

# خود ارزیابی اینترن ها و پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی جهرم در زمینه حداقل

## توانمندی های پزشک عمومی

سید اسماعیل مناقب<sup>۱</sup>، فاطمه مصلی نژاد<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> استادیار پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. <sup>۲</sup> کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

مجله راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی، دوره چهارم شماره اول بهار و تابستان ۹۶ صفحات ۳۹-۲۷.

### چکیده

**مقدمه و هدف:** در راستای پاسخگویی اجتماعی، سند حداقل توانمندی های مورد انتظار از پزشک عمومی توسط دبیرخانه شورای آموزش پزشک عمومی (مصوب سومین نشست شورای آموزش پزشکی عمومی مورخ ۱۳۸۷/۱۲/۲۷) تدوین شده است. این مطالعه به منظور خود ارزیابی اینترن های پزشکی و پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی جهرم از میزان توانمندی آنها در زمینه حداقل توانمندیهای مورد انتظار از پزشکان عمومی در ایران طراحی شده است.

**روش ها:** این مطالعه از نوع توصیفی می باشد که در دانشگاه علوم پزشکی جهرم بر روی اینترن ها و پزشکان خانواده انجام گرفت. جامعه پژوهش پزشکان خانواده و اینترن های دانشگاه علوم پزشکی جهرم بود. در این مطالعه ۲۰ نفر اینترن به روش سرشماری و ۲۰ نفر پزشک خانواده به روش تصادفی ساده وارد مطالعه شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته روا و پایا (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵) بود که در ۸ حیطه شامل: ارتقاء سلامت، مهارت های بالینی و ارتباطی، اقدامات عملی، نگرش و اخلاق پزشکی و مسؤلیت های قانونی، فن آوری اطلاعات، علوم پایه، پژوهش و ارتقاء فردی تهیه گردید و جمعاً شامل ۸۳ گویه بود. داده ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ شده و با استفاده از آزمون t مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** میانگین سنی پزشکان خانواده ۳۰/۷ سال و ۴۵٪ (۹ نفر) مذکر بودند. میانگین سنی اینترن ها ۲۴/۵ سال و ۸۰٪ مؤنث (۱۶ نفر) بودند. توانمندی پزشکان خانواده بجز در حیطه پژوهش که متوسط بود در سایر حیطه ها قوی ارزیابی شدند. توانمندی اینترن ها بجز در حیطه های پژوهش، ارتقای فردی و فن آوری اطلاعات که متوسط بودند، در سایر حیطه ها قوی ارزیابی شدند. مقایسه توانمندی اینترن ها با پزشکان خانواده در حیطه های هشت گانه با استفاده از آزمون تی مستقل نشان داد که بجز در حیطه پژوهش (P value=۰/۱۹) در سایر حیطه ها تفاوت معنی دار وجود دارد (P value < ۰/۰۵).

**نتیجه گیری:** ارتقای توانمندی دانش آموختگان در حیطه های فن آوری اطلاعات، پژوهش، ارتقاء فردی و فراگیری مادام العمر ضروری است.

**کلیدواژه ها:** پزشک خانواده، پزشک عمومی، حداقل توانمندی ها، خود ارزیابی.

نویسنده مسئول:

سید اسماعیل مناقب

استادیار پزشکی اجتماعی، دانشکده

پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز،

شیراز، ایران.

تلفن: ۰۹۱۷۳۱۲۵۰۲۷

پست الکترونیکی:

managheba@sums.ac.ir

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۵/۸/۱۷ اصلاح نهایی: ۹۵/۱۰/۱۳ پذیرش مقاله: ۹۵/۱۰/۱۳

**ارجاع:** مناقب سید اسماعیل، مصلی نژاد فاطمه. خود ارزیابی اینترن ها و پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی جهرم در زمینه حداقل توانمندی های پزشک عمومی. راهبردهای توسعه در آموزش

پزشکی ۱۳۹۶؛ ۴(۱): ۳۹-۲۷.

## مقدمه

آنچه که در آموزش پزشکی مهم است، نتایج یادگیری است که در قالب توانمندی‌های حرفه‌ای بیان می‌شود (۱). در واقع هدف آموزش پزشکی پاسخ‌گویی به نیازهای سلامتی و بهداشتی جامعه است (۲). اکنون توجه جوامع بین‌المللی به این موضوع معطوف می‌باشد که پزشکی که امروز فارغ التحصیل می‌شود علاوه بر اینکه باید قادر به ارائه خدمات مراقبت‌های سلامت در سطح جامعه باشد، باید بتواند تصمیم‌گیرنده‌ای مدبر در مورد بیماریها با توجه به شرایط گوناگون جغرافیایی، اجتماعی و اقتصادی، و ماهر در برقراری ارتباط، و مدیری مؤثر و کارآمد در گروه‌های سلامت و جامعه باشد و همواره از انگیزه‌های درونی و پویا برای یادگیری و پژوهش مادام‌العمر برخوردار (۳). در همین ارتباط پزشک پنج ستاره بوسیله صاحب نظران تعریف شده است (۴) و پاسخگویی اجتماعی بر اساس چهار ارزش: مرتبط بودن، کیفیت، عدالت و مقرون به صرفه بودن (هزینه-اثر بخشی) مد نظر قرار گرفته است (۵) و به معنای تربیت پزشکانی است که قادر به مرتفع نمودن نیازهای سلامتی جامعه تحت پوشش خود باشند (۶) و یکی از رسالت‌های اصلی دانشگاه‌های علوم پزشکی است (۷). اما در عمل عناوین آموزشی کمتر منعکس‌کننده این موضوعات هستند (۸).

در مطالعات متعددی که بر روی پزشکان تازه فارغ التحصیل در انگلستان انجام گرفته است به کمبود مهارت پزشکان اشاره شده است (۹،۸). در کشور ایران هم دانشگاه‌های علوم پزشکی نتوانسته‌اند پاسخگوی نیازهای واقعی جامعه

باشند (۱۰) در مطالعه‌ای که در زمینه قابلیت‌های دانشجویان پزشکی انجام گردیده نشان داده شد که معرفی بیمار، پروسیجرهای پایه، تفسیر آزمایشات و تصمیم‌گیری تشخیصی بالاترین رتبه و مدیریت مراقبت‌ها، تغذیه و مراقبت سالمندان کمترین رتبه را در خودارزیابی دانشجویان سال آخر پزشکی به خود اختصاص دادند (۱۱). مطالعه بر روی دانش‌آموختگان دندانپزشکی حاکی از ضعف در آموزش بالینی و عدم رضایت آنها از توانمندیهای حرفه‌ای خود بوده است (۱۲).

