خود ارزیابی اینترن ها و پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی جهرم در زمینه حداقل توانمندی های پزشک عمومی

سید اسماعیل مناقب[1]، فاطمه مصلی نژاد[2]

[1] استادیار پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. [2] کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

مجله راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی، دوره چهارم شماره اول بهار و تابستان ۹۶صفحات 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 ۱۳۸۸/۱۲/۲۷) 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.

روش‌ها: 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 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٪ (۹نفر) مذکر بودند. میانگین سنی اینترنها 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).

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

کلیدواژه‌ها: 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: ۰۹۱۷۳۱۲۵۰۳۷
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.

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-04]

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 تصمیم گیرنده‌ای 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 انگیزه‌ای 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 اجتمایی 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 (۶).

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 تصمیم گیری 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 دانش آموختگان دندانپزشکی حاکی از ضعف در آموزش بالینی و عدم رضایت آنها از توانمندیهای حرفه‌ای خود بوده است (۱۲).

در راستای پاسخگویی اجتماعی گروه بهداشت بین المللی 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 توانمندی های مورد انتظار از پزشک عمومی دانش آموخته 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

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-04]

۱۳۸۸/۱۲/۲۷)، حیطه‌هایی 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 خود ارزیابی 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 خود ارزیابی 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 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 اینترن‌ها و پزشکان خانواده انجام گرفت. جامعه پژوهش، پزشکان خانواده (۲۴نفر) واینترن‌های دانشگاه علوم پزشکی جهرم (۲۰ نفر) بود. از آنجا که تعداد اینترن‌های واجد شرایط ورود به مطالعه ۲۰ نفر بود و تعداد پزشکان خانواده ۲۴ نفر، ۲۰ نفر اینترن به روش سرشماری و از بین ۲۴ پزشک خانواده ۲۰ نفر به روش تصادفی ساده وارد مطالعه شدند. پزشکان خانواده و اینترن‌ها 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 اینترن‌ها، حداقل یک ماه به پایان دوره اینترنی 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

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-04]

اعلام شده از سوی دبیرخانه شورای آموزش پزشک عمومی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (۱۵) می‌باشد که در ۸ حیطه شامل: ارتقاء سلامت (۱۶ گویه)، مهارت‌های بالینی و ارتباطی (۱۷ گویه)، اقدامات عملی (۳۴ گویه)، نگرش و اخلاق پزشکی و مسؤلیت‌های 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.

پرسشنامه‌ها توسط کارشناس همکار به اینترن‌ها و پزشکان عمومی تحویل داده شد و سپس یک هفته بعد جمع آوری گردید. داده ها 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_ اسمیرنف 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 اینترن و ۲۰ نفر دیگر پزشک خانواده بودند. ویژگی های هر دو گروه در جدول (۱) آمده است.

جدول ۱. ویژگی های جمعیت شناختی

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

مقایسه توانمندی اینترن ها با پزشکان خانواده در حیطه های هشت گانه با استفاده از آزمون تی مستقل نشان داد که در حیطه اقدامات عملی با (Pvalue=۰/۰۱)، حیطه مهارت های ارتباطی و بالینی با (Pvalue=۰/۰۳)، در حیطه ارتقاء سلامت و پیشگیری با (P Value=۰/۰۱)، در حیطه نگرش و اخلاق پزشکی با(Pvalue=۰/۰۲)، درحیطه فن آوری اطلاعات با(Pvalue=۰/۰۱)، در حیطه علوم پایه و اجتماعی با(Pvalue=۰/۰۱) و در حیطه ارتقاء فردی و فراگیری مادام العمر با (Pvalue=۰/۰۰۱) تفاوت معناداری دیده شد.

ولی در حیطه توانایی انجام پژوهش در آموزش پزشکی تفاوت معناداری دیده نشد (Pvalue=۰/۱۹).

این اطلاعات در جدول (۲) خلاصه شده اند. نتایج خودارزیابی اینترنها و پزشکان خانواده در مهارتهای پزشک عمومی در جدول ۳ خلاصه شده اند.

