

بررسی نیازهای آموزشی پزشکان خانواده روستایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

نسرین طبسی نژاد^۱، نرگس خانجانی^۲، فاطمه بلالی میبدی^۳، فاطمه نظری^۴، محبت محسنی^{۴*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۲. دکتری آمار و اپیدمیولوژی، دانشیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد تحقیقات آموزشی، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۴. دکتری حرفه‌ای بهداشت عمومی، استادیار، گروه بهداشت عمومی و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

● دریافت مقاله: ۹۳/۹/۲۴ آخرین اصلاح مقاله: ۹۴/۱/۳۱ ● پذیرش مقاله: ۹۴/۲/۵

زمینه و هدف: تعیین اولویت‌ها و روش‌های مناسب آموزشی، امکان استفاده بهینه از منابع محدود و در دسترس را فراهم می‌نماید. به دلیل نقش مؤثر پزشکان خانواده در ارتقای سلامت و لزوم طراحی برنامه آموزشی مبتنی بر نیازسنجی، این مطالعه به بررسی نیازهای آموزشی پزشکان خانواده روستایی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی کرمان پرداخت.

روش کار: مطالعه توصیفی-تحلیلی-مقطعی حاضر در سال ۱۳۹۳ با حضور ۱۰۲ پزشک خانواده روستایی که به روش سرشماری انتخاب شدند، انجام گردید. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه محقق ساخته دو بخشی بود که روایی آن توسط استادان صاحب‌نظر مورد تأیید قرار گرفت. پایایی پرسش‌نامه نیز با روش آزمون-بازآزمون و ضریب Cronbach's alpha برابر با ۰/۹۶، تأیید گردید. داده‌ها با کمک آزمون‌های آماری در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بیشترین نیاز آموزشی شامل ختنه، بیوپسی از پوست و مخاط، کشیدن ناخن و برداشت خال و زگیل بود. آموزش مداوم به عنوان اولین اولویت شیوه آموزشی مؤثر اعلام گردید. بین نیاز آموزشی پزشکان خانواده با سابقه کار کلی و سابقه کار در برنامه پزشک خانواده ارتباط معنی‌داری وجود داشت، اما بین نیاز آموزشی با جنس، سن، محل تحصیل و فاصله تحصیلی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: به منظور ارتقای سطح دانش و مهارت پزشکان خانواده، ضمن بازنگری در برنامه آموزشی پزشکان عمومی، طراحی برنامه آموزشی مبتنی بر نیازسنجی ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین پیشنهاد می‌شود، مسؤولین حوزه سلامت و آموزش مداوم دانشگاه علوم پزشکی کرمان، نتایج مطالعه حاضر را در تدوین برنامه‌ریزی آموزشی مد نظر قرار دهند تا منجر به ارتقای اثربخشی این برنامه گردد.

کلید واژه‌ها: نیازسنجی آموزشی، پزشک خانواده، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

*نویسنده مسؤول: گروه بهداشت عمومی و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

● تلفن: ۰۳۴-۳۱۳۲۵۰۹۸ ● نمابر: ۰۳۴-۳۱۳۲۵۰۹۴

مقدمه

مشکلات بهداشتی و شیوع بیماری‌های عفونی، قلبی-عروقی، تغذیه ناسالم، بی‌حرکی، مخارج بسیار زیاد درمان و بستری شدن در بیمارستان‌ها و هزینه‌های بالای رفت و آمد از روستاها و شهرهای کوچک به شهرهای بزرگ، باعث توجه خاص به برنامه پزشکی خانواده شده است. در راستای تلاش پیگیر مجلس شورای اسلامی به ویژه کمیسیون بهداشت و درمان و با همکاری سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی وقت، سازمان بیمه خدمات درمانی در قانون بودجه سال ۱۳۸۴ امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع، برای تمام ساکنین روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر فراهم آورد. بدین ترتیب فرصت مناسبی جهت ایجاد شرایط مساوی به منظور دسترسی راحت و مناسب خدمات سلامت برای مناطق مختلف شهری و روستایی کشور پدید آمد (۱).

