مقاله تحقیقی

دوفصلنامه آموزش پزشکی
مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره ششم، شمارهٔ ۲، بهار – تابستان ۱۳۹۷، صفحه ۲۱-۱۳

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 ربیعی(MD) [۳]، رضا ممتهن(MD) [۴]، رسول ظفرمند (MD) [۵]، سیداود نصرالله‌پور شیروانی(PhD) [۲*]

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 سرطان، 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 روشها: 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 سئوال باز و بسته و ۵۰ موضوع آموزشی برای پزشکان و ۴۷ موضوع برای مراقبین سلامت بوده که روایی و پایایی آن مورد تائید قرار گرفت.

یافته ها: از ۴۶۴ نفر مورد مطالعه، ۲۳۶ نفر (۵۰/۹درصد) پزشک و ۲۲۸ نفر (۴۹/۱درصد) مراقب سلامت بودند. جنس ۳۰۴ نفر (۶۵/۵درصد) زن و مابقی مرد بود. در بین پزشکان، ۲۶ نفر (۱۱/۰ درصد) هیچ نیازی را برای آموزش اعلام نکردند و مابقی از حداقل یک موضوع تا حداکثر ۲۴ موضوع را به عنوان نیاز آموزشی اعلام کرد. میانگین تعداد موضوعات نیاز به آموزش ۷/۱±۴/۹ یا تقریبا ۷ موضوع بود. در بین مراقبین سلامت ۱۶ نفر (۷/۰ درصد) هیچ نیازی را برای آموزش اعلام نکردند 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 ۲۴/۱±۱۶/۶ موضوع بود. بین نیازهای آموزشی و بعضی از متغیرهای فردی و اجتماعی رابطه معنی‌دار وجود داشت($P<0/05$).

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

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

مقدمه

دانش پزشکی و بهداشتی مورد نیاز برای کنترل بیماری‌های بازپدید و نوپدید، تغییر در شیوه زندگی مردم، گذر اپیدمیولوژیک بیماری‌ها (افزایش شیوع بیماری-های 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 ایفای نقش موثرتر پزشکان مطرح می‌نماید (۲-۱). 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 Medical Education) 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 آتی 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

* نویسنده مسئول مقاله: سیداود نصراله پور شیروانی
آدرس: بابل، خیابان گنج افروز، دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشکده پزشکی، گروه آموزش عمومی، تلفن:۰۱۱۳۲۱۹۹۹۳۶
E-mail: dnshirvani@gmail.com

[Downloaded from mededj.ir on 2026-10-14]

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 خلاء مذکور باید آموزش‌های مورد نیاز گروه‌های ارایه‌دهنده 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 توجه‌ای 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 نمی-کردند 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، نیازسنجی آموزشی است. نیازسنجی ابزار مهم در طراحی، توسعه و ارزشیابی برنامه‌های آموزش مداوم می‌باشد (۱۰-۹). یارمحمدیان در مطالعه‌ای نیازسنجی 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 ۲۰۰۰۰ 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 به‌عنوان نمونه پژوهش تعیین و با استفاده از لیست مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه‌های سلامت شهری مجری برنامه پزشک خانواده شهری هر استان به روش تصادفی منظم انتخاب شدند. با مراجعه حضوری به مراکز و پایگاه منتخب و توضیح مختصر در خصوص هدف و چگونگی اجرای مطالعه و بعد از اخذ رضایت شفاهی، پزشک خانواده و مراقب سلامت در دسترس به عنوان نمونه پژوهش پرسشنامه را به صورت خود ایفاد تکمیل و در همان روز به پرسشگران عودت دادند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته حاوی دو بخش شامل: الف- متغیرهای فردی با ۸ سئوال باز و بسته و ب- ۵۰ موضوع آموزشی خاص پزشکان و ۴۷ موضوع خاص مراقبین سلامت با پاسخ بسته (بلی/خیر) که روایی 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 به شکل صوری به تائید خبرگان رسیده و پایایی آن با ضریب Cronbach□s alpha برابر با ۰/۹۱ مورد تائید قرار گرفت.