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-04]

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

شاخص آماری	میانگین و انحراف معیار		t	P
نوع توانمندی	پزشک خانواده	اینترن		
اقدامات عملی	۲.۷۵±۰.۴۴	۲.۳۵±۰.۴۸	2.7	۰.۰۱
مهارت های ارتباطی و بالینی	۲.۹±۰.۳۰	۲.۶±۰.۵۰	2.28	۰.۰۳
ارتقاء سلامت و پیشگیری	۲.۹±۰.۳۰	۲.۵۵±۰.۵۱	2.63	۰.۰۱
نگرش و اخلاق پزشکی	۲.۸۰±۰.۴۱	۲.۴۵±۰.۵۱	2.39	۰.۰۲
فن آوری اطلاعات	۲.۵±۰.۶۸	۱.۸±۰.۸۱	2.73	۰.۰۱
علوم پایه و اجتماعی	۲.۶۵±۰.۵۸	۲.۱±۰.۷۱	2.65	۰.۰۱
پژوهش	۲.۰۵±۰.۸۸	۱.۷±۰.۸۰	1.31	۰.۲
ارتقاء فردی	۲.۵±۰.۶۸	۱.۸±۰۶۹	3.43	۰.۰۰۲

جدول ۳: خودارزیابی اینترن‌ها و پزشکان خانواده در مهارت‌های پزشک عمومی

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

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-04]

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

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

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-04]

