نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره هفتم، بهار ۱۴۰۲، شماره اول، صفحات ۵۷ تا ۶۷

پژوهشی

آموزش پزشکی از منظر پزشک خانواده

نرگس تبریزچی[1*]، محمدعلی محققی[2]، حسین ملک‌افضلی[3]، سیدجمال‌الدین سجادی‌جزی[3]، محمدجواد کبیر[4]، باقر لاریجانی[3]، علی اکبرحقدوست[5]

۱. *نویسنده مسئول: استادیار پزشکی اجتماعی، فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران، narges_tabrizchi@yahoo.com
۲. عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی، استاد جراحی، انستیتو کانسر، پژوهشکده تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی و خمات بهداشتی درمانی، تهران، تهران، ایران
۳. عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. دانشیار مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۵. استاد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۱/۲۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۲/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: پزشکان خانواده برای انجام مسئولیت‌ها نیازمند داشتن توانمندی‌ها و مهارت‌های ضروری هستند. هدف از این مقاله معرفی این مهارت‌ها و تحلیل برنامه آموزشی دانشجویان پزشکی از نظر آموزش مهارت‌های ضروری است.

روش: این مطالعه به روش ترکیبی انجام شده است. ابتدا مقالات داخلی و بین‌المللی و در مواردی وبگاه دانشگاه‌ها یا سازمان‌های مرتبط با سلامت و آموزش پزشک خانواده به صورت هدفمند جستجو شد. با دسته‌بندی و تحلیل مطالب جمع‌آوری شده، فهرست مهارت‌ها استخراج شد. در گام بعد با برگزاری ۸ جلسه بحث گروهی فهرست مهارت‌ها بررسی و بازبینی شد. در انتها برنامه آموزشی موجود با رویکرد پزشکی خانواده مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: دانش و مهارت‌های مورد انتظار پزشکان عمومی به عنوان مدیر گروه پزشکی خانواده در شش حیطه کلان و ۶۳ زیر حیطه دسته‌بندی و ارائه شد. حیطه‌های کلان عبارتند از: سلامت عمومی، مهارت‌های بالینی ضروری، اقدامات عملی، فناوری اطلاعات در سلامت، معنویت اسلامی، اخلاق و قانون و مهارت‌های نرم. در کل ۲۶ واحد عملی و ۲۵ واحد تئوری پیشنهاد شد.

نتیجه‌گیری: تحلیل برنامه آموزشی فعلی در شش حیطه کلان انجام شد و حوزه‌های مغفول مانده مهمی را آشکار کرد. توجه به این حوزه‌ها و برنامه‌ریزی در جهت رفع موانع آموزشی و فراهم کردن زیرساخت‌ها، لازم و ضروری است.

کلیدواژه‌ها: آموزش پزشکی، پزشکان خانواده، صلاحیت حرفه‌ای

مقدمه

نقش کلیدی پزشکان عمومی در ارتقای سلامت همه‌جانبه جامعه، ارائه مراقبت‌ها وخدمات در سطح اول و سایر سطوح پیشگیری و تلاش در کاهش هزینه‌های نظام سلامت بسیار چشمگیر است. دانشجویان پزشکی در طول دوران تحصیل فرصتی مناسب برای آشنایی با پزشکی خانواده، توجه به سلامت عمومی، اتخاذ رویکرد سلامت همه‌جانبه و فراگیری صلاحیت‌های لازم برای ارتقای سلامت مردم و مراقبت از بیماران را در اختیار دارند. پس از گذشت دهه‌ها از اجرای برنامه پزشکی خانواده در برخی از مناطق کشور، ارزیابی‌ها، چالش‌های مختلف برنامه را استخراج کرده‌اند. یکی از چالش‌ها اشکال در آموزش مهارت‌های مورد نیاز برای ارائه مراقبت‌ها و خدمات است. یک مطالعه مروری «عدم تناسب کافی بین آموزش و وظایف مورد انتظار»، «عدم دیدجامعه نگر در نظام آموزشی «و» عدم حضور دانشجویان در محیط‌هایی را که بعدها در آن شاغل خواهند شد»؛ را به عنوان اشکالات این حوزه برشمرد (۱). مقایسه برنامه آموزشی دوره دکترای عمومی در ایران با برخی از دانشگاه‌های منتخب نشان داد در ایران مواجه سازی زودرس بالینی و وجود قالب انتخابی در برنامه آموزشی، هیچ‌گاه در نظر گرفته نشده است. این مطالعه که ۱۳دانشکده از ۵ قاره را مورد بررسی قرار داد؛ مشخص کرد در هیچ‌یک ازدانشکده‌ها مدرک اعطایی به دانش‌آموختگان نقش حرفه‌ای نداشته و برای اخذ مجوز فعالیت حرفه‌ای، بعد از اتمام تحصیلات دانشگاهی (دوره مقدماتی)، بایستی افراد یا دوره دستیاری پزشکی خانواده را بگذرانند و یا این که تحت نظر پزشکان عمومی که نقش تعلیم‌دهنده دارند، یا سایر ناظران مورد تأیید نظام سلامت آن کشور در عرصه‌های بیمارستانی یا سایر عرصه‌های ارائه مراقبت‌ها وخدمات درسطح جامعه به مدت معین فعالیت کنند تا بعد از

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.22034/7.1.9]

طی این دوره‌ها، بتوانند مجوز طبابت مستقل را کسب کنند. در ایران این مدت، در دوره قالب کارورزی تعریف شده و این در حقیقت الگوی قدیمی تربیت پزشک در اروپا است که از چندین سال قبل در اغلب کشورهای جهان بازنگری شده و پس از پایان دوره عمومی کوتاه‌تر، یک دوره آموزش حرفه‌ای در عرصه با نقش پزشک عمومی یا پزشک خانواده طراحی شده و اجرا می‌شود(۲).

در برنامه آموزش پزشکی فعلی عمده‌ترین بخش آشنایی دانشجویان با شبکه بهداشتی درمانی و حضور درمراکز، در دوره کارورزی پزشکی اجتماعی انجام می‌شود. بررسی تأثیر برنامه‌های دوره کارورزی پزشکی اجتماعی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز نشان داد این برنامه کمترین تأثیر را در کسب مهارت لازم برای مدیریت واحد بهداشتی و حل مشکل بهداشتی جامعه تحت پوشش داشته است(۳). از طرفی در بررسی دیدگاه ذی‌نقشان پزشک خانواده(استادان، مدیران ارشد و میانی، دستیاران) در سال ۱۳۹۹ و مقایسه آن با پیامدهای مورد انتظار در برنامه درسی این رشته، مشخص شد فارغ‌التحصیلان علاوه بر طبابت بالینی نیازمند آموزش به منظور فعالیت در نقش‌های آموزشی و مدیریتی هستند(۴). در ایران وظایف پزشک خانواده بیشتر درپنج بخش ارائه‌دهنده مراقبت‌ها وخدمات سلامت، ارتقادهنده سلامت، پژوهشگر، مدیر و رهبرجامعه تقسیم می‌شود(۵).

بررسی میزان مهارت‌های پزشکان عمومی مشغول به عنوان پزشک خانواده در فارس نشان داد در ارایه بسته خدمت بهداشتی درمانی مهارت پایین بوده و مداخلات متعدد درجهت ارتقای مهارت‌های آنها نیاز است(۶). درتحقیق دیگر که با مشارکت پزشکان خانواده استان یزد انجام شد؛ بیش از نیمی از پزشکان فاصله بین آموزش‌های تئوری دوران دانشجویی و آنچه را که به عنوان پزشک خانواده از ایشان انتظار می‌رود؛ زیاد یا خیلی زیاد عنوان کردند(۷). سایر مطالعات نیزنشان داده‌اند تغییر ساختار و محتوای آموزشی در دوره‌های علوم پایه و بالینی با درنظر داشتن نیازهای آموزشی پزشکان در جهت ایفای مؤثر نقش خود، باعث ارتقا کیفیت و استمرار مراقبت‌ها و خدمات و رضایت ارائه دهندگان وگیرندگان خدمت می‌شود(۸).