پزشک خانواده مسئولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته تعریف شده، بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی و خطر بیماری، در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش خود قرار دهد (۱). بسته خدمات سلامت در سطح یک مربوط به خدماتی است که توسط واحدی در نظام سلامت (مرکز بهداشتی-درمانی روستایی، مرکز بهداشتی-درمانی شهری و روستایی و خانه‌های بهداشت تابعه آن‌ها طبق طرح گسترش شبکه شهرستان) ارائه می‌گردد و به طور معمول در مکانی نزدیک به محل سکونت مردم قرار دارد و در نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت (بهورز) اتفاق می‌افتد. خدمات بسته سلامت سطح یک شامل موارد زیر می‌باشد:

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

ب. ارتقای سلامت: آموزش و ترویج سلامت، آموختن

شیوه‌های سالم زیستن و یاد دادن مهارت‌های زندگی

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

د. ارجاع: ثبت اطلاعات بیماران تحت پوشش و ارجاع بیماران نیازمند مراقبت‌های تخصصی به سطح دوم یا سوم
ه. مدیریت سلامت: ثبت اطلاعات مربوط به جمعیت و جامعه تحت پوشش، استفاده از همکاری‌های بین‌بخشی برای حل مسایل مردم و نظارت بر کار اعضای تیم سلامت (۴-۱).
پیش‌زمینه طراحی یک برنامه آموزشی موفق، ارزیابی و شناسایی نیازهای آموزشی است که این اقدام اغلب به عنوان اولین گام در برنامه‌ریزی آموزشی و در واقع نخستین عامل ایجاد و تضمین اثربخشی برنامه‌های آموزش و توانمندسازی نیروهای انسانی ماهر و متخصص می‌باشد (۵).

نیاز آموزشی عبارت است از تغییرات مطلوبی که انتظار است در کارکنان یک سیستم از لحاظ دانش و مهارت رخ دهد تا آن‌ها قادر به انجام هر چه مطلوب‌تر مسئولیت‌های محول شده خود باشند (۶). ارزیابی برنامه‌های آموزشی موجود از دیدگاه پزشکان عمومی جهت بهینه‌سازی برنامه‌ها، از ضروریات ارتقای کیفیت است و باعث افزایش کارایی و اثربخشی آموزش می‌گردد (۷). تعیین نیازهای آموزشی پزشکانی که تحت عنوان پزشک خانواده انجام وظیفه می‌نمایند، اهمیت فراوانی دارد (۸).

در بررسی‌های به عمل آمده، عدم وجود نیازسنجی در نظام برنامه‌ریزی آموزش پزشکی و بهداشتی ایران نسبت به سایر کشورهای در حال توسعه، به طور جدی نتایج برنامه‌های آموزشی را تهدید می‌کند (۹). با وجود حجم زیاد اطلاعات و مبانی آموزشی (که انتظار می‌رود پزشکان خانواده کسب نمایند) و محدود بودن زمان آمادگی آنان برای مسئولیت تیم سلامت، ضروری است که اولویت‌بندی نیازهای آموزشی به منظور طراحی و تدوین برنامه آموزشی مورد توجه خاص قرار

مشاوره‌ها و ارجاعات ویدئو کنفرانسی وجود ندارد. یافته‌ها، نشان دهنده نیاز پزشکان به دوره‌های آموزش مداوم پزشکی بود (۱۴).

بیشتر مطالعات رضایتمندی از خدمات پزشکان خانواده را بررسی کرده و اغلب پژوهش‌های حیطه نیازسنجی، اولویت‌های آموزشی در زمینه مدیریت و درمان را مد نظر قرار داده‌اند و در کل به موضوعات بهداشت و پیشگیری کمتر پرداخته شده است (۱۸، ۱۷، ۱۴، ۱۱، ۱۰، ۳). در مطالعه حاضر ضمن پرداختن به نیازهای آموزشی مرتبط با حیطه‌های مختلف سلامت (بند‌های الف و ب سطح اول بسته خدمات سلامت)، به نیازهای آموزشی مربوط به درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها (بند ج سطح اول بسته خدمات سلامت) توجه شد.

برای انجام تحقیق حاضر، شواهدی دال بر ارزیابی نیازهای آموزشی پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی کرمان به دست نیامد. از آنجایی که پزشک خانواده به همراه تیم خود، مسئولیت کامل سلامت جمعیت تحت پوشش خود را بر عهده دارد و با توجه به این که برخی از مسایل حوزه سلامت و نیازهای آموزشی پزشکان خانواده می‌تواند از منطقه‌ای به منطقه دیگر متفاوت باشد، آموزش این نیروها در راستای بسته خدمتی مورد انتظار وزارت متبوع ضروری است تا آنان بتوانند به عنوان مسئولین تیم سلامت، نقش مؤثری را در ارتقای سلامت جامعه روستایی به ویژه سطح اول ارائه خدمات و بهبود عدالت در سلامت ایفا کنند (۳).

هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی نیازهای آموزشی پزشکان شاغل در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی بود تا بر اساس آن، برنامه آموزشی اثربخش مبتنی بر اولویت نیازهای آموزشی احساس شده این گروه در حیطه‌های مختلف نظام سلامت طراحی و تدوین گردد و با توانمندسازی آنان، گام مهمی در ارتقای سطح سلامت کلیه آحاد جامعه تحت پوشش خدمات (به ویژه جوامع محروم روستایی) برداشته شود.

گیرد. این امر به برنامه‌ریزان کمک می‌کند تا از هدر رفتن سرمایه‌های سیستم جلوگیری نمایند. آموزش اولویت‌ها ضمن افزایش اثربخشی برنامه، آسیب‌هایی که جامعه را به جهت توانمندی ناکافی پزشکان به مخاطره می‌اندازد، کاهش می‌دهد (۷).

در مطالعات مشابهی که در دانشگاه‌های علوم پزشکی اصفهان (۱۰، ۳)، اهواز (۷)، یزد (۸) و تهران (۱۱) انجام شده است، به ترتیب آموزش اقدامات اولیه و تدبیر فوریت‌ها، عوامل زیان‌آور محیط کار، شناسایی و کنترل بیماران مبتلا به معلولیت‌های ذهنی و جسمی، سلامت روان، بیماری‌های داخلی و فارماکولوژی بالینی به عنوان اولین اولویت‌های آموزشی پزشکان خانواده و عمومی اعلام گردید.

مطالعه کیفی بررسی دیدگاه‌های پزشکان خانواده درباره مهم‌ترین صلاحیت‌ها در ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها در لهستان و لیتوانی نشان داد که مراقبت پیشگیرانه، یکی از مسؤلیت‌های عمده پزشکان خانواده است. در میان سه حوزه شایستگی، پزشکان شایستگی‌های بالینی را اصلی‌ترین حوزه در طبابت روزانه خود شناسایی کردند. نتیجه نهایی این بود که توسعه خدمات پیشگیری با کیفیت بالا نه تنها مستلزم آموزش صحیح در زمینه بالینی است، بلکه مستلزم آموزش جنبه‌های سازمانی و آموزش بیمار هم می‌باشد (۱۲).

در مطالعه Norris و همکاران برخی موضوعات آموزشی به عنوان نیازهای آموزشی پزشکان مناطق روستایی شناسایی گردید که در دوران آموزش آکادمیک به حد کفایت فراهم نشده بود. آنان به این نتیجه رسیدند که تأمین این نیازهای آموزشی می‌تواند منجر به افزایش اثربخشی و بهره‌وری پزشکان خانواده روستایی در طبابتشان در این مناطق گردد (۱۳).

بیشتر پاسخگویان در مطالعه ارزیابی نیازهای آموزشی پزشکان خانواده روستایی پنسیلوانیا، تمایل زیادی به شرکت در دوره‌های آموزشی بالینی داشتند. عده‌ای از آنان اشاره نمودند که دسترسی به برخی اطلاعات از طریق ارتباط از راه دور مانند

روش کار

از جامعه هدف و ضریب Cronbach's alpha استفاده گردید ($\alpha = 0/96$).

در نهایت، داده‌ها توسط روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی) و تحلیلی (آزمون Independent t) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ (version 21, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، پرسش‌نامه‌ها بدون نام و با کسب رضایت آگاهانه و فارغ از هرگونه اجبار، تهدید، تطمیع و اغوا به صورت محرمانه تکمیل و جمع‌آوری شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۱۰۲ نفر پزشک خانواده روستایی با میانگین سنی $6/42 \pm 33/01$ سال و دامنه سنی ۵۳-۲۵ سال شرکت داشتند. میانگین سابقه کار کلی $39/12 \pm 46/581$ ماه و میانگین سابقه کار در برنامه پزشک خانواده $38/05 \pm 44/36$ ماه بود. از کل مشارکت کنندگان، $78/4$ درصد را زنان و $21/6$ درصد را مردان تشکیل دادند که بین سال‌های ۱۳۶۹ تا ۱۳۹۳ از دانشگاه فارغ‌التحصیل شده بودند. $83/3$ درصد از پزشکان خانواده، فارغ‌التحصیل دانشگاه‌های دولتی بودند و $26/5$ درصد سابقه کار در مطب‌های خصوصی را داشتند.