برای امتیازدهی به پاسخ سئوالات بسته مربوط به متغیرهای فردی مثل جنس، سطح تحصیلات و نیاز به آموزش (بلی/خیر) با کدگذاری و سئوالات باز هم مثل سن و سابقه خدمت به همان صورت (کمی کسسته) وارد اکسل گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون‌های Spearman و Kendall's برای تعیین همبستگی بین متغیرهای رتبه‌ای، با آزمون‌های T مستقل و Anova برای مقایسه میانگین‌ها و Chi Square برای متغیرهای کیفی در نرم‌افزار SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌ها در سطح P<۰/۰۵ معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۴۶۴ نفر مورد مطالعه، ۲۳۶ نفر(۵۰/۹ درصد) پزشک و ۲۲۸ نفر(۴۹/۱ 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. ۲۶ نفر (۱۱/۰ درصد) هیچ یک از ۵۰ موضوع مورد بررسی را به عنوان نیاز آموزشی اعلام نکردند و در مقابل ۱ نفر (۰/۴ درصد) حداکثر ۲۴ موضوع مورد بررسی را به عنوان نیاز آموزشی اعلام کرد. میانگین تعداد موضوعات نیاز به آموزش در کل دو استان ۷/۱±۴/۹ یا تقریبا ۷ موضوع، در استان فارس ۷/۳±۵/۲ یا تقریبا ۷ و در مازندران ۶/۹±۴/۴ یا تقریبا ۷ موضوع بود. جدول شماره۱ 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 حداکثر نیاز آموزشی مربوط به بیماری‌های قلب و عروق و حداقل نیاز مربوط به آشنایی با نهادهای محلی و مردمی شهرستان بود، بین میزان نیاز به آموزش و استان محل خدمت تفاوت معنی‌دار وجود نداشت (P=۰/۵۳۲).

بین تعداد نیازهای آموزشی پزشکان و جمعیت تحت پوشش رابطه معکوس معنی‌دار وجود داشت (P=۰/۰۰۰ & r=-۰/۲۳۱). بین تعداد نیازهای آموزشی پزشکان و جنس، سن، مقطع تحصیلی، وضعیت تاهل، سال فارغ‌التحصیلی، سابقه خدمت، محل اشتغال رابطه معنی‌دار وجود نداشت (P>۰/۰۵). 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 نکردند و در مقابل ۲۴ نفر (۱۰/۵ درصد) کل ۴۷ موضوع مورد بررسی را به عنوان نیاز آموزشی اعلام کردند.

[Downloaded from mededj.ir on 2026-10-14]

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

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

[Downloaded from mededj.ir on 2026-10-14]

میانگین تعداد موضوعات نیاز به آموزش در کل دو استان ۱۶/۶±۲۴/۱، در استان فارس ۱۶/۱±۲۳/۵ و در استان مازندران ۱۷/۴±۲۵/۰ بود. جدول شماره۲ فراوانی نیازهای آموزشی مراقبین سلامت شاغل در برنامه پزشک خانواده شهری را به تفکیک استان‌های فارس و مازندران نشان می‌دهد. جدول ۲ نشان می‌دهد 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 عمده موارد بیش از استان فارس بوده ولی تفاوت معنی‌دار وجود نداشت (P=۰/۵۲۸)

