



Expected Outcomes from Family Medicine Specialized Graduates in Iranian Health System from the Viewpoints of Stakeholders: A Qualitative Study

Ahmad Nemati Akhgar¹, Mahasti Alizadeh¹, Rahim Khodayari-Zarnaq², Hossein Jabbari Bayrami*¹

Article Info:

Article History:

Received: 01.26.2020
Accepted: 04.30.2020
Published: 09.22.2020

Keywords:

Family Medicine
Referral System
Rating
Competency-Based
Education

DOI: 10.34172/doh.2020.29

Abstract

Background and Objectives: The purpose of training and applying family physicians in the health system is to optimize rating the services and referral system. The purpose of this study was to explanation of the expected outcomes of family medicine graduates from the viewpoints of professors, assistants and senior managers of the health system and its comparison with the defined consequences in the curriculum of this major at Tabriz University of Medical Sciences.

Material and Methods: This is a qualitative study with the content analysis approach. Sampling method is non-random and purposive. Three focus group discussions and six semi-structured interviews conducted with 31 participants, including three groups of professors, assistants and senior managers of the health system by FGD method and also including 25 participants and 6 individuals were used for individual interview. Interviews continued until data saturation. Content analysis method used for data analysis.

Results: After conceptualizing, extracting and coding themes into 56 themes, the findings were categorized into three general themes: Occupational status (such as: Conscientious physician, policy maker, supervisor or provider), job duties (Education, research, management, consulting and visit) and employment outcomes (such as: Cost reduction, unnecessary refer and population health promotion).

Conclusion: The use of specialist family physicians in positions such as the physician in charge of the health complex and service provision in comprehensive health centers can have outcomes such as appropriating referrals, reducing costs and preventing overuse, and reducing the workload of levels 2 and 3.

Citation: Nemati Akhgar A, Alizadeh1 M, Khodayari-Zarnaq R, Jabbari Bayrami H. 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.

1. Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Email: hosseinhosseinj@yahoo.com)
2. Department of Health Policy and Management, Faculty of Medical Information Management, Tabriz University of Medical Sciences Tabriz, Iran

پیامدهای مورد انتظار از به کارگیری دانش‌آموختگان پزشکی خانواده در سیستم سلامت ایران از دیدگاه ذی‌نفعان: یک مطالعه کیفی

احمد نعمتی اخگر^۱، مهستی علیزاده^۱، رحیم خدایاری زرنق^۲، حسین جباری بیرامی^{۱*}

چکیده

زمینه و اهداف: هدف از تربیت و به کارگیری پزشکان خانواده در نظام سلامت، بهینه‌سازی سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع می‌باشد. مطالعه‌ی حاضر با هدف تبیین پیامدهای مورد انتظار از دانش‌آموختگان رشته‌ی تخصصی پزشکی خانواده از دیدگاه اساتید، دستیاران و مدیران ارشد و میانی نظام سلامت و مقایسه‌ی آن با پیامدهای تعریف‌شده در کوریکولوم آموزشی این رشته، در دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر از نوع کیفی با رویکرد تحلیل محتوا بوده و روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و مبتنی بر هدف بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌ی نیمه‌ساختارمند با شرکت ۳۱ نفر در قالب ۳ گروه از اساتید، دستیاران، مدیران ارشد و میانی نظام سلامت (به روش بحث گروهی (FGD) شامل ۲۵ نفر و مصاحبه‌ی انفرادی شامل ۶ نفر استفاده شد و مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. تحلیل داده‌ها نیز با روش تحلیل محتوایی انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های این مطالعه پس از مفهوم‌بندی، استخراج و کدبندی در ۵۶ درون‌مایه (theme) در قالب ۳ مضمون اصلی جایگاه شغلی (پزشک مسئول، سیاست‌گذار، ارائه‌دهنده‌ی خدمت)، وظایف شغلی (آموزش، پژوهش، مدیریت، مشاوره و ویزیت) و پیامدهای اشتغال (کاهش هزینه‌ها، کاهش ارجاع غیرضروری، ارتقای سلامت جمعیت) دسته‌بندی گردید.

نتیجه‌گیری: به کارگیری پزشکان خانواده‌ی متخصص در جایگاه‌هایی همچون پزشک مسئول مجتمع سلامت و ارائه‌ی خدمت در مراکز جامع سلامت می‌تواند پیامدهایی همچون واقعی شدن ارجاع‌ها، کاهش هزینه‌ها و جلوگیری از خدمات غیرضروری و کاهش بار کاری سطوح ۲ و ۳ ارائه‌ی خدمت را به دنبال داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: پزشکی خانواده، نظام ارجاع، سطح‌بندی، آموزش مبتنی بر شایستگی

نحوه استناد به این مقاله: نعمتی اخگر، علیزاده م، خدایاری زرنق ر، جباری بیرامی ح. پیامدهای مورد انتظار از به کارگیری دانش‌آموختگان پزشکی خانواده در سیستم سلامت ایران از دیدگاه ذی‌نفعان: یک مطالعه کیفی. تصویر سلامت. ۱۳۹۹؛ ۱۱(۳): ۲۲۲-۲۱۴.