براساس نتایج مطالعات پیشین که گزیده‌ای از آن در مباحث فوق مطرح شد؛ و به دلیل تغییر الگوی بیماری‌ها درجوامع بشری، افزایش جمعیت شهری، افزایش امید زندگی و به تبع آن افزایش جمعیت سالمند، بازنگری نظام آموزش پزشکی عمومی مورد توجه قرار می‌گیرد. مطابق سیاست‌های مندرج در سند سیاست‌های کلی سلامت، برنامه درسی (کوریکولوم) آموزشی پزشکی عمومی باید به نحوی تدوین شود که متضمن ارائه خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت و باتوجه به نیازهای جامعه و محقق کننده رویکرد سلامت همه‌جانبه آحاد مردم، کیفی و ایمنی باشد. بنابراین باید توسعه کیفی و کمی نظام آموزش پزشکی با هدف تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی‌های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور و برای فعالیت در قالب شبکه بهداشتی - درمانی و منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع صورت پذیرد. این امر منجربه ممانعت از تقاضای القایی و الزام به تجویز بر اساس نظام سطح‌بندی و در نهایت ارتقا شاخص‌های سلامت می‌شود. این امر نیازمند آموزش‌های لازم در جهت یادگیری مهارت‌های ضروری برای ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان و توانبخشی هر یک از افراد جامعه به نحو شایسته و ارائه آن در محل‌های مناسب و توسط مربیان حاذق است.

هدف از این مقاله معرفی مهارت‌های مورد نیاز پزشکان عمومی برای نقش آفرینی به عنوان پزشک خانواده در شبکه بهداشتی درمانی است.

روش

در گام نخست منابع موجود داخلی و بین‌المللی مرورشد. مرور منابع با استفاده از کلید واژه‌های پزشک خانواده، پزشکی خانواده، آموزش، مهارت، ضروری و معادل‌های انگلیسی آنها در پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، ایران مدکس،گوگل اسکالر و پابمد انجام شد در مواردی وبگاه دانشگاه‌ها یا سازمان‌های مرتبط با سلامت و آموزش پزشک خانواده به صورت هدفمند جستجو شد. با دسته‌بندی و تحلیل مطالب جمع‌آوری شده، فهرست مهارت‌ها استخراج شد. در گام بعد با برگزاری ۸ جلسه بحث گروهی با حضور صاحبنظران و خبرگان نظام سلامت و افرادی که در اجرای برنامه پزشک خانواده در استان‌های مازندران، فارس، اصفهان و گلستان همکاری داشتند (به‌طور متوسط ۱۰نفر درهرجلسه)، ضمن اخذ تجربیات افراد از فرایند اجرای برنامه و دستاوردها و چالش‌های آن، مجموعه مطالب تهیه شده مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت. سپس فهرست مهارت‌ها بازبینی، و اولویت‌بندی شد و باتوجه به شرایط و امکانات موجود کشور تطابق‌سازی انجام شد. در دور بعد دوباره فهرست مهارت‌ها و تقسیم‌بندی به حوزه‌های کلان، برای نظرسنجی به تمامی افراد ارسال و براساس پیشنهادهای دریافتی اصلاحات صورت گرفت.

همزمان کوریکولوم موجود هم با رویکرد پزشکی خانواده مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت تا مهارت‌های احصا شده با مهارت‌های موجود در کوریکولوم مطابقت داده شود. به این ترتیب مواردی که در برنامه مورد توجه بوده یا کمتر به آن توجه شده بود مشخص شد.

نتایج

براساس مرور منابع و نظرات و پیشنهادهای صاحبنظران در جلسات بحث گروهی، دانش و مهارت‌های مورد انتظار پزشکان عمومی به عنوان مدیر گروه پزشکی خانواده در شش حیطه کلان و ۶۳ زیر حیطه دسته‌بندی و ارائه می‌شود:

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.22034/7.1.9]

مهارت‌های ضروری در حیطه سلامت عمومی (Public health)

انتظار می‌رود پزشک خانواده در جهت ارتقای سلامت همه‌جانبه جامعه و آحاد مردم فعالیت کند و برای این مسئولیت نیاز به مجموعه دانش و مهارت‌هایی در زمینه‌های دوازده‌گانه است که این مجموعه در قالب چهار دوره سلامت عمومی در ۹ واحد تئوری و ۳ واحد عملی تدریس خواهد شد.

زیر حیطه‌های سلامت عمومی شامل موارد زیر است:

۱. انواع نظام‌های سلامت در دنیا با تأکید بر معرفی نظام آموزش، پژوهش و سلامت درایران و تحلیل نقاط ضعف و قوت آن؛
۲. شناخت سازمان‌های بین‌المللی در حوزه سلامت و نحوه تعامل صحیح و هوشمندانه با آنها؛
۳. معرفی ساختار شبکه بهداشتی درمانی، جایگاه و نقش پزشکی خانواده در این نظام؛
۴. انجام وظایف مورد انتظار از پزشک در شبکه بهداشتی درمانی؛
۵. اصول اپیدمیولوژی و آمار حیاتی و روش تحقیق (کسب مهارت در نیازسنجی جمعیت تحت پوشش، بالحاظ نمودن عوامل معنوی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، سیاسی، بهداشتی و زیست محیطی)؛
۶. شناخت اولویت‌ها، تدوین برنامه‌های مداخله‌ای/اجرایی برای مدیریت عوامل خطر و بیماری‌ها با همکاری مردم و بخش‌های دولتی و غیردولتی، پایش و ارزشیابی برنامه‌های اجرا شده)؛
۷. سلامت روان، مبانی علوم روان‌شناسی، رفتاری و جامعه‌شناسی سلامت؛
۸. اولویت پیشگیری بر درمان و ارائه مراقبت‌های بهداشتی در سنین مختلف، سبک زندگی سالم؛
۹. مدیریت مسائل بهداشتی در سوانح و حوادث؛
۱۰. اقتصاد سلامت؛
۱۱. سلامت اجتماعی و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (SDH)، شاخص‌های عدالت در سلامت؛
۱۲. مبانی سلامت معنوی اسلامی و اخلاق حرفه‌ای اسلامی در بهداشت عمومی.

مهارت‌های بالینی ضروری

انتظار می‌رود پزشک خانواده به منظور ارائه خدمات بالینی دارای دانش و مهارت در زمینه‌های دوازده گانه‌ای باشد که این مجموعه در قالب آموزش‌هایی با همان نام‌ها انجام خواهد گرفت. مهارت‌های بالینی ضروری، در ۹ واحد تئوری و ۱۳ واحد عملی از سال سوم به بعد و به تدریج آموزش داده شود.

ضروری است آموزش دانش‌آموختگان در بخش بالینی، با اولویت آموزش مدیریت بیماران سرپایی بجای بیماران بستری، اولویت فوریت‌های بالینی و آموزش در مراکز بهداشتی درمانی و درمانگاه‌ها با موضوعات عمومی بالینی بجای تخصصی و اولویت پیشگیری بر درمان (بررسی جمعیت سالم و ارزیابی ابعاد چهارگانه سلامت) انجام شود و دانش‌آموختگان قابلیت‌ها، مهارت‌ها و خلاقیت‌های لازم برای ایفای نقش در مسئولیت‌های محوله را در این بخش‌ها کسب کنند. ارائه خدمات و مراقبت‌ها باید به صورت کیفی، ایمن و با رعایت استانداردها و در نظر قراردادن نیازهای بیمار انجام شود.

خدمات کیفی یعنی سطحی از خدمات و مراقبت سلامت، که احتمال دستیابی به پیامدهای سلامت مورد نظر را برای اشخاص و جمعیت‌ها، افزایش می‌دهد. ایمنی خدمات هسته اصلی خدمات با کیفیت است که در تمام خدمات سلامت بیمار تعریف شده و از هرگونه آسیب به بیمار و پیامدهای منفی نظیر مرگ‌ومیر برای بیمارپیشگیری می‌کند.

خدمات و مراقبت‌های سلامت باید با محوریت ارتقا بهره‌وری انجام شود به این معنی که فعالیت‌ها به طرق علمی و در جهت کاهش هزینه‌ها و افزایش رضایت همکاران و مراجعان انجام گیرد.