در راستای پاسخگویی اجتماعی گروه بهداشت بین‌المللی منطقه پاسیفیک (HAIAP) پیشنهادات زیر را ارائه می‌دهد: الف- مشخص کردن و تعریف کردن مهارت‌های اساسی آموزشی که همه پزشکان می‌بایست دارا باشند. ب- اصلاحات برنامه آموزشی باید نیازهای اصلی آموزشی یک پزشک از نظر دانش، تفکر و مهارت‌های لازم برای روبرو شدن با چالش‌های طب بالینی و بهداشت و سلامت همگانی را در بر داشته باشد (۷،۱۳) و متناسب با تحولات بین‌المللی دبیرخانه شورای آموزش پزشک عمومی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اقدام به تدوین سند حداقل توانمندی‌های مورد انتظار از پزشک عمومی دانش‌آموخته از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور جمهوری اسلامی ایران با توجه به شرایط بومی کشور و شرایط دانشگاه‌های علوم پزشکی کرده است (۱۴). حداقل توانمندی‌های پزشکان در جمهوری اسلامی ایران (مصوب سومین نشست شورای آموزش پزشکی عمومی مورخ

با طرح‌های مشابه منطبق بودن این طرح بر توانمندی‌های اعلام شده از سوی دبیرخانه شورای آموزش پزشکی می‌باشد.

### روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی می‌باشد که در سال ۱۳۹۰ در دانشگاه علوم پزشکی جهرم بر روی اینترنت‌ها و پزشکان خانواده انجام گرفت. جامعه پژوهش، پزشکان خانواده (۲۴ نفر) و اینترنت‌های دانشگاه علوم پزشکی جهرم (۲۰ نفر) بود. از آنجا که تعداد اینترنت‌های واجد شرایط ورود به مطالعه ۲۰ نفر بود و تعداد پزشکان خانواده ۲۴ نفر، ۲۰ نفر اینترنت به روش سرشماری و از بین ۲۴ پزشک خانواده ۲۰ نفر به روش تصادفی ساده وارد مطالعه شدند. پزشکان خانواده و اینترنت‌ها با رضایت شخصی وارد مطالعه شدند و به آنها نیز توضیح داده شد که در صورت عدم شرکت در مطالعه هیچگونه تاثیری در ارزشیابی عملکرد آنان نخواهد داشت.

معیارهای ورود: تحصیل در دانشگاه‌های ایران، گذراندن کارورزی بخش‌های داخلی، جراحی، زنان و اطفال برای اینترنت‌ها، حداقل یک ماه به پایان دوره اینترنتی باقیمانده باشد و داشتن قرارداد رسمی با دانشگاه علوم پزشکی جهرم برای پزشکان خانواده. با توجه به اینکه اطلاعات به صورت محرمانه و بدون هیچ دخل تصرفی در نتایج داده‌ها بود، این پژوهش مشکل اخلاقی نداشت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته بر اساس حداقل توانمندی‌های مورد انتظار از پزشکان عمومی در جمهوری اسلامی ایران

(۱۳۸۸/۱۲/۲۷)، حیطة‌هایی را در بر می‌گیرد که انتظار می‌رود دانشجویان پزشکی در طول دوره تحصیل به آنها دست یافته باشند و پاسخگوی نیازهای جامعه خود باشند. تعیین فاصله بین توانمندی‌های پزشکان از توانمندی‌های مورد انتظار می‌تواند نیازهای آموزشی را مشخص کند (۱۵). در یک نظام آموزشی پاسخگو، اصلی‌ترین معیار پاسخگویی اجتماعی برنامه درسی، میزان موفقیت برنامه درسی در تربیت پزشکان توانمند می‌باشد (۱۰). و به همین دلیل ارزشیابی آموزش بالینی، بخش جدا نشدنی از برنامه آموزش پزشکی بوده (۱۶). در ارزشیابی نسبت به عملکرد فرد، قضاوت صورت می‌گیرد (۱۷). در واقع هدف از ارزشیابی، پاسخگویی در قبال رشد فراگیران است (۱۸). یکی از رویکردهای رایج در ارزشیابی برنامه‌های آموزشی رویکرد هدف‌مدار است (۱۹) و یکی از روش‌های مهم روش خودارزیابی است (۲۱،۲۰).

از آنجا که دانشجویان از صاحبان اصلی فرآیند آموزشی هستند، در صورتیکه ابزار نظرسنجی از دانشجویان با روایی و پایایی قابل قبول تهیه و اجرا گردد، می‌تواند یکی از دقیق‌ترین منابع اطلاعات مورد نیاز جهت تعیین کیفیت آموزش باشد (۱۶).

این مطالعه به منظور خودارزیابی دانشجویان سال آخر پزشکی و پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی جهرم از میزان توانمندی آنها در زمینه حداقل توانمندی‌های مورد انتظار از پزشکان عمومی در ایران و مقایسه با پزشکان خانواده طراحی شده است. از تفاوت‌های اساسی این طرح

پرسشنامه‌ها توسط کارشناس همکار به اینترنت‌ها و پزشکان عمومی تحویل داده شد و سپس یک هفته بعد جمع آوری گردید. داده‌ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ شده و در سطح آمار توصیفی بصورت فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و رتبه‌بندی بیان گردید و سپس منحنی کولموگروف\_اسمیرنوف رسم شد که با توجه به توزیع نرمال داده‌ها، با استفاده از آزمون t مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### یافته‌ها

در این مطالعه ۴۰ نفر شرکت داشتند، که ۲۰ نفر آنها اینترنتی و ۲۰ نفر دیگر پزشک خانواده بودند. ویژگی‌های هر دو گروه در جدول (۱) آمده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی

میانگین سن	مذکر	مونث
۳۰/۷۱	٪۴۵	٪۵۵
۲۴/۵۳	٪۲۰	٪۸۰

ارتقاء فردی و فراگیری مادام العمر با  $(Pvalue=0/001)$  تفاوت معناداری دیده شد. ولی در حیطة توانایی انجام پژوهش در آموزش پزشکی تفاوت معناداری دیده نشد  $(Pvalue=0/19)$ . این اطلاعات در جدول (۲) خلاصه شده اند. نتایج خودارزیابی اینترنتیها و پزشکان خانواده در مهارتهای پزشک عمومی در جدول ۳ خلاصه شده اند.