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

حیطه	مهارت	سطح توانمندی					
		کم		متوسط		زیاد	
		اینترن	پزشک خانواده	اینترن	پزشک خانواده	اینترن	پزشک
	توانایی استدلال و قضاوت بالینی	۳(٪۱۵)	۰	۱۰(٪۵۰)	۷(٪۳۵)	۶(٪۳۰)	۱۳(٪۶۵)
ارتقاء	پیشگری از بیماری ها	۶(٪۳۰)	۰	۹(٪۴۵)	۶(٪۳۰)	۵(٪۲۵)	۱۴(٪۷۰)
سلامت و	ایفای نقش مدیریتی و رهبری سلامت در جامعه تحت	۱۱(٪۵۵)	۰	۵(٪۲۵)	۷(٪۳۵)	۴(٪۲۰)	۱۳(٪۶۵)
پیشگیری	توان انجام کارهای عملی ضروری جهت تشخیص	۷(٪۳۵)	۱(٪۵)	۶(٪۳۰)	۳(٪۱۵)	۶(٪۳۰)	۱۶(٪۸۰)
	توان تدوین برنامه مراقبت از مراجعین	۸(٪۴۰)	۱(٪۵)	۶(٪۳۰)	۵(٪۲۵)	۵(٪۲۵)	۱۴(٪۷۰)
	خلاقیت استفاده شواهد از طب مبتنی بر شواهد	۷(٪۳۵)	۱(٪۵)	۷(٪۳۵)	۶(٪۳۰)	۵(٪۲۵)	۱۳(٪۶۵)
	آموزش مسائل سلامت به مراجعین	۶(٪۳۰)	۱(٪۵)	۸(٪۴۰)	۲(٪۱۰)	۶(٪۳۰)	۱۷(٪۸۵)
	ایجاد هدایت و ارتقاء فعالیت های گروهی	۶(٪۳۰)	۰	۹(٪۴۵)	۵(٪۲۵)	۵(٪۲۵)	۱۵(٪۷۵)
	برقراری ارتباط با گروه های رسمی و غیر رسمی جامعه	۳(٪۱۵)	۱(٪۵)	۱۳(٪۶۵)	۴(٪۲۰)	۴(٪۲۰)	۱۵(٪۷۵)
	ایجاد همکاری بین بخشی	۷(٪۳۵)	۱(٪۵)	۹(٪۴۵)	۳(٪۱۵)	۴(٪۲۰)	۱۶(٪۸۰)
	آگاهی از ساختار و اهداف نظام سلامت و شاخص های	۱۰(٪۵۰)	۴(٪۲۰)	۶(٪۳۰)	۶(٪۳۰)	۳(٪۱۵)	۱۰(٪۵۰)
	آگاهی از مفهوم سلامت	۱۰(٪۵۰)	۲(٪۱۰)	۴(٪۲۰)	۳(٪۱۵)	۶(٪۳۰)	۱۵(٪۷۵)
	آگاهی از نقش پزشکان عمومی در نظام سلامت	۴(٪۲۰)	۲(٪۱۰)	۹(٪۴۵)	۶(٪۳۰)	۷(٪۳۵)	۱۲(٪۶۰)
	تحلیل داده های سلامت و برنامه ریزی	۸(٪۴۰)	۲(٪۱۰)	۷(٪۳۵)	۵(٪۲۵)	۵(٪۲۵)	۱۳(٪۶۵)
	مدیریت عوامل خطرزای سلامت در جامعه	۸(٪۴۰)	۱(٪۵)	۸(٪۴۰)	۴(٪۲۰)	۴(٪۲۰)	۱۵(٪۷۵)
	به کارگیری روش های تحلیلی برای ارزیابی وضعیت بهره مندی مردم از خدمات سلامت	۷(٪۳۵)	۲(٪۱۰)	۷(٪۳۵)	۴(٪۲۰)	۶(٪۳۰)	۱۴(٪۷۰)
	اجرا و مدیریت برنامه های ملی و منطقه ای	۹(٪۴۵)	۲(٪۱۰)	۸(٪۴۰)	۵(٪۲۵)	۳(٪۱۵)	۱۳(٪۶۵)
نگرش و	رعایت کامل اصول اخلاقی پزشکی	۰	۰	۱۰(٪۵۰)	۱(٪۵)	۹(٪۴۵)	۱۹(٪۹۵)
اخلاق	رعایت ضوابط اخلاق حرفه ای پزشکی	۱(٪۵)	۰	۸(٪۴۰)	۱(٪۵)	۱۰(٪۵۰)	۱۹(٪۹۵)
پزشکی و	آشنایی با مسائل قانونی صدور گواهی فوت	۸(٪۴۰)	۳(٪۱۵)	۹(٪۴۵)	۵(٪۲۵)	۳(٪۱۵)	۱۲(٪۶۰)
مسؤلیت	آشنایی با مسائل قانونی صدور گواهی استعلاجی	۱۰(٪۵۰)	۲(٪۱۰)	۵(٪۲۵)	۶(٪۳۰)	۴(٪۲۰)	۱۲(٪۶۰)
های قانونی	آشنایی با مقررات مربوط ه سوء استفاده از داروها	۱۰(٪۵۰)	۴(٪۲۰)	۶(٪۳۰)	۷(٪۳۵)	۳(٪۱۵)	۹(٪۴۵)
	آشنایی با مسائل قانونی سوء استفاده فیزیکی، جنسی و	۸(٪۴۰)	۷(٪۳۵)	۵(٪۲۵)	۵(٪۲۵)	۶(٪۳۰)	۸(٪۴۰)
	آشنایی با مسائل قانونی سقط جنین	۸(٪۴۰)	۵(٪۲۵)	۵(٪۲۵)	۶(٪۳۰)	۶(٪۳۰)	۸(٪۴۰)
	داشتن نگرش معنوی ـ عرفانی ـ اسلامی	۹(٪۴۵)	۴(٪۲۰)	۷(٪۳۵)	۱(٪۵)	۳(٪۱۵)	۱۵(٪۷۵)
فن آوری	استفاده و بکاگیری آمار حیاتی	۱۶(٪۸۰)	۳(٪۱۵)	۴(٪۲۰)	۷(٪۳۵)	٪۰	۱۰(٪۵۰)
اطلاعات	استفاده از تکنولوژی مناسب	۱۱(٪۵۵)	۲(٪۱۰)	۴(٪۲۰)	۸(٪۴۰)	۴(٪۲۰)	۱۰(٪۵۰)
	به کارگیری مهارت های استفاده از رایانه و فناوری	۹(٪۴۵)	۳(٪۱۵)	۹(٪۴۵)	۸(٪۴۰)	۲(٪۱۰)	۹(٪۴۵)
علوم پایه	دانش کافی از مفاهیم و روش ها در علوم بالینی	۶(٪۳۰)	۱(٪۵)	۱۰(٪۵۰)	۴(٪۲۰)	۴(٪۲۰)	۱۵(٪۷۵)
	دانش و درک کافی از مفاهیم و روش ها در جامعه	۷(٪۳۵)	۴(٪۲۰)	۶(٪۳۰)	۴(٪۲۰)	۶(٪۳۰)	۱۱(٪۵۵)
پژوهش	استفاده از عملکرد شناختی و استعداد و خلاقیت در انجام	۱۰(٪۵۰)	۷(٪۳۵)	۶(٪۳۰)	۵(٪۲۵)	۴(٪۲۰)	۸(٪۴۰)