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

ردیف	موضوعات آموزشی	فراوانی نیاز به آموزش	فارس		مازندران		کل	
			تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	تفسیر سونوگرافی‌های روتین بارداری و مداخلات متناسب		۸۵	۶۳,۹	۸۵	۸۸,۵	۱۷۰	۷۴,۶
۲	غربالگری ناهنجاری‌های جنینی		۸۴	۶۳,۲	۸۴	۸۷,۵	۱۶۸	۷۳,۷
۳	تهیه نوار قلب و قرائت و تفسیر آن		۸۱	۶۰,۹	۸۱	۸۴,۴	۱۶۲	۷۱,۱
۴	شناسایی و کنترل بیماران مبتلا به معلولیت ذهنی و جسمی		۸۰	۶۰,۲	۸۰	۸۳,۳	۱۶۰	۷۰,۲
۵	آمادگی برای زایمان(زایمان فیزیولوژیک)		۷۴	۵۵,۶	۷۴	۷۷,۱	۱۴۸	۶۴,۹
۶	تفسیر آزمایشات روتین بارداری و مداخلات متناسب		۷۰	۵۲,۶	۷۰	۷۲,۹	۱۴۰	۶۱,۴
۷	قواعد و دستورالعمل ارجاع بیماران،چالش‌های موجود		۷۶	۵۷,۱	۶۱	۶۳,۵	۱۳۷	۶۰,۱
۸	عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (SDH)		۸۰	۶۰,۲	۵۷	۵۹,۴	۱۳۷	۶۰,۱
۹	مهارت‌های دهگانه زندگی		۸۰	۶۰,۲	۵۷	۵۹,۴	۱۳۷	۶۰,۱
۱۰	اختلالات بینایی و شنوایی سالمندان		۶۸	۵۱,۱	۶۸	۷۰,۸	۱۳۶	۵۹,۶
۱۱	واکسیناسیون کودکان و بالغین و کنترل عوارض آن		۶۷	۵۰,۴	۶۸	۷۰,۸	۱۳۵	۵۹,۲
۱۲	جلب حمایت همه جانبه (Advocacy)		۷۹	۵۹,۴	۵۴	۵۶,۳	۱۳۳	۵۸,۳
۱۳	اولویت‌ها و برنامه‌های محلی و ملی نظام سلامت		۸۲	۶۱,۷	۵۰	۵۲,۱	۱۳۲	۵۷,۹
۱۴	روش تحقیق در نظام سلامت		۷۶	۵۷,۱	۵۶	۵۸,۳	۱۳۲	۵۷,۹
۱۵	اصول مشاوره		۶۶	۴۹,۶	۶۶	۶۸,۸	۱۳۲	۵۷,۹
۱۶	آشنایی با نهادهای محلی و مردمی شهرستان		۷۷	۵۷,۹	۵۴	۵۶,۳	۱۳۱	۵۷,۵
۱۷	پایش و ارزشیابی برنامه‌های سلامت		۷۹	۵۹,۴	۵۱	۵۳,۱	۱۳۰	۵۷,۰
۱۸	موارد مصرف و عوارض احتمالی آمپول‌های تزریقی ضد بارداری		۶۵	۴۸,۹	۶۵	۶۷,۷	۱۳۰	۵۷,۰
۱۹	بهداشت باروری و جنسی با تاکید بر رفتارهای پرخطر		۶۴	۴۸,۱	۶۴	۶۶,۷	۱۲۸	۵۶,۱
۲۰	همسرآزاری جسمی، روحی و جنسی		۶۴	۴۸,۱	۶۴	۶۶,۷	۱۲۸	۵۶,۱
۲۱	تکنولوژی‌های آموزشی		۷۱	۵۳,۴	۵۵	۵۷,۳	۱۲۶	۵۵,۳
۲۲	پاپ اسمیر		۶۳	۴۷,۴	۶۳	۶۵,۶	۱۲۶	۵۵,۳