زیر حیطه‌های مهارت‌های بالینی ضروری شامل موارد زیر است:

۱. نشانه شناسی پزشکی؛
۲. اخذ و ثبت شرح‌حال- معاینه فیزیکی؛
۳. مدیریت مراجعان درمانگاه سرپایی؛
۴. مدیریت بیماران در فوریت‌های پزشکی؛
۵. مدیریت بیماران با شکایت‌های شایع؛
۶. مدیریت بیماران در سنین مختلف؛
۷. مراقبت‌های جامع و فراگیر؛
۸. دارو درمانی؛
۹. ارجاع و دریافت پسخوراند؛
۱۰. اقدامات پاراکلنیک؛
۱۱. مدیریت بیماری‌های تخصصی؛
۱۲. مراقبت‌ها وخدمات در محل سکونت؛

اقدامات عملی(پروسیجرها)

انتظار می‌رود پزشک خانواده به منظور ارائه اقدامات عملی دارای دانش و مهارت لازم با تأکید بر زمینه‌های دوازده‌گانه زیر باشد که این مجموعه در قالب آموزش‌هایی با عنوان اقدامات عملی مقدماتی و پیشرفته انجام خواهد گرفت. این مهارت در یک واحد تئوری و ۲ واحد عملی از سال سوم به بعد آموزش داده می‌شود.

زیر حیطه‌های اقدامات عملی مورد تأکید شامل موارد زیر است:

۱. خونگیری وریدی/شریانی؛
۲. بررسی سدیمان ادرار؛
۳. انجام فعالیت‌های ساده آزمایشگاهی(نظیر رنگ‌آمیزی اسید فاست)؛

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.22034/7.1.9]

۴. سونداژ؛
۵. تزریقات (عضلانی، وریدی و تعبیه آنژیوکت)؛
۶. گرفتن ECG و تفسیر آن؛
۷. واکسیناسیون؛
۸. گذاشتن لوله معده؛
۹. احیای قلبی‌عروقی (احیا کودکان و بزرگسالان، لوله‌گذاری داخل تراشه، استفاده از دستگاه الکترو شوک، استفاده از دستگاه ساکشن)؛
۱۰. مراقبت از زخم (پانسمان، بخیه، شناسایی ست جراحی و آماده‌سازی)؛
۱۱. گچ‌گیری ساده؛
۱۲. انجام پونکسیون لومبار.

فناوری اطلاعات در سلامت

انتظار می‌رود پزشک خانواده به منظور انجام بهینه فعالیت‌ها و وظایف محوله دارای دانش و مهارت در زمینه فناوری اطلاعات باشد تا بتواند در ثبت و به اشتراک گذاشتن اطلاعات و استفاده از منابع به‌روز علمی مراقبت‌ها و خدمات مورد نیاز را با کمترین خطا و در مدت زمان کوتاه‌تر ارائه کند. در این راستا دو دسته مهارت پیشنهاد می‌شود. مباحث این حیطه در ۱ واحد تئوری و ۲ واحد عملی ارائه می‌شود.

زیر حیطه‌های استفاده از فناوری اطلاعات شامل موارد زیر است:

۱. استفاده مؤثر از فناوری اطلاعات (Information Technology) و برقراری ارتباط (communication technology) در زمان آموزش و برای اداره صحیح و معتبر مراجعان؛
۲. جستجوی منابع علمی معتبر، دست‌یابی به اطلاعات جدید و استفاده درست، مستمر و به موقع از ابزارهای دسترسی به پزشکی مبتنی بر شواهد.

معنویت اسلامی، اخلاق و قانون

انتظار می‌رود پزشک خانواده در تمامی فعالیت‌ها و انجام وظایف محوله معنویت اسلامی، اخلاق و قانون را رعایت کند. توجه به معنویت که امری بالفطره تربیتی است در برنامه آموزش پزشکی نیازمند برنامه‌ریزی دقیق است. لازمه این امر داشتن دانش، آگاهی، بینش و توانمندی لازم در مهارت‌هایی است که در قالب سه دوره سلامت معنوی اسلامی و دوره‌های معنویت اسلامی، اخلاق حرفه‌ای اسلامی و قانون و مقررات پزشکی آموزش داده می‌شود. مباحث این حیطه در واحد ۴/۵ واحد تئوری و ۳/۵ واحد عملی ارائه می‌شود.

زیر حیطه‌های معنویت اسلامی، اخلاق و قانون شامل موارد زیر است:

۱. سلامت معنوی اسلامی۱؛
۲. سلامت معنوی اسلامی۲؛
۳. سلامت معنوی اسلامی۳؛
۴. معنویت اسلامی(اخلاق اسلامی و آگاهی از احکام شرعی)؛
۵. اخلاق حرفه ای اسلامی (پزشکی)؛
۶. قانون و مقررات پزشکی.

مهارت‌های نرم

انتظار می‌رود دانشجویان پزشکی با استفاده از مهارت‌های فردی و ارتباطی و تقویت مهارت‌های نرم تمامی فعالیت‌ها و انجام وظایف محوله را به بهترین نحوه مدیریت نموده و تصمیم‌های درست و بجا اتخاذ کنند. لازمه این امر داشتن دانش، آگاهی در مهارت‌های ارتباطی و فردی است مباحث این حیطه در واحد ۱ تئوری و ۲ واحد عملی ارائه می‌شود.

زیر حیطه‌های مهارت‌های نرم شامل موارد زیر است:

الف- مهارت‌های ارتباطی

- اطلاع و تحلیل روابط انسانی اخلاق محور و مسئولیت‌شناسی و پاسخگویی؛
- اصول برقراری ارتباط صحیح و مؤثر با دیگران؛
- بایسته‌ها و شایسته‌های ارتباط صحیح و مؤثر با استادان، مدیران، همکاران تیم سلامت، مراجعان، بیماران و همراهان آنها و سایر مردم؛
- مهارت برقراری ارتباط با فرد و جامعه و گروه‌های مختلف، حمایت‌طلبی از آنها؛
- مهارت‌های ارتباطی جامعه‌محور، مبتنی بر اعتماد و برقراری ارتباط با فرد و جامعه و گروه‌های مختلف، حمایت‌طلبی از آنها برای شناسایی مشکلات، اولویت‌بندی آنها و تعیین راه حل‌ها و اجرای مداخلات و ارزیابی و ارزشیابی اقدامات صورت گرفته؛
- مهارت برقراری ارتباط مؤثر در نظام شبکه بهداشتی درمانی (دانستن و تحلیل تأثیرات ارتباط مؤثر درجهت افزایش رضایت مراجعان، بیماران، پیامدهای سلامتی و پایبندی به درمان)؛
- تحلیل تأثیرات ارتباط مناسب بر بهبود وضعیت بیماری، بازگشت شرایط روان‌شناختی بیمار و افزایش رضایتمندی خانواده؛
- توانمندی برقراری ارتباط مؤثر با رویکرد آموزش به جامعه، مراجعان و بیماران و افزایش رضایت‌مندی و توانمندسازی آنها برای خودمراقبتی با بهره‌گیری از ظرفیت‌های حمایتی خانواده و جامعه؛
- مهارت تبادل اطلاعات به صورت شفاهی یا کتبی با بیان ساده به افراد در معرض خطر، بیمار، خانواده بیمار و سایر افراد جامعه با تأکید بر آموزش بهداشت و ارتقای سلامت به افراد سالم، افراد دارای عوامل خطر و بیماران.