اعلام شده از سوی دبیرخانه شورای آموزش پزشک عمومی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (۱۵) می‌باشد که در ۸ حیطة شامل: ارتقاء سلامت (۱۶ گویه)، مهارت‌های بالینی و ارتباطی (۱۷ گویه)، اقدامات عملی (۳۴ گویه)، نگرش و اخلاق پزشکی و مسئولیت‌های قانونی (۸ گویه)، فن‌آوری اطلاعات (۳ گویه)، علوم پایه (۲ گویه)، پژوهش (یک گویه) و ارتقا فردی (۲ گویه) تهیه گردید و جمعاً شامل ۸۳ گویه می‌باشد که در مقیاس لیکرت ۳ گزینه‌ای بصورت کم (ضعیف)، متوسط و زیاد (قوی) تدوین شده بود و به گزینه کم نمره ۱، به گزینه متوسط نمره ۲ و به گزینه زیاد نمره ۳ تعلق می‌گرفت. روایی پرسشنامه با نظر سه نفر از کارشناسان تایید گردید و یک مطالعه آزمایشی بر روی ۱۵ دانشجو به منظور تعیین پایایی پرسشنامه انجام شد که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ بدست آمد.

مقایسه توانمندی اینترنتی‌ها با پزشکان خانواده در حیطة های هشت گانه با استفاده از آزمون تی مستقل نشان داد که در حیطة اقدامات عملی با  $(Pvalue=0/01)$ ، حیطة مهارت های ارتباطی و بالینی با  $(Pvalue=0/03)$ ، در حیطة ارتقاء سلامت و پیشگیری با  $(P Value=0/01)$ ، در حیطة نگرش و اخلاق پزشکی با  $(Pvalue=0/02)$ ، در حیطة فن آوری اطلاعات با  $(Pvalue=0/01)$ ، در حیطة علوم پایه و اجتماعی با  $(Pvalue=0/01)$  و در حیطة

جدول ۲. مقایسه توانمندی اینترن ها با پزشکان خانواده با آزمون تی مستقل

P	t	میانگین و انحراف معیار		شاخص آماری نوع توانمندی
		اینترن	پزشک خانواده	
۰.۰۱	2.7	۲.۳۵±۰.۴۸	۲.۷۵±۰.۴۴	اقدامات عملی
۰.۰۳	2.28	۲.۶±۰.۵۰	۲.۹±۰.۳۰	مهارت های ارتباطی و بالینی
۰.۰۱	2.63	۲.۵۵±۰.۵۱	۲.۹±۰.۳۰	ارتقاء سلامت و پیشگیری
۰.۰۲	2.39	۲.۴۵±۰.۵۱	۲.۸۰±۰.۴۱	نگرش و اخلاق پزشکی
۰.۰۱	2.73	۱.۸±۰.۸۱	۲.۵±۰.۶۸	فن آوری اطلاعات
۰.۰۱	2.65	۲.۱±۰.۷۱	۲.۶۵±۰.۵۸	علوم پایه و اجتماعی
۰.۰۲	1.31	۱.۷±۰.۸۰	۲.۰۵±۰.۸۸	پژوهش
۰.۰۰۲	3.43	۱.۸±۰.۶۹	۲.۵±۰.۶۸	ارتقاء فردی

جدول ۳. خود ارزیابی اینترن ها و پزشکان خانواده در مهارت های پزشک عمومی

حیطه	مهارت	سطح توانمندی					
		زیاد	متوسط	کم	اینترن		
اقدامات عملی	احیای قلبی - ریوی	۱۰٪(۵۰)	۳٪(۱۵)	۸٪(۴۰)	۹٪(۴۵)	۲٪(۱۰)	۸٪(۴۰)
	خونگیری وریدی و شریانی	۱۲٪(۶۰)	۷٪(۳۵)	۵٪(۲۵)	۱۰٪(۵۰)	۳٪(۱۵)	۲٪(۱۰)
تزیقات	رگ گیری	۹٪(۴۵)	۳٪(۱۵)	۸٪(۴۰)	۱۱٪(۵۵)	۲٪(۱۰)	۶٪(۳۰)
	تزیقات	۱۱٪(۵۵)	۸٪(۴۰)	۷٪(۳۵)	۵٪(۲۵)	۲٪(۱۰)	۷٪(۳۵)
انجام کشت ادرار	گذاشتن کاتتر ادراری	۱۵٪(۷۵)	۱۰٪(۵۰)	۴٪(۲۰)	۸٪(۴۰)	۱٪(۵)	۲٪(۱۰)
	خواندن سدیمان ادرار	۱۷٪(۸۵)	۹٪(۴۵)	۲٪(۱۰)	۲٪(۱۰)	۱٪(۵)	۹٪(۴۵)
مراقبت اولیه از زخم	انجام کشت ادرار	۱۱٪(۵۵)	۲٪(۱۰)	۵٪(۲۵)	۵٪(۲۵)	۴٪(۲۰)	۱۳٪(۶۵)
	گذاشتن NG و شستشوی معده	۱۷٪(۸۵)	۱۹٪(۹۵)	۳٪(۱۵)	۰	۰	۱٪(۵)
پایه های	مراقبت اولیه از زخم	۱۷٪(۸۵)	۱۷٪(۸۵)	۲٪(۱۰)	۲٪(۱۰)	۱٪(۵)	۱٪(۵)
	بخیه زدن	۱۷٪(۸۵)	۱۲٪(۶۰)	۲٪(۱۰)	۳٪(۱۵)	۱٪(۵)	۵٪(۲۵)
انجام تامپون بینی قدامی	پاپ اسمیر	۱۰٪(۵۰)	۹٪(۴۵)	۰	۳٪(۱۵)	۱٪(۵)	۸٪(۴۰)
	انجام زایمان طبیعی	۱۳٪(۶۵)	۹٪(۴۵)	۴٪(۲۰)	۴٪(۲۰)	۳٪(۱۵)	۷٪(۳۵)
انجام ختنه	انجام زایمان طبیعی	۵٪(۲۵)	۷٪(۳۵)	۶٪(۳۰)	۳٪(۱۵)	۹٪(۴۵)	۱۰٪(۵۰)
	انجام ختنه	۱٪(۵)	۱٪(۵)	۳٪(۱۵)	٪۰	۱۶٪(۸۰)	۱۹٪(۹۵)
انجام واکسیناسیون	انجام واکسیناسیون	۵٪(۲۵)	۳٪(۱۵)	۷٪(۳۵)	۲٪(۱۰)	۸٪(۴۰)	۱۴٪(۷۰)

