran

MJ. Kabir (Ph. D)¹, H. Ashrafian Amiri (MD)², SM. Rabiee (MD)³, R. Momtahen (MD)⁴,
R. Zafarmand (MD)⁵, SD. Nasrollahpour Shirvani (Ph. D)^{2*}

1. Health Management & Social Determinants Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
2. Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Science, Babol, Iran.
3. Cancer Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
4. Health Insurance of Fars Province, Shiraz, Iran.
5. Health Insurance of Mazandaran Province, Sari, Iran.

Biannual Medical Education, Babol Univ Med Sci; 6(2); Spring & Summer 2018; pp: 13-21

Received: May 5th 2018, Revised: Aug 25th 2018, Accepted: Aug 27th 2018

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: One of the effective teaching strategies is the educational needs assessment. Need assessment is an important tool in designing, developing and evaluating continuous education programs. This study aimed to determine the educational needs of family physicians and health care providers working in Fars and Mazandaran provinces.

METHODS: This cross-sectional study was conducted in the winter 2016 on urban family physicians and health care providers who were selected by systematic random sampling. The data collection tool was a researcher-made questionnaire consisting of 2 parts: individual variables (8 open and closed questions) and 50 subjects for physicians and 47 subjects for health care providers; its validity and reliability were confirmed.

FINDINGS: Among 464 participants, 236 (50.9%) were physicians and 228 (49.1%) health care providers; 304 (65.5%) were female and the rest were male. Among the physicians, 26 (11.11%) did not require any training, and the rest declared at least one up to a maximum of 24 subjects as educational needs. The average number of subjects required training was 7.1 ± 4.9 . Among health care providers, 16 (7.0%) did not require any training, and 24 (10.5%) referred to the total 47 subjects as educational needs. The average number of required subjects was 24.16 ± 16.6 . There was a significant relationship between educational needs and some of the individual and social variables ($P < 0.05$).

CONCLUSION: This study showed that the educational needs of physicians are low and health care providers are high.

KEY WORDS: *Educational needs, , Urban Family Physician, Health care provider, Fars ,Mazandaran.*

*Corresponding Author; SD. Nasrollahpour Shirvani

Address: Department of General Education, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R. Iran.

Tel: +98 11 32199936

E-mail: dnshirvani@gmail.com

References

1. Mash R, Blitz J, Edwards J, Mowle S. Training of workplace-based clinical trainers in family medicine, South Africa: Before-and-after evaluation. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2018; 10(1): 1589.
2. Wilkinson J, Dreyfus D, Cerreto M, Bokhour B. Sometimes I feel overwhelmed": educational needs of family physicians caring for people with intellectual disability. *Intellect Dev Disabil.* 2012 Jun; 50(3):243-50.
3. Nasrollahpour Shirvani SD, Mouodi S. Evidence –Based Policymaking in Health System And Its Achievements and Challenge in Iran. 1st ed. Babol University of Medical Sciences. 2013. [Persian].
http://medolympiad.behdasht.gov.ir/uploads/book_2_162552.pdf
4. Karimi M, Mirzaei M, Rahim Z. Educational needs of family physicians in Yazd province. *jmed.* 2012; 6 (1) :39-46 [Persian] URL: <http://jmed.ssu.ac.ir/article-1-26-fa.html>
5. Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Maleki M, Salmani Nodoushan I, Dehnavieh R, Noori Hekmat S. Need assessment about managerial education in managers and chief experts of Health Vice-Chancellery of Medical Sciences Universities in Iran. *JCHR.* 2013; 1 (3) :166-175
6. Manzanera R, Lahera G, Álvarez-Mon MÁ, Alvarez-Mon M. Maintained effect of a training program on attitudes towards depression in family physicians. *Fam Pract.* 2017 Jul 23. doi: 10.1093/fampra/cmx071. [Epub ahead of print]
7. Garcia-Ortega I, Kadlec H, Kutcher S, Hollander M, Kallstrom L, Mazowita G. Program evaluation of a child and youth mental health training program for family physicians in british columbia. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013 Nov;22(4):296-302.
8. Barghouti F, Halaseh L, Said T, Mousa AH, Dabdoub A. Evidence-based medicine among Jordanian family physicians: awareness, attitude, and knowledge. *Can Fam Physician.* 2009 Jul; 55(7): e6-13.
9. Laidlaw TS, MacLeod H, Kaufman DM, Langille DB, Sargeant J. Implementing a communication skills programme in medical school: needs assessment and programme change. *Med Educ.* 2002;36(2):115-24.
10. Parker K, Parikh SV. Applying prochaska's model of change to needs assessment, programme planning and outcome measurement. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2001;(7)4:365-71.
11. Yarmohammadian MH, Bahrami S, Foroughi Abari AA. Health directors and experts, and proper need. *IJME* 2003; 1(3): 69-75. [Persian].
12. Aziz A, Kazi A, Jahangeer A, Fatmi Z. Knowledge and skills in community oriented medical education (COME) selfratings of medical undergraduates in Karachi. *J Pak Med Assoc.* 2006; 56(7): 313-7.
13. Mohammadpour A, Matlabi M. The survey of the Gonabad medical sciences students views on their educational needs and improving theoretical and clinical education program (2001-2002). *Iran J Med Educ.* 2002; 2:41. [Persian].
14. 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].
URL: <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-630-fa.html>
15. 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. *IJME* 2010; 10(5): 726-734. [Persian].
16. Zarif Sanaiey N, Karamnejad S, Rezaee R. Educational needs of family physicians in the domains of health and conformity with continuing education in Fasa University of Medical Sciences. *J Adv Med Educ Prof.* 2015 Apr;3(2):84-9.
17. Hansra NK, O'Sullivan P, Chen CL, Berger TG. Medical school dermatology curriculum: are we adequately preparing primary care physicians? *J Am Acad Dermatol.* 2009; 61(1):23-29.e1.

18. Yari J, Alizadeh M, khamenian Z, Ghasemeh M. Compatibility of the curricula of public medicine internship and apprenticeship programs with general practitioners' roles and responsibilities . Strides Dev Med Educ. 2017; 14 (1): 51-60 [Persian]. URL: <http://sdmej.ir/article-1-1566-fa.html>
19. 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]. URL: <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-2499-fa.html>