ب- مهارت‌های فردی

- مهارت‌های حل مسئله؛
- تفکر نقادانه، خلاقیت و نوآوری؛
- استدلال بالینی؛
- مهارت کار گروهی؛

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.22034/7.1.9]

جدول ۱- توزیع واحدهای پیشنهادی در ترم‌های مختلف آموزش پزشکی عمومی

ترم۱: ۱/۵ واحد عملی و ۶/۵ واحد تئوری	ترم۲: ۰/۵ واحد عملی و ۳ واحد تئوری
ترم۳: ۴ واحد عملی و ۲ واحد تئوری	ترم۴: ۱/۵ واحد عملی و ۱ واحد تئوری
ترم۵: ۳/۵ واحد عملی و ۲/۵ واحد تئوری	ترم۶: ۴/۵ واحد عملی و ۴ واحد تئوری
ترم۷: ۱ واحد عملی و ۰ واحد تئوری	ترم۸: ۳ واحد عملی و ۲/۵ واحد تئوری
ترم۹: ۱/۵ واحد عملی و ۰ واحد تئوری	ترم۱۰: ۱ واحد عملی و ۰ واحد تئوری
ترم۱۱: ۲ واحد عملی و ۲ واحد تئوری	ترم۱۲: ۰/۵ واحد عملی و۰ واحد تئوری
ترم۱۳: ۱ واحد عملی و ۱ واحد تئوری	ترم۱۴: ۰/۵ واحد عملی و ۰/۵ واحد تئوری

- مهارت ارزشیابی و ممیزی خود؛
- توانایی عملکرد مبتنی بر اهداف سیستم؛
- وظیفه‌شناسی، مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی؛
- انگیزه بالا؛
- نوع دوستی، همدلی؛
- مهارت تحلیل مسائل.

درکل ۲۶ واحد عملی و ۲۵ واحد تئوری پیشنهاد شده است. توزیع واحدها و دروس پیشنهادی در طول دوره آموزش پزشکی عمومی در جدول ۱آمده است.

بحث

در این مقاله برای معرفی توانمندی‌ها و مهارت‌های مورد نیاز پزشکان عمومی به منظور نقش‌آفرینی به عنوان پزشک خانواده در جامعه و شبکه بهداشت و درمان، ابتدا وظایفی را که انتظار می‌رود یک پزشک خانواده در ایران انجام دهد؛ شناسایی کردیم.

در ادامه برای داشتن بینش مناسب از شرایط موجود و تحلیل وضعیت، مرور مطالعات انجام گرفته درمورد پزشک خانواده، چالش‌های این حوزه و تجارب داخلی انجام گرفت. یکی از مهمترین چالش‌ها مشکلات نظام آموزشی و پیشنهاد بازنگری در برنامه آموزشی برای ارتقای قابلیت‌های فارغ‌التحصیلان درانجام وظایف محوله است(۱، ۹). باتوجه به تغییر برنامه درسی دوره پزشکی عمومی در سال ۱۳۹۶، برنامه مذکور در مقاله حاضر بررسی شد و درجلسات گروهی باحضور متولیان تدوین برنامه مورد بحث قرارگرفت. سند توانمندی‌های مورد انتظار از پزشک عمومی یکی از اسناد پشتیبان برنامه درسی دوره پزشکی عمومی است، که در قسمت محور دوم به مهارت‌های ارتباطی در محور سوم به مراقبت از مراجعه‌کننده و بیمار با اتخاذ رویکرد جامع (توجه به ابعاد سلامت) و در محور چهارم به حوزه پیشگیری و ارتقاء سلامت توجه کرده است؛ ولی جمع‌بندی مطالب و نتایج تحلیل‌ها منجربه معرفی مهارت‌های مورد نیاز پزشکان عمومی برای اتخاذ رویکرد مناسب برای ایفای نقش به عنوان پزشک خانواده در قالب شبکه بهداشتی درمانی در شش حیطه کلان و بیش از ۶۰ زیر حیطه و شناسایی حوزه‌های مغفول مانده در برنامه شد.

تحلیل برنامه و محتوای آموزشی مرتبط با حیطه سلامت عمومی در برنامه آموزشی دوره دکتری عمومی پزشکی

در برنامه درسی فعلی علاوه بر دروس تئوری که در دوره علوم پایه و مقدمات بالینی تدریس می‌شوند؛ در دوره‌های کارآموزی و کارورزی درس پزشکی اجتماعی و خانواده ؛ عمده مهارت‌های بخش سلامت عمومی که پزشک عمومی برای فعالیت به صورت پزشک خانواده نیاز دارد را پوشش می‌دهد. با مرور محتویات آموزشی این دو دوره مشخص می‌شود بااینکه مباحث مفید و ضروری در برنامه وجود دارد ولی به دروس مدیریت، اقتصاد سلامت (منابع مالی و روش‌های پرداخت)، سبک زندگی سالم، مبانی سلامت معنوی اسلامی در بهداشت کمتر تأکید شده است.

گروه پزشکی اجتماعی و آموزش جامعه نگر از ده‌ها سال پیش در دانشکده‌های پزشکی تأسیس شده و مورد توجه بوده‌اند و این گروه سعی دارد دانشجو را برای کار و قبول مسئولیت به عنوان مدیر تیم بهداشتی و مسئول رسیدگی به مشکلات سلامت تربیت کند ولی ارزیابی برنامه‌های گروه آموزشی پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی، نیاز به بازنگری در برنامه‌های دوره کارورزی را نشان داد(۱۰). بررسی میزان انطباق برنامه آموزشی دوره کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی با نقش‌ها و وظایف پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۹۶ نشان داد؛ پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی محتواهای آموزشی دوره کارآموزی و کارورزی را درحد متوسط به بالا منطبق با وظایف شان ارزیابی کردند. همچنین، آنان علاوه بر اینکه خواستار باقی ماندن دوره‌های کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی در برنامه آموزشی بودند؛ درخواست اضافه شدن درس رفتار و اخلاق حرفه‌ای و آموزش رویکرد مناسب نسبت به عوامل خطر بیماری‌ها و طب پیشگیری، تجویز منطقی دارو و آزمایشات به دوره کارآموزی را هم مطرح می‌نمودند(۳).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.22034/7.1.9]

تحلیل برنامه و محتوای آموزشی مرتبط با مهارت‌های بالینی در برنامه آموزشی دوره دکتری عمومی پزشکی

دروس شرح‌حال و معاینه فیزیکی در مقطع فیزیوپاتولوژی ودر دو واحد نظری و دو واحد کارآموزی و درس استدلال بالینی با رویکرد علائم و نشانه‌های شایع، در ۰/۵ واحد به صورت نظری در برنامه فعلی پیش‌بینی شده است.

استفاده از بیمار استاندارد (فردی است که آموزش دیده تا نقش یک بیمار را بازی کند، یا یک بیمار واقعی است که شرح‌حال و یافته‌های معاینه فیزیکی خود را برای آموزش، ارزیابی و تمرین مهارت‌های ارتباطی پرسنل پزشکی به کار می‌گیرد) برای ارتقای مهارت گرفتن شرح‌حال و ارتباط با بیمار و همچنین آموزش معاینه فیزیکی نتایج بهتری از سخنرانی صرف و آموزش تئوری به دنبال داشته است(۱۱).

برخی از دانشگاه‌ها در قالب آموزش ادغام یافته مباحث مربوط به سمیولوژی در هر ماژول اصلی طب داخلی به همراه فیزیولوژی، پاتولوژی و فارماکولوژی آن مبحث تدریس می‌شود بنابراین دانشجویان با بخش‌های مختلف سمیولوژی به صورت قطعه‌قطعه و به صورت مجزا در هر ماژول مواجه بوده و نگاه جامع به بیمار را ندارند. مطالعات نشان داده‌اند که آموزش متمرکز در قالب یک دوره و تکیه بیشتر بر آموزش عملی درکنار آموزش تئوری و استفاده از وسایل کمک آموزشی و امکانات مراکز مهارت‌آموزی در دوره سمیولوژی منجر به رضایتمندی فراگیران از این شیوه آموزش و تأثیر بیشتر می شود(۱۲). آنچه که در این بین مهم است حضور در مراکز سرپایی و مراکز جامع سلامت و ارتقای تعامل با مراجعان و بیماران و همراهی مربیان با دانشجویان و نظارت بر نحوه انجام فعالیت‌ها است.

هرچند آموزش تئوری چگونگی شرح‌حال‌گیری دارای اهمیت است ولی مطالعات نشان داده‌اند حضور مربی در کنار دانشجویان و نظارت ایشان در حین اخذ شرح‌حال و یا تمرین آن با بیمار استاندارد باعث تقویت و افزایش کیفیت شرح حال گیری می شود(۱۱، ۱۳).