ادامه جدول ۳: خودارزیابی اینترن ها و پزشکان خانواده در مهارت های پزشک عمومی

حیطه	مهارت	سطح توانمندی			
		کم	متوسط	زیاد	پزشک
	گذشتن آتل و گچ گیری	۱۵(۷۵)	۸(۴۰)	۳(۱۵)	۷(۳۵)
	گرفتن ECG	۱۳(۶۵)	۳(۱۵)	۴(۲۰)	۵(۲۵)
	انجام پونکسیون مایع نخاع	۵(۲۵)	۹(۴۵)	۸(۴۰)	۳(۱۵)
	انجام پونکسیون آسیت	۶(۳۰)	۶(۳۰)	۴(۲۰)	۳(۱۵)
	انجام پونکسیون مایع پلور	۵(۲۵)	۷(۳۵)	۹(۴۵)	۷(۳۵)
	زنگ آمیزی گرم از مایعات بدن	۱۳(۶۵)	۸(۴۰)	۳(۱۵)	۵(۲۵)
	نمونه گیری مدفوع جهت دیدن خون و انگل	۱۴(۷۰)	۹(۴۵)	۴(۲۰)	۵(۲۵)
	رنگ آمیزی AFB	۱۷(۸۵)	۱۷(۸۵)	۲(۱۰)	۲(۱۰)
	اندازه گیری Hct	۳(۱۵)	۱۶(۸۰)	۷(۳۵)	۳(۱۵)
	اندازه گیری فشار کره چشم	۳(۱۵)	۹(۴۵)	۷(۳۵)	۴(۲۰)
	انجام Venous cut down	۱۶(۸۰)	۱۵(۷۵)	۲(۱۰)	۳(۱۵)
	باز کردن راه هوایی	۱۰(۵۰)	۳(۱۵)	۶(۳۰)	۱۲(۶۰)
	برخورد با پنوموتوراکس فشاری	۱۳(۶۵)	۶(۳۰)	۳(۱۵)	۱۳(۶۵)
	برخورد با غرق شدگی	۱۵(۷۵)	۷(۳۵)	۳(۱۵)	۱۱(۵۵)
	خواندن لام محیطی جهت مالاریا	۱۶(۸۰)	۱۲(۶۰)	۲(۱۰)	۸(۴۰)
	برخورد با شک	۸(۴۰)	۴(۲۰)	۷(۳۵)	۷(۳۵)
	انجام ABG و تفسیر آن	۱(۵)	۱(۵)	۴(۲۰)	۱۵(۷۵)
	انجام PPD و تفسیر آن	۸(۴۰)	۲(۱۰)	۲(۱۰)	۸(۴۰)
	تهیه KOH-preparation	۱۷(۸۵)	۱۲(۶۰)	۳(۱۵)	۴(۲۰)
مهارت های	برقراری ارتباط مؤثر	۲(۱۰)	۱(۵)	۱۰(۵۰)	۴(۲۰)
ارتباطی و	گرفتن شرح حال و انجام معاینه	۲(۱۰)	۰	۷(۳۵)	۵(۲۵)
بالینی	توانایی بررسی درست بیمار بر اساس ***	۴(۲۰)	۰	۵(۲۵)	۳(۱۵)
	هنر جلب اعتماد بیمار	۵(۲۵)	۰	۵(۲۵)	۱۰(۵۰)
	تدوین برنامه مراقبت و درمان ارجاع مناسب	۴(۲۰)	۰	۸(۴۰)	۷(۳۵)
	ثبت یافته ها	۶(۳۰)	۲(۱۰)	۸(۴۰)	۵(۲۵)
	درخواست مناسب ترین روش پاراکلینیک و تفسیر آن	۳(۱۵)	۰	۹(۴۵)	۸(۴۰)
	ارائه مواظبت های اولیه	۹(۴۵)	۰	۴(۲۰)	۷(۳۵)
	شناخت اندیکاسیون های جراحی اورژانس	۴(۲۰)	۱(۵)	۱۱(۵۵)	۵(۲۵)
	توانایی تزریق خون در شرایط اورژانس	۹(۴۵)	۶(۳۰)	۶(۳۰)	۷(۳۵)
	آشنایی با آخرین دستورالمعل درمانی	۱۰(۵۰)	۲(۱۰)	۸(۴۰)	۷(۳۵)
	مناسب ترین روش تجویز دارو	۷(۳۵)	۰	۹(۴۵)	۸(۴۰)
	محاسبه مقدار دارو در هر نوبت استفاده	۲(۱۰)	۰	۱۱(۵۵)	۸(۴۰)
	آشنایی با عوارض و تداخلات دارویی	۴(۲۰)	۱(۵)	۱۴(۷۰)	۵(۲۵)
	انتخاب مقرون به صرفه ترین درمان مؤثر	۷(۳۵)	۱(۵)	۱۱(۵۵)	۶(۳۰)
	آگاهی از نحوه انتخاب کم ترین دارو	۸(۴۰)	۱(۵)	۷(۳۵)	۴(۲۰)