از دیدگاه پزشکان خانواده، برنامه‌هایی که طبق سرفصل‌های اداره کل آموزش مداوم (آموزش مدون) برگزار می‌شود، بیشترین تأثیر را در ارتقای دانش پزشکان داشت ($31/4$ درصد) و این شیوه از آموزش در اولویت اول و برگزاری کارگاه ($27/4$ درصد) در اولویت بعدی قرار گرفت (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی شیوه مناسب آموزش از دیدگاه پزشکان خانواده

شیوه آموزش	تعداد (درصد)
مداوم	۳۲ (۳۱/۴)
کارگاه	۲۸ (۲۷/۴)
خودآموزی	۱۷ (۱۶/۷)
سمینار	۱۴ (۱۳/۷)
کنگره	۶ (۵/۹)
کنفرانس	۵ (۴/۹)
جمع	۱۰۲ (۱۰۰)

این مطالعه توصیفی-تحلیلی-مقطعی در سال ۱۳۹۳ با حضور همه پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام گردید. نمونه‌ها شامل ۱۰۲ نفر از پزشکان خانواده روستایی شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی شهرستان‌های کرمان، کوهبنان، زرنند، راور، بردسیر، بافت، رابر، ارزوئیه، شهرابک و سیرجان بودند که به روش سرشماری وارد مطالعه شدند و پرسش‌نامه را به روش خودایفا تکمیل نمودند.

داده‌های پژوهش با استفاده از پرسش‌نامه محقق ساخته که مشتمل بر دو بخش بود، جمع‌آوری گردید. بخش اول پرسش‌نامه شامل مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، سال فراغت از تحصیل، محل تحصیل، مدت و محل خدمت) و شیوه آرایه آموزش به ترتیب اولویت بود. بخش دوم، نظر پزشکان خانواده روستایی را در مورد اولویت نیاز آنان به آموزش در حیطه‌های گسترش، آموزش سلامت، بهداشت محیط و حرفه‌ای، بهداشت خانواده و مدارس، پیشگیری و مراقبت بیماری‌ها، سلامت روان و درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها در قالب ۶۰ سؤال سنجید که سؤالات این بخش با مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (از بسیار زیاد تا بسیار کم با شماره‌های ۱ تا ۵) ارزش‌گذاری شده بود. دامنه نمره در بخش نیازسنجی آموزشی ۳۰۰-۶۰ بود. در انتهای پرسش‌نامه یک سؤال باز با عنوان «آیا به دوره آموزشی به غیر از موارد ذکر شده نیاز دارید؟» مطرح گردید.

جهت تعیین اعتبار علمی (Validity)، پس از مطالعه کتابخانه‌ای و مروری بر مطالعات انجام شده از جمله مطالعه امید و همکاران (۱۰)، پرسش‌نامه‌ای در زمینه نیازسنجی آموزشی تهیه شد و روایی آن توسط صاحب‌نظران و استادان آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، پزشکی اجتماعی و آمار و اپیدمیولوژی مورد تأیید قرار گرفت. جهت تعیین پایایی ابزار پژوهش نیز از روش آزمون-بازآزمون بر روی نمونه ۲۰ نفری

مهم‌ترین اولویت‌های آموزشی پزشکان خانواده در حیطه‌های مختلف نظام سلامت در جدول ۲ ارائه شده است. ۱۲ درصد از پزشکان علاوه بر نیازهای اعلام شده در پرسش‌نامه، موضوعاتی مانند سردردها، بیماری‌های گوارشی، بیماری‌های پوستی، نحوه برخورد با اطفال دچار فلج مغزی، نحوه برخورد با بیمار دچار آسیب و اندیکاسیون درخواست منطقی و کاربردی آزمایش‌ها را به عنوان نیاز آموزشی خود بیان نمودند.

بیشترین نیاز آموزشی پزشکان خانواده بر اساس اولویت شامل ختنه، بیوپسی از پوست و مخاط، کشیدن ناخن و برداشت خال، مهارت‌های فرزندپروری، اورژانس‌های روان‌پزشکی و سامانه خدمات سلامت ایرانیان و کمترین نیاز در زمینه روش‌های پیشگیری از بارداری، مراقبت از بیماری‌های منتقل شونده از ناقلین، مراقبت از بیماری‌های منتقل شده از آب و غذا، اصول و مهارت‌های مشاوره و تنظیم خانواده و مراقبت از بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن بود.