در برنامه درسی آموزش بیماری‌های مختلف درسنین گوناگون به طور گسترده پیش‌بینی شده است حتی موارد آموزشی ممکنست طی دوران طبابت بسیار نادر بوده یا اصلا مشاهده نشود. یافته‌های حاصل از یک بررسی در مورد آموزش بالینی نشان داد حجم زیاد محتوای آموزشی، محدود بودن زمان آموزش و وظایف و مسئولیت‌های متنوع مدرسان از جمله عوامل زمینه‌ای است که آموزش بالینی را با چالش روبه‌رو ساخته است(۱۴). شکاف بین آموزش دانشگاهی و وظایف شغلی پزشک خانواده، درمان محور بودن و عدم توجه کافی به حوزه پیشگیری و بهداشت در آموزش دانشگاهی از چالش‌های دیگری بود که در مطالعات به آن اشاره شده است(۱۵). هرچند در برنامه آموزشی به معرفی بیماری‌های شایع اشاره شده است، ولی خدمات مورد انتظار از پزشک خانواده مانند **ارائه مراقبت‌های جامع و فراگیر، ارجاع و دریافت پسخوراند، ارائه مراقبت‌ها و خدمات در محل سکونت** در برنامه آموزشی پیش‌بینی نشده است. به منظور ارائه مراقبت‌ها و خدمات کیفی سلامت همه‌جانبه توسط پزشکان خانواده لازمست دستورالعمل‌های کشوری نحوه برخورد با بیماران بومی مناطق مختلف تهیه و در قالب برنامه‌های آموزش مداوم ارائه شود.

تجویز منطقی دارو، نحوه و مدت مصرف و عوارض احتمالی، مسئله‌ای است که درصورت عدم رعایت باعث صدمات جانی و لطمه خوردن به اقتصاد سلامت می شود. به‌علاوه دارو درمانی صرفاً منطبق با نظام دارویی ملی و داروهای ژنریک و بر اساس راهنماهای بالینی باید انجام شود. بررسی‌ها نشان می دهد در ایران تعداد اقلام دارویی تجویز شده توسط پزشکان عمومی و متخصص بیش از استانداردهای سازمان بهداشت جهانی است و درمیان اقلام دارویی تجویز کورتیکواستروییدها و آنتی‌بیوتیک‌ها بیش از سایر اقلام است(۱۶). بنابراین تأکید بیشتر بر آموزش تجویز منطقی دارو ضروری به نظر می‌رسد. این الگو در نسخ پزشکان خانواده هم به چشم می‌خورد به‌طوری‌که در مطالعه نسخ پزشکان خانواده اهواز، بیشترین تجویز مربوط به آنتی بیوتیک‌ها و متوسط تعداد اقلام دارویی بیش از استاندارد جهانی بوده و ۵۰ درصد سرانه پزشک خانواده صرف هزینه دارو شده است(۱۷). اصول پایه فارماکولوژی در دوره علوم پایه/مقدمات بالینی و بقیه دروس در دوره مقدمات بالینی/کارآموزی تدریس می شود. به نظر می‌رسد بهترین زمان آموزش تجویز منطقی دارو و نحوه نسخه‌نویسی دردوره مقدمات بالینی و قبل از ورود دانشجویان به بخش‌های بالینی باشد که این مورد در محتوای آموزشی دیده نشده است.

تحلیل برنامه و محتوای آموزشی مرتبط با اقدامات عملی ضروری در برنامه آموزشی دوره دکتری عمومی پزشکی

آموزش اغلب پروسیجرهای ضروری و مورد نیاز در برنامه درسی فعلی بخصوص دربخش طب اورژانس دیده شده است. در قسمت بیماری‌های داخلی هم تفسیر آزمایشات درتوانمندی دانشجویان ذکر شده است ولی **انجام برخی از آزمایش‌های ساده مانند اخذ نمونه خون، نمونه ادرار و آزمایش ساده** میکروسکوپی آن هم جزءضروریاتی است که مورد توجه قرار نگرفته است.

تحلیل برنامه و محتوای آموزشی مرتبط با فناوری اطلاعات در سلامت در برنامه آموزشی دوره دکتری عمومی پزشکی

قبل از تدوین و اجرای کوریکولوم جدید، اکثر دانش دانشجویان پزشکی از فناوری اطلاعات وابسته به علاقه فردی و یادگیری شخصی بود و این باعث ناهماهنگی دانشی بین دانشجویان می‌شد(۱۸). تحقیقات بر اهمیت تغییر در کوریکولوم آموزشی در راستای به‌کاربردن فناوری اطلاعات در آموزش پزشکی و ایجاد زیرساخت‌های مورد نیاز و آموزش

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.22034/7.1.9]

استفاده از فناوری اطلاعات به دانشجویان تأکید دارند(۱۹). درکوریکولوم جدید درس روش تحقیق و پزشکی مبتنی بر شواهد با هم و در دوره مقدمات بالینی/کارآموزی، به صورت ۷ ساعت نظری و ۱۶ ساعت عملی تدریس می‌شود.

تحلیل برنامه و محتوای آموزشی مرتبط با معنویت اسلامی، اخلاق و قانون در برنامه آموزشی دوره دکتری عمومی پزشکی

با اینکه در بسیاری از کشورهای جهان برنامه‌های آموزشی متنوعی در این موضوع تهیه شده است برای ارائه آموزش مناسب در کشور باید ابتدا معنویت اسلامی و اخلاق اسلامی را درنظر داشت و براساس شرایط جامعه برای آن برنامه‌ریزی کرد(۲۰). درس اخلاق اسلامی به عنوان شاخه‌ای از دروس عمومی معارف اسلامی، مبانی و فلسفه اخلاق اسلامی، آیین زندگی و عرفان عملی اسلام در برنامه وجود دارد.

درس آداب پزشکی که در دوره علوم پایه تدریس می‌شود در قالب تم طولی آموزشی در ۴ دوره آموزش داده می‌شود درس آداب پزشکی ۱ در بخشی از حیطه‌های شناختی به مفاهیم اخلاقی و اصول رفتار حرفه‌ای می‌پردازد و انتظار می‌رود دانشجویان نسبت به جایگاه ویژه حرفه‌ای و وجود حساسیت‌های اخلاقی رشته پزشکی توجه کرده و در عملکرد خود اصول رفتارحرفه‌ای را رعایت کنند. هرکدام از دروس آداب پزشکی ۰/۵ واحد و عملی هستند. درس آداب پزشکی ۲ انتقادپذیری، آداب پزشکی ۳ درستکاری و حفظ شان پزشکی در محیط مجازی و اصول رفتارحرفه‌ای در محیط مجازی، درس آداب پزشکی ۴ درستکاری و حفظ شأن پزشکی در محیط‌های بالینی و مرور منشور اخلاق پزشکی آموزش داده می‌شود.

درس اخلاق پزشکی به صورت ۲ واحدی در دوره کار آموزی با ترجیح تدریس در اوایل دوره در برنامه وجود دارد. هرچند مباحث و موضوعات مفیدی برای این دوره پیش‌بینی شده است ولی **دوره، تنها، نظری** است. مطالعات نشان داده‌اند برنامه آموزش اخلاق پزشکی دردوره آموزشی پزشکی توان لازم را برای تغییر نگرش ورفتار ندارد(۲۱). ازاین رو رهیافت‌های دیگری در فراگیری اخلاق پزشکی در طول دوره بالینی از جمله تدریس مباحث بطور وسیع‌تر و قبل از ورود دانشجو به بخش وبه صورت مصداقی وتکرار مباحث در دوره کارآموزی و کارورزی پیشنهاد می‌شود و استادان نقش الگو را ایفا کنند.

در مورد سلامت معنوی، مهارت استفاده از ظرفیت محیط‌های علمی و دانشگاهی و ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه، آشنایی با اصول و ارزش‌های انسانی و اسلامی برنامه‌ای وجود ندارد.

درخصوص قوانین، درس پزشکی قانونی و مسمومیت‌ها به صورت ۲ واحد نظری در برنامه است و از اهداف این درس آشنایی با جنبه‌های قانونی و مقررات حرفه پزشکی و مجازات‌های احتمالی می‌باشد.