ادامه جدول ۳: خودارزیابی اینترنت‌ها و پزشکان خانواده در مهارت‌های پزشک عمومی

حیطه	مهارت	سطح توانمندی				
		کم	متوسط	زیاد	پزشک	اینترنت
ارتقاء	توانایی استدلال و قضاوت بالینی	۳(۱۵)	۰	۱۰(۵۰)	۷(۳۵)	۶(۳۰)
	پیشگیری از بیماری‌ها	۶(۳۰)	۰	۹(۴۵)	۶(۳۰)	۵(۲۵)
سلامت و	ایفای نقش مدیریتی و رهبری سلامت در جامعه تحت	۱۱(۵۵)	۰	۵(۲۵)	۷(۳۵)	۴(۲۰)
	توان انجام کارهای عملی ضروری جهت تشخیص	۷(۳۵)	۱(۵)	۶(۳۰)	۳(۱۵)	۶(۳۰)
پیشگیری	توان تدوین برنامه مراقبت از مراجعین	۸(۴۰)	۱(۵)	۶(۳۰)	۵(۲۵)	۵(۲۵)
	خلاقیت استفاده شواهد از طب مبتنی بر شواهد	۷(۳۵)	۱(۵)	۷(۳۵)	۶(۳۰)	۵(۲۵)
ارتقاء	آموزش مسائل سلامت به مراجعین	۶(۳۰)	۱(۵)	۸(۴۰)	۲(۱۰)	۶(۳۰)
	ایجاد هدایت و ارتقاء فعالیت‌های گروهی	۶(۳۰)	۰	۹(۴۵)	۵(۲۵)	۵(۲۵)
سلامت و	برقراری ارتباط با گروه‌های رسمی و غیر رسمی جامعه	۳(۱۵)	۱(۵)	۱۳(۶۵)	۴(۲۰)	۴(۲۰)
	ایجاد همکاری بین بخشی	۷(۳۵)	۱(۵)	۹(۴۵)	۳(۱۵)	۴(۲۰)
پیشگیری	آگاهی از ساختار و اهداف نظام سلامت و شاخص‌های	۱۰(۵۰)	۴(۲۰)	۶(۳۰)	۶(۳۰)	۳(۱۵)
	آگاهی از مفهوم سلامت	۱۰(۵۰)	۲(۱۰)	۴(۲۰)	۳(۱۵)	۶(۳۰)
سلامت و	آگاهی از نقش پزشکان عمومی در نظام سلامت	۴(۲۰)	۲(۱۰)	۹(۴۵)	۶(۳۰)	۷(۳۵)
	تحلیل داده‌های سلامت و برنامه‌ریزی	۸(۴۰)	۲(۱۰)	۷(۳۵)	۵(۲۵)	۵(۲۵)
پیشگیری	مدیریت عوامل خطرزای سلامت در جامعه	۸(۴۰)	۱(۵)	۸(۴۰)	۴(۲۰)	۴(۲۰)
	به‌کارگیری روش‌های تحلیلی برای ارزیابی وضعیت بهره	۷(۳۵)	۲(۱۰)	۷(۳۵)	۴(۲۰)	۶(۳۰)
نگرش و	مندی مردم از خدمات سلامت	۹(۴۵)	۲(۱۰)	۸(۴۰)	۵(۲۵)	۳(۱۵)
	اجرا و مدیریت برنامه‌های ملی و منطقه‌ای	۰	۰	۱۰(۵۰)	۱(۵)	۹(۴۵)
اخلاق	رعایت کامل اصول اخلاقی پزشکی	۱(۵)	۰	۸(۴۰)	۱(۵)	۹(۴۵)
	رعایت ضوابط اخلاق حرفه‌ای پزشکی	۱(۵)	۰	۸(۴۰)	۱(۵)	۱۰(۵۰)
مسئولیت	آشنایی با مسائل قانونی صدور گواهی فوت	۸(۴۰)	۳(۱۵)	۹(۴۵)	۵(۲۵)	۳(۱۵)
	آشنایی با مسائل قانونی صدور گواهی استعلاجی	۱۰(۵۰)	۲(۱۰)	۵(۲۵)	۶(۳۰)	۴(۲۰)
های قانونی	آشنایی با مقررات مربوطه سوء استفاده از داروها	۱۰(۵۰)	۴(۲۰)	۶(۳۰)	۷(۳۵)	۳(۱۵)
	آشنایی با مسائل قانونی سوء استفاده فیزیکی، جنسی و	۸(۴۰)	۷(۳۵)	۵(۲۵)	۵(۲۵)	۶(۳۰)
فن آوری	آشنایی با مسائل قانونی سقط جنین	۸(۴۰)	۵(۲۵)	۵(۲۵)	۶(۳۰)	۶(۳۰)
	داشتن نگرش معنوی - عرفانی - اسلامی	۹(۴۵)	۴(۲۰)	۷(۳۵)	۱(۵)	۳(۱۵)
اطلاعات	استفاده و بکارگیری آمار حیاتی	۱۶(۸۰)	۳(۱۵)	۴(۲۰)	۷(۳۵)	۰
	استفاده از تکنولوژی مناسب	۱۱(۵۵)	۲(۱۰)	۴(۲۰)	۸(۴۰)	۴(۲۰)
علوم پایه	به‌کارگیری مهارت‌های استفاده از رایانه و فناوری	۹(۴۵)	۳(۱۵)	۹(۴۵)	۸(۴۰)	۲(۱۰)
	دانش کافی از مفاهیم و روش‌ها در علوم بالینی	۶(۳۰)	۱(۵)	۱۰(۵۰)	۴(۲۰)	۴(۲۰)
پژوهش	دانش و درک کافی از مفاهیم و روش‌ها در جامعه	۷(۳۵)	۴(۲۰)	۶(۳۰)	۴(۲۰)	۶(۳۰)
	استفاده از عملکرد شناختی و استعداد و خلاقیت در انجام	۱۰(۵۰)	۷(۳۵)	۶(۳۰)	۵(۲۵)	۴(۲۰)

ادامه جدول ۳: خودارزیابی اینترنت‌ها و پزشکان خانواده در مهارت‌های پزشک عمومی

حیطه	مهارت	سطح توانمندی					
		کم	متوسط	زیاد	زیاد	زیاد	
فردی	تسلط به استفاده از مهارت‌های زندگی	اینترنت ۹٪(۴۵)	پزشک خانواده ۳٪(۱۵)	اینترنت ۸٪(۴۰)	پزشک خانواده ۴٪(۲۰)	اینترنت ۳٪(۱۵)	پزشک ۱۳٪(۶۵)
	استفاده از انواع روش‌ها برای ارتقاء توانمندی‌های فردی در حرفه پزشکی	اینترنت ۹٪(۴۵)	پزشک خانواده ۲٪(۱۰)	اینترنت ۸٪(۴۰)	پزشک خانواده ۵٪(۲۵)	اینترنت ۳٪(۱۵)	پزشک ۱۳٪(۶۵)