۱. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (Email: hosseinhosseinj@yahoo.com)
۲. گروه مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کپی‌رایت کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

**TUOMS
PRESS**
Tabriz University of
Medical Sciences

مقدمه

حدود بسته‌ی تعریف‌شده، به فرد، خانواده، جمعیت و جامعه‌ی تحت پوشش، صرف‌نظر از تفاوت‌های سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و خطر بیماری است. پزشک خانواده علاوه بر درمان بیماری‌ها، آموزش‌ها و مشاوره‌های ضروری برای پیشگیری از بیماری‌ها و رسیدن به یک سطح سلامت قابل قبول روحی و جسمی را ارائه می‌دهد (۸-۶)؛ لذا پزشکان خانواده بایستی به طور عمیق و با علاقه در کل مسائل زندگی و نیازهای بهداشتی جامعه درگیر شوند و در مراقبت از بیماران، همه‌ی جنبه‌های پزشکی، فرهنگی، مذهبی، وضعیت بیمار و خانواده و وضعیت جامعه را مدنظر قرار دهند (۹)، اما مسئله‌ی اصلی این است که علی‌رغم تعریف این وظایف برای پزشکان خانواده به نظر می‌رسد جایگاه شغلی و به تناسب آن میزان ایفای هر یک از این وظایف تعریف‌شده دارای ابهاماتی می‌باشد به طوری که تربیت این متخصصین را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ بنابراین این مطالعه با هدف تبیین پیامدهای مورد انتظار از دانش‌آموختگان رشته‌ی تخصصی پزشکی خانواده از دیدگاه اساتید گروه آموزشی، دستیاران این رشته و مدیران ارشد و میانی نظام سلامت و مقایسه‌ی آن با موارد مرتبط در کوریکولوم آموزشی دوره‌ی مربوطه در دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر، پژوهشی کیفی با رویکرد تحلیل محتوا بوده و با هدف تبیین پیامدهای مورد انتظار از دانش‌آموختگان رشته‌ی تخصصی پزشکی خانواده از دیدگاه ذی‌نفعان می‌باشد. نمونه‌های مورد مطالعه از اساتید دست‌اندرکار تربیت و راه‌اندازی رشته‌ی تخصصی پزشکی خانواده، دستیاران سال‌های آخر با تجربه و سوابق کاری کافی و مدیران ارشد و میانی و ستادی نظام سلامت درگیر با مسائل بهداشت، درمان و پزشکی خانواده انتخاب شدند و با اینکه تعدادشان محدود بود، همگی برای شرکت در بحث گروهی متمرکز (FGD) با هماهنگی لازم دعوت شدند. با مدعوینی که به هر دلیل نتوانسته بودند در FGD حاضر شوند، مصاحبه‌ی انفرادی به عمل آمد. نمونه‌ی مورد مطالعه مجموعاً ۳۱ نفر، شامل ۱۱ نفر استاد، ۱۱ نفر دستیار و ۹ نفر از مدیران ارشد و میانی نظام سلامت بودند. با توجه به اینکه شرکت‌کنندگان در ساعت کاری صبح مشغول فعالیت‌های آموزشی و ویزیت بیماران می‌باشند و در ساعت کاری بعدازظهر نیز عمدتاً در مطب حاضر می‌شوند، زمان ظهر که کمترین لطمه را به ایفای وظایف آن‌ها وارد می‌کند و تقریباً زمان استراحت آن‌هاست، برای جمع‌آوری داده انتخاب شد. بازه‌ی زمانی جمع‌آوری داده از آبان ماه تا بهمن ماه ۱۳۹۸ بود.

هدف نهایی نظام ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی هر کشور، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم است تا بتوانند با برخورداری از سلامت کافی در فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی سهم شوند (۱). در همین راستا، سیاست‌های دولت در نظام سلامت به طور عمده بر ۳ اصل اولویت خدمات پیشگیری بر خدمات درمانی، اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری و اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری پایه‌ریزی شده که براساس این اصول در طول دهه‌ی ۱۳۶۰ نظام مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی در قالب شبکه‌های بهداشتی و درمانی شکل گرفت و متعاقباً برنامه‌ی پزشکی خانواده‌ی روستایی از سال ۱۳۸۴ و تدوین برنامه‌ی تخصصی پزشکی خانواده از سال ۱۳۸۹ و نهایتاً تدوین کوریکولوم آموزشی نهایی این رشته توسط دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی در بهمن ماه ۱۳۹۵ با هدف اصلاحات نظام سلامت انجام و اجرا شد (۲).