۲۳	برقراری ارتباطات مطلوب وتکریم ارباب رجوع		۷۴	۵۵,۶	۴۹	۵۱,۰	۱۲۳	۵۳,۹
۲۴	برنامه‌ریزی عملیاتی		۷۶	۵۷,۱	۴۶	۴۷,۹	۱۲۲	۵۳,۵
۲۵	بارداری ناخواسته، مشکلات و پیامدهای آن		۶۱	۴۵,۹	۶۱	۶۳,۵	۱۲۲	۵۳,۵
۲۶	کنترل و درمان حاملگی‌های پرخطر		۶۱	۴۵,۹	۶۱	۶۳,۵	۱۲۲	۵۳,۵
۲۷	نیازسنجی و برنامه‌ریزی آموزشی		۷۰	۵۲,۶	۵۱	۵۳,۱	۱۲۱	۵۳,۱
۲۸	کاربرد و محاسبه شاخص‌های بهداشتی		۶۷	۵۰,۴	۵۳	۵۵,۲	۱۲۰	۵۲,۶
۲۹	بهداشت روان		۶۰	۴۵,۱	۶۰	۶۲,۵	۱۲۰	۵۲,۶
۳۰	موارد مصرف و عوارض احتمالی قرص‌های خوراکی ضد بارداری		۵۸	۴۳,۶	۵۸	۶۰,۴	۱۱۶	۵۰,۹
۳۱	سوء مصرف مواد (مخدر و الکل)		۵۷	۴۲,۹	۵۷	۵۹,۴	۱۱۴	۵۰,۰
۳۲	باروری سالم و فرزندآوری		۵۷	۴۲,۹	۵۷	۵۹,۴	۱۱۴	۵۰,۰
۳۳	بیماری‌های قلب و عروق و کنترل فشارخون بالا		۵۷	۴۲,۹	۵۷	۵۹,۴	۱۱۴	۵۰,۰
۳۴	پیشگیری و کنترل دیابت		۵۷	۴۲,۹	۵۷	۵۹,۴	۱۱۴	۵۰,۰
۳۵	اندیکاسیون‌های تجویز شیر خشک		۶۱	۴۵,۹	۵۲	۵۴,۲	۱۱۳	۴۹,۶
۳۶	بهداشت دهان و دندان		۵۶	۴۲,۱	۵۶	۵۸,۳	۱۱۲	۴۹,۱
۳۷	غربالگری روتین دانش آموزان		۵۵	۴۱,۴	۵۵	۵۷,۳	۱۱۰	۴۸,۲
۳۸	مراقبت پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان		۵۵	۴۱,۴	۵۵	۵۷,۳	۱۱۰	۴۸,۲
۳۹	سلامت سالمندان (تغذیه، فعالیت‌های بدنی، افسردگی)		۵۵	۴۱,۴	۵۵	۵۷,۳	۱۱۰	۴۸,۲
۴۰	پیشگیری و ایجاد آمادگی در مواجه با بلایا		۵۹	۴۴,۴	۴۹	۵۱,۰	۱۰۸	۴۷,۴
۴۱	مانا (مراقبت ادغام یافته ناخوشی اطفال)		۶۲	۴۶,۶	۴۶	۴۷,۹	۱۰۸	۴۷,۴
۴۲	شکایات شایع بارداری		۵۳	۳۹,۸	۵۳	۵۵,۸	۱۰۶	۴۶,۵
۴۳	آشنایی با وظایف اعضای تیم سلامت مرکز		۵۹	۴۴,۴	۴۶	۴۸,۴	۱۰۵	۴۶,۱
۴۴	پیشگیری و کنترل اضافه‌وزن و چاقی (BMI)		۵۸	۴۳,۶	۴۷	۴۹,۵	۱۰۵	۴۶,۱
۴۵	شناسایی مشکلات شیردهی و ارائه مشاوره		۵۷	۴۲,۹	۴۶	۴۸,۴	۱۰۳	۴۵,۲
۴۶	تغذیه و کنترل رشد و نمو کودکان		۵۵	۴۱,۴	۴۵	۴۷,۴	۱۰۰	۴۳,۹
۴۷	نیازمندی، اهمیت و ضرورت مکمل یاری		۵۰	۳۷,۶	۵۰	۵۲,۶	۱۰۰	۴۳,۹