جدول ۲: مهم‌ترین اولویت‌های آموزشی پزشکان خانواده در حیطه‌های مختلف نظام سلامت و انتظارات بسته خدمتی پزشک خانواده

حیطه‌ها (تعداد عنوان آموزشی)	موضوعات آموزشی	تعداد (درصد)
گسترش (۴)	سامانه خدمات سلامت ایرانیان	۵۷ (۵۵/۹)
	کار با کامپیوتر	۳۲ (۳۱/۴)
	ساختار و عملکرد نظام سلامت	۳۱ (۰/۴)
آموزش و ارتقای سلامت (۲)	نحوه آموزش سلامت	۲۲ (۲۱/۶)
	مهارت‌های ارتباطی با بیمار و در محیط کار	۲۲ (۲۱/۶)
بهداشت محیط و حرفه‌ای (۲)	مراقبت از سلامت محیط کار (آشنایی با بیماری‌های شغلی، خدمات طب کار و عوامل زیان‌آور محیط کار)	۴۲ (۴۱/۲)
	مراقبت از سلامت محیط (بهداشت هوا، آب و مواد غذایی، پسماندها و کنترل حشرات و جوندگان)	۲۷ (۲۶/۵)
بهداشت خانواده، مدارس و تغذیه (۲۰)	مراقبت از بیماری‌ها و اختلالات شایع نوجوانان و جوانان	۵۳ (۵۲/۰)
	مراقبت از اختلالات تغذیه‌ای، سوء تغذیه، لاغری و چاقی	۵۳ (۵۲/۰)
	تغذیه در بیماری‌ها (دیابت، بیماری‌های قلبی - عروقی و ...)	۴۵ (۵۲/۱)
پیشگیری و مراقبت بیماری‌ها (۱۳)	مراقبت‌های پیشگیری از رفتارهای پرخطر در مدارس	۴۴ (۴۳/۱)
	مراقبت از سرطان‌ها	۴۹ (۴۸/۰)
	مراقبت و پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی	۴۷ (۴۶/۱)
	مراقبت از بیماری‌های ژنتیک (تالاسمی، PKU و ...)	۴۵ (۴۴/۱)
سلامت روان (۶)	مراقبت از هیپوتیروئیدی مادرزادی	۴۵ (۴۴/۱)
	مهارت‌های فرزندپروری	۶۶ (۶۴/۷)
	اورژانس‌های روان‌پزشکی	۵۸ (۵۶/۹)
	مهارت‌های زندگی	۵۶ (۵۴/۹)
درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها (۱۳)	پیشگیری از سوء مصرف مواد و الکل	۵۳ (۵۲/۰)
	ختنه	۷۲ (۷۰/۶)
	بیوپسی از پوست و مخاط	۶۸ (۶۶/۷)
	کشیدن ناخن و برداشت خال، لیپوم و زگیل	۶۷ (۶۵/۷)
	انجام CPR و لوله‌گذاری تراشه	۵۷ (۵۵/۹)

PKU: Phenylketonuria; CPR: Cardiopulmonary resuscitation

(۱۷)، فارماکولوژی بالینی (۱۱)، عوامل زیان‌آور محیط کار (۸)، بیماری‌های داخلی (۷)، دانش مشاوره (۱۳) و آموزش به بیمار (۱۴) را جزء اولویت‌های برتر آموزشی عنوان کرده‌اند.

مقایسه نتایج مطالعه حاضر با سایر مطالعات نشان می‌دهد که نیازهای آموزشی پزشکان عمومی در مناطق مختلف متفاوت می‌باشد و برآورده کردن نیازهای آموزشی پزشکان خانواده از اهمیت زیادی برخوردار است؛ چرا که با توجه به عدم وجود امکانات تخصصی در سطح روستاها و وجود بیماری‌های مزمن در این مناطق و از طرف دیگر، محدودیت امکانات ارجاع به سطوح تخصصی، باید زمینه‌های افزایش آگاهی و مهارت پزشکان خانواده فراهم شود تا همه مردم بتوانند در محل زندگی خود به درمان مناسب و کارآمد دسترسی پیدا کنند (۸). بنابراین، انجام نیازسنجی آموزشی به طور مجزا توسط هر دانشگاه ضروری به نظر می‌رسد. برنامه‌های آموزشی طراحی شده مبتنی بر نیازسنجی می‌تواند منجر به افزایش کارایی و بهره‌وری پزشکان گردد.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر، تعیین اولویت شیوه آموزش مؤثر در افزایش دانش پزشکان خانواده بود. بر اساس نظر مشارکت کنندگان، برنامه‌هایی که طبق سرفصل‌های اداره کل آموزش مداوم (آموزش مدون) برگزار می‌شود، بیشترین تأثیر (۳۱/۴ درصد) را در ارتقای دانش پزشکان دارد و این شیوه از آموزش در اولویت اول و برگزاری کارگاه (۲۷/۴ درصد) در اولویت بعدی قرار گرفت. این یافته پژوهش با مطالعه شیرازی و همکاران که به بررسی نیازها و روش‌های آموزشی پزشکان عمومی از دیدگاه شرکت کنندگان و مشمولین در دانشگاه علوم پزشکی تهران طی سال ۸۰-۱۳۷۹ پرداختند (۱۱)، همخوانی داشت. آنان برنامه مدون (۵۸/۳ درصد) را به عنوان اولین اولویت شیوه آموزشی اعلام نمودند و بیشترین روش مورد درخواست افراد، سخنرانی همراه با فیلم بیان گردید (۱۱).