اگرچه رعایت قوانین و موضوعات اخلاقی و اعتقاد راسخ به معنویت از اصول مهم در حرفه پزشکی است؛ این امر در مورد پزشکان خانواده که به طور روزمره، مداوم در ارتباط با مراجعان و خانواده‌ها هستندو باید با دید جامع و بادر نظر گرفتن تمامی جوانب به خدمت رسانی بپردازند اهمیت دوچندان می‌یابد. برای اطمینان از رعایت اخلاق در پزشکی خانواده رویکردهاو دستورالعمل‌هایی متصور است و پیشنهاد می‌شود اخلاق پزشکی خانواده (Ethics Family Medicine) در طول تحصیل دوره پزشکی عمومی تدریس شود(۲۲).

در بررسی که در مورد آموزش اخلاق پزشکی انجام شد، باتوجه به چالش‌های احصا شده و محتواهایی که تدریس آن ضروری به نظر می‌رسید پیشنهاد شد درس اخلاق پزشکی در طول دوره بالینی برای دانشجویان پزشکی باتوجه به استمرار آموزشی و انتقال عملی و تجربی در برخورد با موضوعات اخلاق پزشکی و توسط اعضای هیئت علمی مجرب بالینی و آگاه و عامل به موضوعات اخلاق پزشکی با توجه به فرهنگ غنی اسلامی ارائه شود(۲۱).

تحلیل برنامه و محتوای آموزشی مرتبط با مهارت‌های نرم در برنامه آموزشی دوره دکتری عمومی پزشکی

در برنامه آموزشی در قسمت دروس شرح‌حال و معاینه فیزیکی، اصول استدلال بالینی، اصول کلی مهارت‌های ارتباطی و برقراری ارتباط سازنده با بیمار مورد تأکید قرار گرفته است. علاوه بر آن درس «استدلال بالینی در رویکرد به علائم و نشانه‌های شایع» در دوره مقدمات بالینی به صورت ۰/۵ واحد در نظرگرفته شده که به فرایند استدلال و تصمیم‌گیری بالینی می‌پردازد تا دانشجویان بتوانند با استفاده از دانسته‌های فیزیولوژی و اپیدمیولوژی رویکرد و تشخیص افتراقی‌های مناسب را ارائه کنند.

محتوای درس آداب پزشکی ۳، شامل مهارت‌های ارتباط بین فردی (همدلی) و توانایی به‌کارگیری آن، در نظر گرفتن، شناسایی و کنترل خطاهای استدلال (سفسطه) و خطاهای شناختی، استدلال و گفتمان منطقی، مواجهه زودرس بالینی، آشنایی بانقش اعضای گروه درمان و اصول همکاری بین حرفه‌ای، آشنایی با نقش حرفه پزشکی، مهارت‌های پایه تفکر علمی، اصول اخلاق حرفه‌ای در محیط مجازی است. درس آداب پزشکی ۴ به مدیریت خشم و عصبانیت، مدیریت استرس، آشنایی با بازخورد مؤثر ومهارت‌های ضروری در مشاوره و آموزش بیمار می‌پردازد. آموزش اصول مشاوره اولین اولویت آموزشی در حیطه آموزش سلامت است که توسط پزشکان شاغل به عنوان پزشک خانواده معرفی شده است(۲۳).

با این وجود بسیاری از مهارت‌ها بخصوص در بخش مهارت‌های فردی وجود دارند که باید در سال‌های اول ورود دانشجو یا حتی در آموزش و

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.22034/7.1.9]

پرورش رشد یابند و شکوفا شوند .این مهارت‌ها با الگو برداری از استادان و در محیط‌ها و سیستم‌های مناسب شکل می‌گیرند و آموزش آنها تدریجی است. به همین منظور درس آداب پزشکی در دوره علوم پایه در ۴ قسمت ارائه می‌شود. درس آداب پزشکی ۱ علاوه بر آشنایی دانشجویان با رفتارحرفه‌ای و مفاهیم اخلاقی، به مهارت‌های ارتباطی و روابط بین فردی مؤثر، گوش کردن فعالانه و ارتباط کلامی و چشمی مناسب می‌پردازد. در همین درس مهارت مدیریت زمان و نحوه مطالعه، به صورت عملی (۰/۵ واحد) جزء محتواهای ضروری آموزشی درنظر گرفته شده است. درس آداب پزشکی ۲ مهارت‌های ارتباطی در سطح وسیع‌تر آموزش داده می‌شود؛ به‌علاوه مهارت‌های پایه تفکر علمی و اصول پایه رشد فردی در این درس گنجانده شده است این درس ۰/۵ واحد عملی و در دوره علوم پایه است.

مهارت ارتباطی یکی از اصلی‌ترین مهارت‌های پزشکان است به‌طوری که پزشک تنها با یک جلسه ویزیت و ارتباط مؤثر با بیمار می‌تواند تشخیصی با دقت ۷۶ درصد را ارائه دهد(۲۴). مهارت ارتباطی مؤثر باعث ارتقای اعتماد مراجعان و افزایش رضایتمندی از ارائه خدمات هم می‌شود.

آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌تواند تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر آگاهی، نگرش پزشکان و رضایت‌مندی بیماران داشته باشد (۲۵). درمطالعات مختلف مداخلات مؤثری به منظور آموزش مهارت‌های همدلی ارائه شده است که در ایجاد تغییر در عملکرد همدلانه پزشکان نقش چشمگیری داشته است. بنابراین همدلی یک مهارت قابل یادگیری و آموزش می‌باشد(۲۶).

یکی از روش‌های تقویت مهارت‌های فرایندی ارتباط پزشک با مراجعان و بیماران، استفاده از راهنمای کالگری- کمبریج است. به‌طوری‌که مشخص شده پس از انجام این آموزش آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان نسبت به گروه شاهد افزایش چشمگیری داشته است(۲۷).

علاوه بر مهارت‌های بالینی، مهارت‌های ارتباطی مؤثر نیز برای انجام بهینه مسئولیت‌ها لازم است(۲۸). مهارت‌های فردی، توانایی ایجاد انگیزه در خود و مدیریت احساسات در شرایط دشوار به عنوان ویژگی‌های شخصیتی مطلوب برای دانشجویان پزشکی توسط کمیته پذیرش دانشکده پزشکی در نظر گرفته می‌شود (۲۹). صداقت، اخلاق‌مداری و تمایل و مهارت در کار گروهی نیز از عوامل موفقیت در امور پزشکی عنوان شده است. آموزش مهارت‌های نرم، آموزش معنویت، اخلاق و رفتار حرفه‌ای جزءآموزش‌های طولی هستند و در تمامی طول دوران تحصیل و حتی بعد از فارغ‌التحصیلی و در قالب برنامه‌های آموزش مداوم باید تداوم داشته و تکرار شوند(۳۰). در مطالعه کیفی در مورد چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری دومین چالش عمده بعد از مشکلات فرهنگی-اقتصادی، مشکلات ارتباطی بود به‌طوریکه مشارکت‌کنندگان معتقد بودند به هیچ وجه تعامل مناسب پزشک و بیمار وجود ندارد؛ اهمیت این موضوع به‌قدری است که در صورت عدم ارتباط مناسب، اعتماد مراجعان به صلاحیت ارائه‌دهندگان خدمت نیز کاهش می‌یابد (۳۱).

نتیجه‌گیری

تحلیل برنامه آموزشی موجود نشان داد در حیطه سلامت عمومی، دروس مدیریت، اقتصاد سلامت (منابع مالی و روش‌های پرداخت)، سبک زندگی سالم، مبانی سلامت معنوی در بهداشت کمتر تأکید شده است.

در حیطه بالینی، دستورالعمل‌های کشوری نحوه برخورد با مراجعان، بیماران و اطرافیانشان، تجویز منطقی دارو و نحوه نسخه‌نویسی دردوره مقدمات بالینی و قبل از ورود دانشجویان به بخش‌های بالینی در محتوای آموزشی دیده نشده است. ارائه مراقبت‌های جامع و فراگیر، ارجاع و دریافت پسخوراند، ارائه خدمات در محل سکونت در برنامه آموزشی پیش‌بینی نشده است.