[Downloaded from mededj.ir on 2026-10-14]

بین تعداد نیازهای آموزشی مراقبین سلامت و جنس (میانگین نیازهای آموزشی ۹ نفر مردان ۳۷ موضوع و ۲۲۰ نفر زنان ۲۴ موضوع بود) و میزان حقوق دریافتی رابطه معنی‌دار وجود داشت (P=۰/۰۱۷)، (P=۰/۰۲۳ & r=+۰/۱۵۹). بین تعداد نیازهای آموزشی مراقبین سلامت و استان محل خدمت، سن، مقطع تحصیلی، وضعیت تاهل، سال فارغ‌التحصیلی، سابقه خدمت، انجام کارهای غیرموظفی رابطه معنی‌دار وجود نداشت (P>۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که حدود ۹۰ درصد افراد مورد بررسی حداقل یک موضوع تا حداکثر ۴۷ موضوع را به عنوان نیاز مطرح کردند که میانگین تعداد موضوعات نیاز به آموزش در بین مراقبین سلامت حدودا ۴ برابر پزشکان بود. بالاتر بودن اعلام نیازهای آموزشی مراقبین سلامت بخشی ممکن است به ناکافی بودن آموزش‌های دانشگاهی مربوط باشد که احتمالا پاسخ‌گوی انتظارات فعلی در محل کارشان نیست. متناسب نبودن آموزش‌های دانشگاهی با نیازهای محل کار و انجام وظایف شغلی مشکلی 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 مرتبط 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 ۸۵ درصد تخمین 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 احتمالا 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 تاثیرگذار در بالاتر بودن نیازهای آموزشی مراقبین سلامت می‌تواند به بالاتر رفتن سطح سواد مردم برگردد که همواره در هر مراجعه ممکن است سئوالات متعدد علمی در چارچوب نیازهای روزشان مطرح نمایند و انتظار دریافت پاسخ درست را داشته باشند. 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 بدلیل این‌که مسئولیت اصلی پاسخ‌گویی به جمعیت تحت پوشش را دارند شاید این احساس را داشته باشند که اگر یک روز کاری در دوره‌های آموزشی شرکت نمایند، جمعیت پشت در مطب می‌مانند و این ممکن است باعث بروز نارضایتی در مردم شود. ارتباط معکوس معنی‌دار بین تعداد نیازهای آموزشی و تعداد جمعیت تحت پوشش احتمالا همین توجیه را خواهد داشت. از طرف دیگر 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 برنامه‌های آموزشی کاهش می‌دهد، موجب نارضایتی پزشکان از برنامه‌های بازآموزی شده و تجدید مهارت‌های بالینی و پیشگیری در آنها را با مشکل مواجه می‌کند. به عبارتی ممکن است کیفیت نامناسب و اثربخشی ضعیف دوره‌های بازآموزی گذشته، پزشکان را برای ترغیب بازآموزی و نوآموزی کم‌انگیزه نموده باشد و در نظرسنجی تمایلی به اعلام نیازهای آموزشی نداشته باشند (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 پزشک 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 ظریف ثنایی 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. تفاوت 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 گسترده‌تری از بیماری‌های مختلف نیاز دارند (۱۷).

مطالعه حاضر نشان می‌دهد عمده پزشکان نیازی به آموزش موضوعات مدیریتی و امور پیشگیری و بهداشتی نداشتند که این می‌تواند نشان دهنده این باشد که پزشکان خانواده شهری عمدتا به کارهای درمانی متمرکز هستند و به انجام کارهای مدیریتی و پیشگیرانه چندان درگیر نشدند 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 سالمندان و موارد مشابه تاکید بیشتری داشتند (۱۸). البته یکی از محدودیت‌های نیازسنجی خود ایفا 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 جنینی، تهیه، قرائت و تفسیر نوار قلب،

[Downloaded from mededj.ir on 2026-10-14]

شناسایی معلولین جسمی و روحی، کمک به زایمان فیزیولوژیک بود که دلایل عمده 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 سئوالات 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 تاهل، 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 شدند 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، عمدتا به موضوعات درمانی متمرکز است. به عبارتی بنا بر اهداف برنامه پزشک خانواده شهری که بر ارایه خدمات پیشگیری و جامعه‌محور تاکید بیشتری دارد، با توجه به نزدیک به ۵ سال از گذشت اجرای برنامه هنوز نیازهای آموزشی پیشگیری‌محور و مهم‌تر از آن نیازهای آموزشی جامعه‌محور 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 گسترده آموزشی را طراحی و اجرا نماید.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۹۶/۲۳۶۴۰۲ مصوب سازمان بیمه سلامت ایران و دارای کد اخلاق IR.MUBABOL.REC.1397.032 می‌باشد. بدینوسیله از سازمان بیمه سلامت ایران به جهت حمایت مالی، از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بابل به خاطر پشتیبانی 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.

[Downloaded from mededj.ir on 2026-10-14]

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. Canser 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

[Downloaded from mededj.ir on 2026-10-14]

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, Forughi 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 theoritical 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.

[Downloaded from mededj.ir on 2026-10-14]

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

[Downloaded from mededj.ir on 2026-10-14]