با توجه به این‌که شناسایی نیازهای آموزشی و معین نمودن اولویت‌ها و روش‌های مناسب و نوین آموزشی در برنامه‌های

میانگین نمره نیازهای آموزشی پزشکان خانواده، $39/13 \pm$ ۱۹۳/۰۸ به دست آمد. بین میانگین نمره نیاز آموزشی پزشکان خانواده با سابقه کار کلی ($P = 0/020$ ، $r = 0/231$) و سابقه کار در برنامه پزشک خانواده ($P = 0/013$ ، $r = 0/245$) ارتباط آماری معنی‌دار و مستقیمی وجود داشت؛ به طوری که با افزایش سابقه کار، نیاز آموزشی نیز افزایش یافت. این در حالی است که بین میانگین نمره نیاز آموزشی پزشکان فارغ‌التحصیل از دانشگاه‌های دولتی با پزشکی که از دانشگاه‌های غیر دولتی فارغ‌التحصیل شده بودند، اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P = 0/997$). همچنین، بین میانگین نمره نیاز آموزشی با جنس ($P = 0/545$)، سن ($P = 0/320$ ، $r = 0/099$) و فاصله تحصیلی ($P = 0/303$ ، $r = 0/103$) ارتباط معنی‌داری نبود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر که با هدف تعیین مهم‌ترین نیازهای آموزشی پزشکان خانواده روستایی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام گرفت، نشان داد که بیشترین نیاز آموزشی پزشکان خانواده مورد مطالعه بر اساس اولویت شامل ختنه، بیوپسی از پوست و مخاط، کشیدن ناخن و برداشت خال، مهارت‌های فرزندپروری، اورژانس‌های روان‌پزشکی، سامانه خدمات سلامت ایرانیان و... می‌باشد.

کریمی و همکاران دریافتند که پزشکان در هنگام گذراندن مهارت‌های عملی دوره پزشکی عمومی، در آموزش نحوه انجام بخیه و سونداژ معده بیشترین آموزش و در مورد آموزش کلرسنجی و نحوه گذاشتن وسایل جلوگیری از بارداری کمترین آموزش را داشتند (۸). طبق پژوهش انجام شده در آمریکا، مباحث مربوط به سیگار کشیدن، کاهش وزن، روابط سالم جنسی و اعتیاد به مواد مخدر از جمله نیازهای آموزشی پزشکان عمومی اعلام گردید (۱۵).

مطالعات مختلفی که به بررسی نیازهای پزشکان پرداخته‌اند، مواردی مانند اقدامات اولیه در اورژانس‌های تنفسی (۱۰)، دارودرمانی در روان‌پزشکی (۳)، فوریت‌های حوادث و سوانح

پزشک خانواده در تمامی سطوح بود. علت این امر، گستردگی و حجم زیاد موضوعات آموزشی مربوط به آن می‌باشد که ممکن است پوشش دادن کل نیازهای آموزشی پزشکان را در طراحی و اجرای برنامه‌های آموزش و بازآموزی تحت تأثیر قرار دهد. با وجود این‌که پزشکان در اعلام نیازهای آموزشی خود بیشتر به موضوعاتی در حیطه درمان پرداخته بودند، اما مواردی مطابق با بسته خدمتی تعریف شده از جانب وزارت متبوع نیز در نظر گرفته می‌شود.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که ضمن بازنگری برنامه آموزشی پزشکان عمومی، انجام نیازسنجی آموزشی توسط هر دانشگاه به طور مجزا ضروری به نظر می‌رسد. با اجرای برنامه‌های مداوم آموزشی، سطح دانش و مهارت پزشکان ارتقا خواهد یافت و افزایش توانمندسازی آنان به نوبه خود، سطح سلامت جوامع روستایی را به دنبال خواهد داشت. اثربخشی و افزایش کیفیت برنامه‌های آموزش مداوم در گروهی نیازسنجی آموزشی است. با توجه به تعیین نیازهای آموزشی پزشکان خانواده روستایی در مطالعه حاضر، انتظار می‌رود که مسئولین حوزه سلامت و آموزش مداوم دانشگاه علوم پزشکی کرمان بر اساس نتایج این ارزیابی، به برنامه‌ریزی آموزشی در راستای افزایش بهره‌وری این برنامه پردازند.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۹۳/۳۰ در معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان می‌باشد. بدین‌وسیله نویسندگان از مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت و معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کمال تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.