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این مطالعه، خودارزیابی اینترنت‌ها در زمینه حداقل توانمندی‌های پزشک عمومی و مقایسه با پزشکان خانواده بود. در زمینه‌های ارتقاء سلامت، مهارت‌های بالینی و ارتباطی، اقدامات عملی، نگرش و اخلاق پزشکی و مسؤلیت‌های قانونی، فن‌آوری اطلاعات، علوم پایه، پژوهش و ارتقاء فردی میانگین سطح توانمندی پزشکان خانواده با تفاوت معنی‌داری از سطح توانمندی اینترنت‌ها بالاتر بود. ولی در حیطه پژوهش تفاوت معنی‌داری نداشتند ( $Pvalue=0/2$ ). نتایج حاصل از خودارزیابی اینترنت‌ها در حیطه اقدامات عملی نشان می‌دهد که پزشکان خود توانمندی خود در این حیطه را بهتر ارزیابی کرده‌اند و تفاوت معنی‌دار با توانمندی اینترنت‌ها در این حیطه دارد ( $Pvalue=0/01$ ). اینترنت‌ها توانمندی خود در مهارت‌های باز کردن راه هوایی، احیای قلبی-ریوی، رگ‌گیری، تزریقات، گرفتن نوار قلب و انجام واکسیناسیون به ترتیب در ۸۰٪، ۸۵٪، ۸۵٪، ۶۰٪، ۸۵٪ و ۸۴٪ موارد در سطح کم تا متوسط ارزیابی کردند. در مطالعه حسینی و همکاران اکثر کارورزان میزان آگاهی و توانایی خود از احیای قلبی-ریوی را در حد مقدمات دانستند (۴۷/۵ درصد) از نظر میزان آگاهی

تئوریک اکثر کارورزان در حد ضعیف بوده‌اند (۵۰ درصد) که با نتایج مطالعه ما هماهنگی دارد (۲۲). در حالیکه پزشکان خانواده در مهارت‌های باز کردن راه هوایی، احیای قلبی-ریوی، رگ‌گیری، تزریقات و گرفتن نوار قلب به ترتیب در ۸۵٪، ۹۰٪، ۹۰٪، ۹۰٪ و ۸۵٪ موارد در سطح زیاد ارزیابی کرده‌اند اما در زمینه انجام واکسیناسیون در ۷۵٪ موارد توانمندی خود را کم تا متوسط ارزیابی کرده‌اند. در کل توانمندی اینترنت‌ها با پزشکان خانواده در حیطه مذکور تفاوت معنی‌دار داشت ( $Pvalue=0/01$ ). قوی نبودن توانمندی پزشکان خانواده و اینترنت‌ها در زمینه‌های خدمات بالینی سرپایی می‌تواند ناشی از تمرکز آموزش بالینی بر آموزش‌های بیمارستانی محور دانست و تاکید وزرات بر تغییر آموزش‌های بالینی از بیمارستان محور به سرپایی می‌تواند یکی از راهکارها برای تقویت آموزش بالینی اورژانسی و سرپایی باشد. نتایج به دست آمده در این حیطه با نتایج پژوهش مهram و همکاران (۲۳) همخوانی دارد. در مطالعات دیگر نیز میزان مهارت پزشکان در مهارت‌های بررسی شده مطالعه حاضر کم تا متوسط بود (۲۴).

در زمینه مهارت‌های ارتباطی، اینترنت‌ها و پزشکان خانواده، توانمندی خود را در مهارت‌های برقراری



متوسط تا زیاد ارزیابی کردند. مقایسه میانگین نمره دو گروه در حیطه فوق تفاوت آماری معنی‌دار داشت ( $Pvalue=0/01$ ). باتوجه به اهمیت برخورداری از این توانمندی‌ها برای ارایه خدمت در نظام پزشک خانواده و مدیریت سلامت در جامعه تحت پوشش، ضرورت بازنگری و عملیاتی کردن آموزش این مهارت‌ها در دوره درسی پزشکی عمومی می‌باشد.

در حیطه اخلاق پزشکی، اینترنت‌ها در مهارت مانند: آشنایی با مسایل قانونی گواهی فوت، گواهی استعلاجی، سقط جنین، سوء استفاده فیزیکی (جنسی و خشونت) و داشتن نگرش معنوی-عرفانی و اسلامی به طب به ترتیب در ۸۵٪، ۷۹٪، ۶۹٪، ۶۹٪ و ۸۵٪ موارد توانمندی خود را در سطوح کم تا متوسط ارزیابی کردند. پزشکان خانواده توانمندی خود را در همه مهارت‌های فوق بالای ۶۵٪ موارد در سطوح متوسط تا زیاد ارزیابی کرده‌اند. مقایسه میانگین نمره دو گروه در حیطه فوق تفاوت آماری معنی‌دار داشت ( $Pvalue=0/02$ ). عدم آگاهی از مسایل قانونی می‌تواند در زندگی حرفه ای پزشک مشکلات عمده‌ای را برای وی ایجاد کند و از طرف دیگر یکی از ویژگی‌های طبابت ایده آل توجه به معنویات و روح معنوی حاکم بر طبابت است و نگرش ضعیف اینترنت‌ها در این زمینه می‌تواند نگران‌کننده باشد.