در قسمت اقدامات عملی، اگرچه اغلب پروسیجرهای مورد نیاز در برنامه دیده شده است و در قسمت بیماری‌های داخلی هم تفسیر آزمایش‌ها در توانمندی دانشجویان ذکر شده است ولی انجام برخی از آزمایش‌های ساده مانند اخذ نمونه خون، نمونه ادرار و آزمایش ساده میکروسکوپی آن هم جزء ضروریاتی است که مورد توجه قرار نگرفته است.

در حیطه معنویت، اخلاق و قانون، درس اخلاق پزشکی به صورت ۲ واحدی در دوره کار آموزی با ترجیح تدریس در اوایل دوره در برنامه وجود دارد. هرچند مباحث و موضوعات مفیدی برای این دوره پیش‌بینی شده است ولی دوره، تنها، نظری است. در مورد سلامت معنوی ، مهارت استفاده از ظرفیت محیط‌های علمی و دانشگاهی و ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه، آشنایی با اصول و ارزش‌های انسانی و اسلامی برنامه‌ای وجود ندارد. آموزش اصول و ارزش‌ها نه تنها به صورت تئوری؛ بلکه در عمل و در مواجهه با مراجعان و در تمام فرصت‌ها و در طول مدت آموزش پزشکی باید مدنظر قرار گیرد.

در حیطه مهارت‌های نرم، بسیاری از مهارت‌ها بخصوص در بخش مهارت‌های فردی وجود دارند که باید در سال‌های اول ورود دانشجو یا حتی در آموزش و پرورش رشد یابند و شکوفا شوند.

مناسب سازی آموزش‌های دوره پزشکی عمومی و توانمندسازی دانشجویان پزشکی در جهت نیازهای پزشکان خانواده در مطالعات متعدد مورد تأکید بوده است(۳۲). انتقال محل آموزش از بیمارستان به متن جامعه و مراکز ارائه خدمات سلامت نیز در افزایش گرایش پزشکان عمومی به فعالیت در بخش پزشک خانواده مؤثر بوده است(۳۳).

به دلیل نیاز به استمرار آموزش‌ها و ارائه آموزش‌های مداوم، توصیه می‌شود محتوا و مدت زمان اینگونه آموزش‌ها با نیازسنجی و اولویت‌بندی انجام شود. مطالعات در این خصوص نشان داد اولویت بیشتر پزشکان عمومی شاغل آموزش‌های داخلی، اورژانس و مهارت‌های عملی می‌باشد؛ درحالی‌که پزشکان عمومی اعتقاد داشتند انطباق چندانی میان نیاز خود و برنامه‌های آموزش مداوم وجود ندارد(۳۴، ۳۵).

به‌طورکلی توصیه می‌شود در حیطه سلامت عمومی، تأکید مضاعفی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.22034/7.1.9]

بردروس مدیریت، اقتصاد سلامت (منابع مالی و روش‌های پرداخت)، سبک زندگی سالم، مبانی سلامت معنوی در بهداشت صورت پذیرد.

در حیطه بالینی، با تدوین دستورالعمل‌های کشوری نحوه برخورد با مراجعان و بیماران، تجویز منطقی دارو و نحوه نسخه‌نویسی (با تأکید بر داروهای ژنریک) در دوره مقدمات بالینی و قبل از ورود دانشجویان به بخش‌های بالینی، آموزش‌های مناسب انجام شود. ارائه مراقبت‌های جامع و فراگیر، ارجاع و دریافت پسخوراند، ارائه مراقبت‌ها و خدمات در محل سکونت در برنامه آموزشی پیش‌بینی نشده است و لازم است محتوای بومی تدوین شود.

در قسمت اقدامات عملی، اگرچه اغلب پروسیجرهای مورد نیاز در برنامه دیده شده است و در قسمت بیماری‌های داخلی هم تفسیر آزمایش‌ها به عنوان توانمندی دانشجویان مورد توجه قرارگرفته است ولی انجام برخی از آزمایش‌ها ساده مانند اخذ نمونه خون، نمونه ادرار و آزمایش ساده میکروسکوپی آن هم جزءضروریاتی است که باید آموزش داده شود.

درحیطه معنویت اسلامی، اخلاق اسلامی و قانون، درس اخلاق پزشکی به صورت ۲ واحدی در دوره کار آموزی با ترجیح تدریس در اوایل دوره در برنامه وجود دارد. هرچند مباحث و موضوعات مفیدی برای این دوره پیش‌بینی شده است ولی دوره، تنها نظری است و لازم است جامعه و در بخش‌های سرپایی به صورت عملی به تناسب موارد ضروری آموزش داده شود. در مورد سلامت معنوی اسلامی، مهارت استفاده از ظرفیت محیط‌های علمی و دانشگاهی و ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه، آشنایی با اصول و ارزش‌های انسانی و اسلامی برنامه‌ای وجود ندارد. درحالی‌که نقش محیط در ارتقای عملکرد معنوی افراد دارای اهمیت بالایی است و آموزش اصول و ارزش‌ها نه تنها به صورت تئوری؛ بلکه در عمل و در مواجهه با مراجعان و در تمام فرصت‌ها و در تمامی مراحل آموزش پزشکی باید مدنظر قرار گیرد.

در حیطه مهارت‌های نرم، بسیاری از مهارت‌ها بخصوص در بخش مهارت‌های فردی وجود دارند که باید در سال‌های اول ورود دانشجو یا حتی در آموزش و پرورش رشد یابند و شکوفا شوند. آموزش مهارت‌های نرم، آموزش معنویت اسلامی، اخلاق و رفتار حرفه‌ای جزء آموزش‌های طولی هستند و در تمامی طول دوران تحصیل و حتی بعد از فارغ‌التحصیلی و در قالب برنامه‌های آموزش مداوم باید تداوم داشته وتکرار شوند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با حمایت فرهنگستان علوم پزشکی و دارای کداخلاق به شماره IR.AMS.REC.1400.009 است.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اظهار داشتند تعارض منافعی ندارند.

تقدیر و تشکر

از تمامی صاحبنظران به‌خصوص جناب آقای دکتر سیدعلیرضا مرندی و اعضای کارگروه پزشکی خانواده که در تمامی مراحل با نظرات ارزشمندشان راهگشای انجام طرح بوده‌اند تشکر به عمل می‌آید.

منابع

1. Behzadifar M, Behzadifar M, Heidarvand S, Abolghasem Gorji H, Aryankhesal A, Taheri Sh Moghadam, et al. The challenges of the family physician policy in Iran: a systematic review and meta-synthesis of qualitative researches. Family Practice 2018; 35(6): 652-660. [In Persian]
2. Ghaffari R, amini A, Yazdani S, 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 2012; 11(7): 819-831. [In Persian]
3. Yari J, Alizadeh M, Khamenian Z, Ghasemie M. Compatibility of the Curricula of Public Medicine Internship and Apprenticeship Programs with General Practitioners' Roles and Responsibilities. Strides in Development of Medical Education 2017; 14(1): 51-60. [In Persian]
4. Nemati Akhgar A, Alizadeh M, Khodayari-Zarnaq R, Hossein JB. Expected Outcomes from Family Medicine Specialized Graduates in Iranian Health System from the Viewpoints of Stakeholders: A Qualitative Study. Depiction of Health 2020; 11(3): 214-222. [In Persian]
5. Sepehri B, Ghaffari R, Jeddian A, Salek F, Emrouzi R, Ghaffarifar S, et al. A Descriptive-Comparative Study of Implementation and Performance of Family Physician Program in Iran and Selected Countries. Iran J Public Health 2020; 49(3): 539-548.
6. Joolaee H, Alizadeh M, Fallahzadeh MH, Baseri A, Sayadi M. Evaluation of Clinical Skills of Family Physicians in Fars Province by Means of Observed Structured Clinical Evaluation. Strides in Development of Medical Education 2011; 7(2): 92-98. [In Persian]
7. Karimi M, Mirzaei M, Rahim Z. Educational needs of family physicians in Yazd province. jmed 2012; 6(1): 39-46. [In Persian]
8. Mohammadian M, Vafaee Najar A, Nejatzadehgan Eidgahi Z, Jajarmi H, Hooshmand E. Reviewing the Challenges of Family Physician Program from the Perspective of Managers and Doctors in North Khorasan province 2017. Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation, 2018; 7(1): 14-24.
9. Changiz T, Fakhari M, Jamshidian et al . Systematic review of studies in the field of competencies of new or soon to be-graduate general physicians in Iran. Strides in Development of Medical Education 2015; 12(2): 325-343.
10. Khadivi R, Khosravi S A. The Viewpoints of Interns and Clerkship Students about Community Medicine Course. Iranian Journal of Medical Education 2004; 4(2): 123-128. [In Persian]
11. Saboori M, Jafari F, Monajemi A. The Effect of Employing Standardized Patient on History Taking Skills of Medical Students.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.22034/7.1.9]