آموزش مداوم، امکان استفاده بهینه از منابع محدود و در دسترس را فراهم می‌کند، تعیین اولویت‌های آموزشی مورد نیاز و روش‌های مؤثر آموزشی پزشکان عمومی و استفاده از نظرات آنان ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، چنین نتیجه‌گیری می‌شود که عملیاتی نمودن نیازسنجی آموزشی طراحی شده می‌تواند باعث افزایش کیفیت برنامه‌های آموزشی گردد و پیشنهاد می‌شود، دانشگاه‌ها این نتایج را برای تدوین برنامه‌های آموزشی مورد نیاز خود مد نظر قرار دهند.

در پژوهش حاضر بین میانگین نمره نیاز آموزشی پزشکان خانواده با سابقه کار کلی و سابقه کار در برنامه پزشک خانواده ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت؛ به طوری که با افزایش سابقه کار، نیاز آموزشی آنان نیز افزایش پیدا می‌کرد.

ارتباط آماری معنی‌داری بین میانگین نمره نیاز آموزشی پزشکان خانواده با متغیرهای سن، جنس، محل تحصیل و فاصله تحصیلی مشاهده نگردید. بنابراین، برنامه‌های آموزشی ویژه پزشکان خانواده را می‌توان بدون توجه به سن و جنس افراد تدوین و اجرا نمود. در تبیین این نتیجه می‌توان چنین اظهار داشت که با افزایش سابقه کار به دلیل این‌که پزشکان از آموزش‌های دوران تحصیل فاصله می‌گیرند، نیازهای آموزشی آنان افزایش می‌یابد. 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 ضروری برای ارتقای مهارت‌های حرفه‌ای مطرح شده است.

نتایج مطالعه شکورنیا و همکاران که به بررسی نیازهای آموزشی و تعیین محتوای برنامه‌های آموزش مداوم از دید پزشکان عمومی در شهرستان اهواز پرداخت، نشان داد که بین نیازهای آموزشی و متغیرهای سن و سابقه کار همبستگی معنی‌داری وجود دارد، اما بین نیازهای آموزشی پزشکان زن و مرد مورد مطالعه همبستگی آماری معنی‌داری مشاهده نگردید (۱۸).

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، عدم امکان نیازسنجی در کلیه عناوین آموزشی حیطه‌های نظام سلامت و انتظارات برنامه

References:

1. Ministry of Health and Medical Education. Guideline for family physicians program and Referral System in Urban Areas, Version 02. 2011. Available from: www.zums.ac.ir/files/cityhealth/pages/d.pdf. [In Persian]
2. Ministry of Health and Medical Education. Guideline for family physicians program and Referral System. Ministry of Health and Medical Education Department of Health: Iran, Tehran. 2008:5-11. [In Persian]
3. Shiri Mr, 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. Iran J Med Educ. 2011; 10(5):726-34. [In Persian].
4. Gafari A. Family Physician. Special Report, MED&LAB Engineering Magazine. 2009; 8(90). [In Persian].
5. Asgari H, Kheirmand M, Yarmohmdian MH, Rohani M, Ansari Pour S. Training needs assessment of health care providers (Behvarzan) working in health networks in Isfahan province. Iran J Med Educ. 2011; 10(5): 668-74. [In Persian]
6. Azimian J. Educational needs of nursing managers about quality assurance of nursing care in Qazvin teaching hospitals. J Qazvin Univ Med Sci. 2002; 6(2):75-80. [In Persian]
7. Shakurnia AH, Marashi T, Heidari Soureshjani Sh. Concordance of length and contents of continuing medical education programs with educational demands of practicing GPs in Khuzestan province. Iran J Med Educ. 2008; 7(1):85-92. [In Persian]
8. Karimi M, Mirzaei M, Rahim Z. Educational needs of family physicians in Yazd province. J Med Educ Dev. 2012; 6(1). [In Persian]
9. Fathi K. Need Assessment in education planning (Methods and Techniques). Tehran: Office of Teacher Training and Human Force Education; 1994: 1
10. 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. Iran J Med Educ. 2013; 13(6):470-9. [In Persian]
11. Shirazi M, Alaedini F, Zeinalloo A. Requirements and methods of teaching general practitioners from the perspective of participants and subjects in the Tehran University of Medical Sciences. Iran J Med Educ. 2002; 2: 79-80. [In Persian]
12. Tomasik T, Windak A, Domagala A, Dubas K, Sumskas L, Rosinski J. An evaluation of family physicians' educational needs and experiences in health promotion and disease prevention in Poland and Lithuania - a qualitative study. BMC Fam Pract. 2011; 12(1):13.
13. Norris TE, Coombs JB, Carline J. An educational needs assessment of rural family physicians. J Am Board Fam Pract. 1996; 9(2):86-93.
14. Forti EM, Martin KE, Jones RL, Herman JM. An assessment of practice support and continuing medical education needs of rural Pennsylvania family physicians. J Rural Health. 1996; 12(5):432-7.
15. Commonwealth Fund. Training Tomorrow's Doctors: The medical education mission of academic health centers. New York. 2002.
16. Amini A, Kargarmaher M, Hatami Sadabadi F, Salami H. Determining CME needs of general physicians in East Azarbaijan province. Iran J Med Educ. 2002; 2: 12. [In Persian]
17. Shakurnia A, Elhampour H, Marashi T, Heidari Soureshjani Sh. Concordance of length and contents of continuing medical education programs with educational demands of practicing gps in Khuzestan Province. Iran J Med Educ. 2007; 7(1): 85-91. [In Persian]
18. Azizi J, Karimyar Jahromi M, Hojat M. Assessment of Darab County Villagers' Satisfaction with Family Doctor Functions from Different Aspects. J Fasa Univ Med Sci. 2012; 2 (3):193-8. [In Persian]

Assessment of the Educational Requirements of Rural Family Physicians in Kerman University of Medical Sciences, Iran

Nasrin Tabasinejad¹, Narges Khanjani², Fatemeh Balali-Meybodi³, Fatemeh Nazari¹, Mohabbat Mohseni^{4}*

1. MSc Student of Health Education and Promotion, Faculty of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
2. Ph.D. in Statistics and Epidemiology, Associate Professor Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, Kerman University of Medical, Sciences Kerman, Iran
3. Ph.D. in Public Health, Assistant Professor in Public Health and Health Promotion, Research Center for Social Determinants of Health, , Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

• Received: 15 Dec, 2014

• Received Corrected Version: 20 Apr, 2015

• Accepted: 25 Apr, 2015

Background & Objective: Determination of priorities and suitable educational methods enable the optimal use of the limited resources available. Due to the effective role of family physicians in health promotion and the necessity of educational planning according to needs assessment, this study aimed to assess the educational requirements of rural family physicians working in Kerman University of Medical Sciences, Iran.

Methods: This cross-sectional, analytical-descriptive study was conducted on 102 rural family physicians in 2014. Census method was applied for sampling. Data were collected using a two-part researcher-made questionnaire. The validity of the questionnaire was approved by professors. To determine the reliability of the research tool, test-re-test method, and Cronbach's alpha (0.96) were applied. Statistical tests were used to analyze the data using SPSS software.

Results: The most required educational needs were circumcision, biopsy of the skin and mucosa, pulling nails, speckle removal, and surgical excision of skin verruca. Continuing Medical Education was reported as the leading effective educational method. There was significant relationship between educational requirements, and total years of work experience and years of work experience as family physician. However, there was no significant relationship between educational requirements and physicians' gender, age, place of education, and educational interval gap.

Conclusion: To enhance knowledge and skills of family physicians, in addition to revision of physician's educational curriculum, educational planning based on needs assessment is required. Thus, it is suggested that the Health Care and Continuing Medical Education Office in Kerman University of Medical Sciences take the results of this study into consideration in order to promote the efficacy of the educational programs.

Key Words: Educational needs assessment, Family physician, Kerman University of Medical Sciences, Iran

*Correspondence: Department of Public Health and Health Promotion, School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

• Tel: (+98) 34 3132 5098

• Fax: (+98) 34 3132 5094

• Email: mohabbat.mohseni@gmail.com