در حیطه مهارت‌های پژوهشی اینترنت‌ها و پزشکان خانواده توانمندی خود را به ترتیب در ۸۰٪ و ۶۰٪ موارد در سطوح کم تا متوسط ارزیابی کردند و مقایسه میانگین نمره دو گروه در حیطه فوق

ارتباط موثر با بیماران (به ترتیب ۹۰٪ و ۹۵٪)، گرفتن شرح حال و انجام معاینه فیزیکی (به ترتیب ۹۰٪ و ۱۰۰٪)، و هنر جلب اعتماد بیمار (به ترتیب ۷۵٪ و ۱۰۰٪) در سطح متوسط تا زیاد ارزیابی کردند. توانمندی اینترنت‌ها با پزشکان خانواده در این حیطه تفاوت معنی‌داری داشت ( $Pvalue=0/03$ ). در مطالعه رضایی نیز مهارت‌های ارتباطی پزشکان با بیماران در حد نازل ارزیابی شد (۲۵). در مطالعه حیدرزاده و همکاران در بررسی کلی ۶۵/۵ درصد افراد مورد مطالعه نگرش مثبت ضعیف نسبت به مهارت‌های ارتباطی داشته‌اند و در بررسی تفکیکی ۵۶٪ اعضاء هیات علمی ۷۶٪ دستیاران و ۵۷٪ کارورزان نگرش مثبت ضعیف داشته‌اند ( $Pvalue<0/011$ ) و نشان دادند که آگاهی اندک افراد مورد مطالعه نسبت به مهارت‌های ارتباطی و نگرش مثبت ضعیف آنها نشانگر عدم توجه به مقوله مهارت‌های ارتباطی در آموزش پزشکی رایج کشور است (۲۶).

در حیطه ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماریها در زمینه مهارت‌های: پیشگیری از بیماری‌ها، مدیریت و رهبری سلامت در جامعه، آموزش سلامت، همکاری بین بخشی، آگاهی از ساختار و اهداف نظام سلامت، مدیریت عوامل خطرزا و اجرا و مدیریت برنامه‌های ملی و منطقه‌ای، اینترنت‌ها به ترتیب در ۷۰٪، ۸۰٪، ۷۰٪، ۸۰٪، ۸۵٪، ۸۰٪ و ۸۵٪ موارد توانمندی خود را کم تا متوسط ارزیابی کردند در حالیکه در همین مهارت‌ها پزشکان خانواده خود را در ۱۰۰٪، ۱۰۰٪، ۹۵٪، ۹۵٪، ۸۰٪، ۹۵٪ و ۹۰٪ موارد خود را در سطح

### پیشنهادات

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده میزان اثربخشی به کارگیری استانداردها در برنامه آموزش پزشکی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین ارزیابی توانمندی‌های دانشجویان پزشکی بر اساس روش‌های نوین ارزشیابی انجام گیرد.

### محدودیت‌ها

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به حجم نمونه کم و پایین‌تر بودن اعتبار و صحت خودارزیابی نسبت به سایر روش‌های ارزشیابی خارجی می‌توان اشاره کرد. و نقطه قوت این مطالعه می‌توان به ارزشیابی صلاحیت بالینی بر اساس سند حداقل توانمندی‌های پزشک عمومی که یک استاندارد وزارتی و کشوری می‌باشد، اشاره کرد.

### سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم با شماره ۴۰/۸۸ می‌باشد. بدینوسیله از اینترنت‌ها و پزشکان خانواده دانشگاه‌های علوم پزشکی جهرم که در اجرای این پژوهش همکاری داشته‌اند و همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم تشکر می‌گردد.

تفاوت آماری معنی‌دار نداشت ( $Pvalue=0/2$ ). نتایج این پژوهش در این حیطة با نتایج مطالعه فلاح و همکاران هم‌خوانی دارد (۲۷).

نتایج حاصل از خودارزیابی اینترنت‌ها در حیطة ارتقاء فردی و فراگیری مادام‌العمر نشان می‌دهد که در مهارت تسلط به استفاده از مهارت‌های زندگی و مهارت استفاده از انواع روش‌های مختلف برای ارتقاء توانمندی‌های فردی در حرفه پزشکی در هر دو مهارت توانمندی خود را در سطوح کم تا متوسط ارزیابی کردند ولی پزشکان خانواده به ترتیب در ۸۵٪ و ۹۰٪ موارد در سطوح متوسط تا زیاد ارزیابی کردند. مقایسه میانگین نمره دو گروه در حیطة فوق تفاوت آماری معنی‌داری داشت ( $Pvalue=0/002$ ).

نتایج این پژوهش نشان داد که پزشکان خانواده در مقایسه با اینترنت‌ها از توانمندی بهتری در حیطة‌های هشت‌گانه برخوردار هستند.

براساس نتایج این پژوهش توانمندی‌های اینترنت‌های دانشگاه علوم پزشکی جهرم در حیطة‌های فن‌آوری اطلاعات، پژوهش، ارتقاء فردی و فراگیری مادام‌العمر و توانمندی پزشکان خانواده تنها در حیطة پژوهش متوسط ارزیابی شدند و هر دو گروه در سایر حیطة‌ها قوی ارزیابی شدند.