Iranian Journal of Medical Education 2010; 10(3): 276-283. [In Persian]
12. Hassanzadeh M, Moradi E. The need for a general review of the basics of semiology course in the integrated strategy of curriculum. jmed 2020; 15(3): 220-222. [In Persian]
13. Seitz T, Raschauer B, Längle AS, Löffler-Stastka H. Wien Klin Wochenschr 2019; 131(1-2): 17-22.
14. Gandomkar R, Salsali M, Mirzazadeh A. Factors Influencing Medical Education in Clinical Environment: Experiences of Clinical Faculty Members. Iranian Journal of Medical Education. 2011; 11(3): 279-290. [In Persian]
15. Mohammadi Bolbanabad J, Mohammadi Bolbanabad A, Valiee S, Esmailnasab N, Bidarpour F, Moradi G. The Views of Stakeholders about the Challenges of Rural Family Physician in Kurdistan Province: A Qualitative Study . IRJE 2019; 15(1): 47-56.
16. Nikazar N, Ali Asgharloo L, Sharifi H. Evaluation of drug prescription pattern by physicians in comparison with W.H.O indicators, in West Azerbaijan province. From 2013 to 2016. RJMS 2019; 26(4): 70-77. [In Persian]
17. Ahmadi B, Arab M, Narimisa P ,Jalali L, Najafpoor Zh. Evaluation of drug prescription pattern by Family physicians and drugs per capita in Ahvaz city. Journal of healthcare management 2013; 4(3,4): 25-34. [In Persian]
18. Sadeghnezhad T. Iran: ICT use in education. In: Farrell G, Wacholz C, editors. Meta-survey on the use of technologies in education in Asia and the Pacific. Bangkok, TH: UNESCO Asia-Pacific Regional Bureau for Education; 2005. PP: 59-64.
19. Houshyari AB, Bahadorani M, Tootoonchi M, Gardiner JJ, Peña RA, Adibi P. Medical education and information and communication technology. J Educ Health Promot 2012; 1: 3.
20. Abbasian L, Abbasi M, Shamsi Gooshki E, Memariani Z. Survey on the Scientific Position of the Spiritual Health and its Role in Preventing from Diseases: A preliminary Study. Quarterly Journal of Medical Ethics 2012; 4(14).
21. Yosefi MR, Ghanbari MR, Mohagheghi MA, Emami Razavi SH. The Possibility of Including Medical Ethics Courses in the Clinical Training of Medicine Students: Academic Members Viewpoints. Strides in Development of Medical Education 2012; 9(1): 1-10.
22. Tunzi M. Family Medicine Ethics:An Integrative Approach. Fam Med 2018; 50(8): 583-588.
23. 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. Iranian Journal of Medical Education 2011; 10(5): 726-734. [In Persian]
24. Peterson MC, Holbrook JH, Von Hales D, et al. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. West J Med 1992; 156: 163–165.
25. Managheb E, Mosalanejad F. Self-Assessment of Family Physicians and Interns of Jahrom University of Medical Sciences about Minimum Capabilities of General Practitioner. DSME. 2017; 4(1): 27-39. [In Persian]
26. Managheb E, Bagheri S. The Impact of Empathy Training Workshops on Empathic Practice of Family Physicians of Jahrom University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Education 2013; 13(2): 114-122. [In Persian]
27. Managheb SE, Jaafarian J, firouzi H. The effect of communication skills training based on Calgary-Cambridge guideline on knowledge, attitude and practice of family physician of Jahrom University of medical sciences 2007. Pars Journal of Medical Sciences 2022; 6(3): 74-84.
28. ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Family Medicine (2015). Available at: https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramResources/120_Reasons_that_Guided_the_Revisions.pdf? ver=2015-11-06-120653-85326 access on 12 Sep. 2022
29. Kitzes JA, Savich RD, Kalishman S, Sander JC, Prasad A, Morris CR, et al. Fitting it all in: integration of 12 cross-cutting themes into a School of Medicine curriculum. Medical teacher 2007; 29(5): 489–494.
30. Carrothers RM, Gregory Jr SW, Gallagher TJ. Measuring emotional intelligence of medical school applicants. Acad Med 2000; 75(5): 456-63.
31. Hajibadali P, Nadrian H, Hashemiparast M. Challenges of Implementing Family Physician Program in Urban Communities: A qualitative study. ARCHIVES OF IRANIAN MEDICINE. 2017; 20(7): 446- 451.
32. Mehtarpour M, Tajvar M. Policy Analysis of Family Physician Plan and Referral System in Iran Using Policy Analysis Triangle Framework. Health Based Research 2018; 4(1): 31-49 . [In Persian]
33. Shokri A, Akbari-Sari A, Harirchi I, Farzianpour F, Foroushani AR, Shokri S, et al. Preprint:Factors Influencing Physicians' Departure from General Practitioners Field in Developing Countries: A Case Study in Iran. Available at: https://www.researchsquare.com/article/rs-43663/v1
34. 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. [In Persian]
35. Tabasinejad N, Khanjani N, Balali-Meybodi F, Nazari F, Mohseni M. Assessment of the Educational Requirements of Rural Family Physicians in Kerman University of Medical Sciences Iran. Strides in Development of Medical Education 2016; 12(4): 618-625. [In Persian]

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.22034/7.1.9]

Original

Medical Education: Family Physician's Perspective

Narges Tabrizchi[*1], Mohammad Ali Mohagheghi[2], Hossein Malekafzali[3], Seyed Jamaleddin Sajadi[3], Mohammad Javad Kabir[4], Bagher Larijani[3], Ali Akbar Haghdoost[5]

1. ⁎**Corrospanding Author:** Assistant professor of community medicine. Academy of Medical Sciences of I.R of Iran, narges_tabrizchi@yahoo.com
2. Permanent member of the academy of medical sciences. Professor of surgery. Cancer Research Center of Cancer Institute, Tehran University of Medical Sciences Tehran, Iran
3. Professor and Permanent member of the Academy of Medical Sciences I.R of Iran, Tehran, Iran
4. Associated professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
5. Professor of Epidemiology, Modeling in Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Abstract

Background: Family Physicians need to have necessary abilities and skills to fulfill health-related responsibilities. The purpose of this article is to introduce those skills and analyze the general medicine curriculum in terms of those skills.

Methods: This study was conducted using mixed methods. Initially, national and international articles and in some cases the websites of universities or organizations related to health and family physician education were searched in a targeted manner. A list of skills was extracted by categorizing and analyzing the collected materials. In the next step, the list of skills was reviewed and revised in eight group discussion sessions. Finally, the current general medicine curriculum was examined and analyzed from the family doctor's perspective.

Results: The expected knowledge and skills of general practitioners as family medicine team managers were categorized and presented in six major areas and 63 sub-areas. The major areas include public health, essential clinical skills, procedures, medical information technology, Islamic spirituality, ethics and law, and soft skills. A total of 26 practical studies and 25 Lectures were offered.

Conclusion: The current general medicine curriculum was analyzed in six major areas and and important neglected areas were revealed. It is necessary to pay attention to these areas and plan to remove educational barriers and provide the necessary infrastructure.

Keywords: Family Physicians, Medical Education, Professional Competence

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.22034/7.1.9]