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-04]

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

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

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این مطالعه، خودارزیابی اینترن‌ها 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 اینترن‌ها بالاتر بود. ولی در حیطه پژوهش تفاوت معنی‌داری نداشتند(Pvalue=۰/۲).

نتایج حاصل از خود ارزیابی اینترن‌ها در حیطه اقدامات عملی نشان می‌دهد که پزشکان خود توانمندی خود در این حیطه را بهتر ارزیابی کرده‌اند و تفاوت معنی‌دار با توانمندی اینترن‌ها در این حیطه دارد (Pvalue= ۰/۰۱). اینترن‌ها 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 احیا 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، رگ گیری، 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 اینترن‌ها با پزشکان خانواده در حیطه مذکور تفاوت معنی‌دار داشت (Pvalue=۰/۰۱). قوی نبودن توانمندی پزشکان خانواده و اینترن‌ها 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 مهرام 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، اینترن‌ها و پزشکان خانواده، توانمندی خود را در مهارت‌های برقراری

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-04]

ارتباط موثر با بیماران (به ترتیب۹۰٪ 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 اینترن‌ها با پزشکان خانواده در این حیطه تفاوت معنی‌داری داشت (Pvalue=۰/۰۳). 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 داشته اند ودر بررسی تفکیکی ۵۶٪ اعضاء هیات علمی۷۶٪ دستیاران و ۵۷٪ کارورزان نگرش مثبت ضعیف داشته اند (Pvalue<۰/۰۱۱) 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، اینترن‌ها 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 متوسط تا زیاد ارزیابی کردند. مقایسه میانگین نمره دو گروه در حیطه فوق تفاوت آماری معنی‌دار داشت (Pvalue=۰/۰۱). 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، اینترن‌ها 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=۰/۰۲). 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 اینترن‌ها در این زمینه می‌تواند نگران‌کننده باشد.

در حیطه مهارت‌های پژوهشی اینترن‌ها 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

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-04]

تفاوت آماری معنی‌دار نداشت (Pvalue=۰/۲). نتایج این پژوهش در این حیطه با نتایج مطالعه فلاح و همکاران هم‌خوانی دارد (۲۷).

نتایج حاصل از خودارزیابی اینترن ها در حیطه ارتقاء فردی و فراگیری مادام العمر نشان می دهد که در مهارت تسلط به استفاده از مهارت های 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 حیطه فوق تفاوت آماری معنی‌داری داشت (Pvalue=۰/۰۰۲).

نتایج این پژوهش نشان داد که پزشکان خانواده در مقایسه با اینترنها از توانمندی بهتری در حیطه‌های هشت گانه برخوردار هستند.

براساس نتایج این پژوهش توانمندی‌های اینترن‌های دانشگاه علوم پزشکی جهرم در حیطه‌های فن‌آوری اطلاعات، پژوهش، ارتقاء فردی و فراگیری مادام العمر و توانمندی پزشکان خانواده تنها در حیطه پژوهش متوسط ارزیابی شدند و هردو گروه در سایر حیطه‌ها قوی ارزیابی شدند.

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.

محدودیت ها

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 اینترن‌ها 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.

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-04]

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
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, Hoornenborg 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, Hamzehi 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, Esmaeili 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

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-04]

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]

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-04]

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

Seyed Esmail. Managheb[1], Fatemeh. Mosalanejad [2]

MD, Assistant Professor of Community Medicine, Medical School, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz[1], Student Research Committee, Medical School, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom[2], 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.

Correspondence:
Seyed Esmaeil Managheb
MD, Assistant Professor of Community Medicine, medical school, Shiraz University of Medical Sciences
Shiraz, Iran.
Tel: 09173125037
Email:
managheba@sums.ac.ir

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.

[Downloaded from dsme.hums.ac.ir on 2026-11-04]