## References

1. Gaffari R, Amini A, Yazdani Sh, Alizadeh M, Salek Ranjbarzadeh F, Hassanzadeh Salmasi S. Comparative Study: Curriculum of Undergraduate Medical Education in Iran and in a Selected Number of the World's Renowned Medical Schools. *Iranian Journal of Medical Education* 2011; 11(7):819-31. [In Persian]
2. Tczak AT, Schwarz MR. Minimum Essential Requirements and Standards in Medical Education. *Medical Teacher* 2000; 20(6):555-9
3. Lindgren S, Karle H. Social Accountability of Medical Education: Aspects on Global Accreditation. *Med Teach* 2011; 33(8):667-72
4. Boelen Ch. The Five-Star Doctor: An Asset to Health Care Reform? Geneva: Switzerland, World Health Organization. Available from: [http://www.who.int/hrh/en/HRDJ\\_1\\_1\\_02.pdf](http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_1_02.pdf)
5. Kamien M. The Social Accountability of Medical Schools. *Changing Medical Education and Medical Practice*. 1996; 10:2-4
6. Entezari A, Jalili Z, Lohagheghi MA, Momtazmanesh N. Challenges of Social Accountability Medical Education in Iran. *Teb-and-Tazkieh* 2000; 77:52-64
7. Aretz HT. Some Thoughts about Creating Healthcare Professionals that Match What Societies Need. *Med Teach* 2011; 33(8): 608-13.
8. Bateman C, Baker T, Hoornborg E, Ericsson U. Bringing Global Issues to Medical Teaching. *Lancet* 2001; 358:1539-42
9. Burch V, Nash R, Zabow T, Gibbs T, Aubin L, Jacobs B, et al. A Structured Assessment of Newly Qualified Medical Graduates. *Med Educ* 2005; 39(7):723-31.
10. Yamani N, Fakhari M. Social Accountability of Medical Education Curriculum: Barriers and Implications. *Iranian Journal of Medical Education* 2013; 13(12):1082-98. [In Persian]
11. Maatari M, Falahzadeh MH. Self-Assessment of Medical Students of the Ability of Them in General Competencies, In Shiraz University of Medical Sciences. *Journal of Medical Education* 2009; 7(2):371-7. [In Persian]
12. Matlab Nejad M, Sadat Madani Z, Ahmadi A, Hoseini SR. Comments of Graduates of Babol Dental School about their Professional Capabilities. *Iranian Journal of Medical Education* 2006; 5(2):139-45. [In Persian]
13. Gibbs T. Sexy Words but Impotent Curricula: Can Social Accountability be the Change Agent of the Future? *Med Teach* 2011; 33(8):605-7.
14. Deputy Ministry for Education. Minimum Competency Expected from Graduates Determined in the Iranian General Physician Educational Curriculum. [On Line]. Available from: <http://scume.behdasht.gov.ir/uploads/tavanmandi.pdf>. [Accessed date 2017.8.25]. [In Persian]
15. Gandomkar R, Amini B. Evaluation of the Use of Student Assessment Procedures by Educational Departments of Tehran University of Medical Sciences. *Strides in Development of Medical Education* 2014; 12(1):209-18. [In Persian]
16. Iranmanesh F, Hamzeshi Moghadam A, Shafa MA. Educational Quality Assessment of Neurology Ward from Viewpoint of Medical Students. *Strides in Development of Medical Education* 2013, 10(2):281-7. [In Persian]
17. Rogers RL, Mattu A, Winters ME, Martinez JP, Mulligan TM. *Practical Teaching in Emergency Medicine*. 2Th Ed. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2012.
18. Haghani F, Fakhari M. Feedback in Clinical Education: Concept, Barriers, and Strategies. *Iranian Journal of Medical Education* 2013; 13(10):869-85
19. Changiz T, Fakhari M, Omid A. Kirkpatrick's Model: a Design for Evaluating the Effectiveness of Short-term and In-service Training Programs. *Iranian Journal of Medical Education* 2013; 13(12):1058-72. [In Persian]
20. Avizhgan M, Omid A, Dehghani M, Esmaili A, Asilian A, Akhlaghi M R , etal. Determining Minimum Skill Achievements in Advanced Clinical Clerkship (Externship) in School of Medicine Using Logbooks. *Iranian Journal of Medical Education (Supplement of Educational Development)* 2010; 10(5):543-51. [In Persian]
21. Alavi M, Irajpour A. Optimum Characteristics of Nursing Students' Clinical Evaluation: Clinical Nursing Teachers' Viewpoints in Isfahan University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education* 2013; 13(10):796-807

22. Hosseini Nejad SM, Bozorgi F, Taleshi Z, Montezer S, Amini Ahi dashti H, Goli Khatir I, et al . Levels of Knowledge and Skills of Medical Interns in Mazandaran University of Medical Sciences about Cardio-Pulmonary Resuscitation, 2011. J Mazandaran Univ Med Sci 2013; 22(97):98-103. [In Persian]
23. Mahram M, Mahram B, Alijani H. A Survey on Professional Skills among General Practitioners of Health Service Centers in Qazvin Province. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2010; 14(2):54-61. [In Persian]
24. Changiz T, Fakhari M, Jamshidian S, Zare S, Askari F. A Systematic Review of Studies on the Ability of Newly Graduated Physicians and under Graduating in Iran .Strides in Development of Medical Education 2015, 12(1):325-43. [In Persian]
25. Rezaii R, Hoseini J, Valai N. Communication Skills of Doctors and Attitude to It, Shiraz. Feyz 2001; 16:19-26. [In Persian]
26. Heidarzadeh A, Dadkhah Tirani H, Asadi A, Nemati M. The Interns, Residents and Faculty Members' Knowledge and Attitudes toward Communication Skills. Journal of Guilan University of Medical Sciences 2007; 9. [In Persian]
27. Fallah M, Houshmand B, Joneidi Jafari A, Shamsai F, Bashirian S. Knowledge, Attitude and Research Ability of General Physicians and Dentists Graduated from Hamadan University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Education 2006; 5(2):129-37. [In Persian]

## Self-Assessment of Family Physicians and Interns of Jahrom University of Medical Sciences about Minimum Capabilities of General Practitioner

Seyed Esmail. Managheb<sup>1</sup>, Fatemeh. Mosalanejad<sup>2</sup>

MD, Assistant Professor of Community Medicine, Medical School, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz<sup>1</sup>, Student Research Committee, Medical School, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom<sup>2</sup>, Iran.

(Received 12 Nov, 2016

Accepted 21 Jan, 2017)

### Original Article

### Abstract

**Introduction:** In order to meet the social accountability, the Minimum capabilities of general practitioners in Iran have been developed by the Council of general medical education. The aim of this study was to evaluate medical interns and family physicians regarding Minimum capabilities of general practitioner by self-evaluation.

**Methods:** This descriptive cross sectional study was performed on family physicians and interns of Jahrom University of Medical sciences in 2011. From the forty participants, 20 interns were selected by census method, and 20 family physicians by simple random sampling. Data gathering tool was a Valid and reliable questionnaire containing 83 items in 8 areas including health promotion, clinical and communication skills, practice procedures, attitudes, medical ethics and Legal Responsibilities, information technology, basic sciences, research and personal development. The results were analyzed using independent T-test of SPSS 16.

**Results:** The mean age of family physicians was 30.7; 45% were male. The mean age of interns was 24.5 and 80% were female. The capabilities of family physicians were evaluated strong except in the area of research that was average. The ability of using Internet was evaluated strong, except in the areas of research, personal development and information technology that were average. Comparing capabilities of interns and family physicians in the eight areas using independent t-test, showed that except in the field of research (P value=0.19), there was a significant difference (PValue <0/05).

**Conclusion:** Improve the ability of medical students in the field of information technology, research, personal development and lifelong learning is essential.

**Key words:** Family Physician, General Practitioner, Minimum Capabilities, Self-Assessment.

**Citation:** Managheb SE, Mosalanejad F. Self-Assessment of Family Physicians and Interns of Jahrom University of Medical Sciences about Minimum Capabilities of General Practitioner. Journal of Development Strategies in Medical Education 2017; 4(1): 27-39.