از بین کارکردهای اساسی که سازمان بهداشت جهانی برای نظام سلامت در نظر گرفته است، ارائه‌ی خدمت بیشترین کارکرد مرتبط با پزشکان خانواده می‌باشد. کوریکولوم تدوین‌شده رویکرد این رشته را پزشکی سلامت‌نگر، جامع‌نگر، پاسخ‌گو و با نگاه جامع به طب بیان کرده است؛ بنابراین متخصصین این رشته از طریق آشنایی با ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خانواده‌ها و منطقه‌ی سکونت آن‌ها در یک رویکرد نیازمحور، قادرند خدمات خود را در زمینه‌های مختلف شامل پیشگیری، حفاظت، ایمنی و ارتقای سلامت، تشخیص، درمان، توان‌بخشی، مدیریت، برنامه‌ریزی بودجه، آموزش، پژوهش، مشاوره و ارجاع به افراد، خانواده و جامعه ارائه دهند (۳).

پیش‌بینی سطوح مختلف ارائه‌ی خدمات بهداشتی در نظام شبکه‌ی بهداشتی و درمانی کشور به منظور ارائه‌ی خدمات به صورت زنجیره‌ای مرتبط و تکامل‌یابنده است تا اگر یکی از مراجعین واحد پایین‌تر به خدمات تخصصی‌تری نیاز داشته باشد که از عهده‌ی این واحد برنمی‌آید، واحد مذکور بتواند مراجعه‌کننده را به واحد بالاتر ارجاع نماید (۴). سطح‌بندی خدمات از مراجعه‌ی مکرر و غیرضروری به سطوح تخصصی‌تر جلوگیری و از اتلاف منابع مادی و انسانی پیشگیری کرده و ابزار مناسبی برای کنترل هزینه‌های مراقبت و افزایش هم‌سویی میان پزشکان عمومی و متخصصین تلقی می‌شود. بی‌توجهی به نظام ارجاع می‌تواند حلقه‌های نظام ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی را از هم گسیخته و باعث افزایش هزینه‌ها و آسیب رساندن به کمیت و کیفیت خدمات شود (۵). در طرح پزشک خانواده، سلامت‌نگری محور فعالیت‌های پزشک محسوب شده و هدف کلی طرح، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و ارائه‌ی خدمات سلامتی در

بازنگری نهایی، مفهوم‌بندی مطالب به عمل آمد. سپس یافته‌ها، براساس گفته‌های مصاحبه‌شوندگان استخراج و دسته‌بندی کدها براساس شباهت صورت گرفت.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در مطالعه شامل اعضای هیئت علمی (۱۱ نفر)، دستیاران تخصصی پزشکی خانواده (۱۱ نفر) گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مدیران ارشد و میانی شاغل در معاونت بهداشتی استان (۹ نفر) بودند.

الف) جایگاه شغلی پزشکان خانواده از دیدگاه شرکت‌کنندگان

همچنان که در جدول ۱ مشخص است، شرکت‌کنندگان به تفکیک مجموعاً ۱۱ جایگاه شغلی را برای فارغ‌التحصیلان این رشته مدنظر داشتند که در این میان جایگاه درمانگر و مراقب (ویزیت و ارائه‌ی خدمت) بیشترین فراوانی را داشت. برخی از نقل قول‌ها در این خصوص به این صورت است:

«بهتر است فارغ‌التحصیلان این رشته در شبکه‌ی بهداشتی و درمانی مربوطه‌شان مسئول امور پزشک خانواده بشوند یعنی اگر این‌ها وارد همان مراکز بهداشتی قبلی شوند، پس چرا این دوره‌ی تخصصی را طی کرده‌اند. به نظر من جایگاهی بالاتر از جایگاه قبلی برای این‌ها در نظر گرفته شود» (مطلع کلیدی شماره ۳).

«فارغ‌التحصیلان این رشته از نظر بالینی می‌توانند همه‌ی بیماران را در سطح اول علاوه بر ارائه‌ی مراقبت‌های اولیه مدیریت بکنند و در صورت نیاز آن‌ها را به سطح بعدی ارجاع دهند» (مطلع کلیدی شماره ۵).

برگزاری جلسات بحث گروهی با هماهنگی و دعوت‌نامه‌ی قبلی به عمل آمد. قبل از شروع مصاحبه، رضایت کتبی برای شرکت در مطالعه و رضایت شفاهی برای ضبط صدا کسب شد. در مورد محرمانه ماندن اطلاعات به آن‌ها اطمینان داده شد. برای اداری جلسه از ۳ نفر شامل تسهیل‌کننده (Moderator) برای اداری بحث گروهی، کاتب (Note taker) برای نوشتن بحث‌ها و مشاهده‌کننده (Observer) برای ثبت حواشی استفاده گردید. زمان جلسات وقت ظهر و مکان نیز سالن کنفرانس گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی (که مکانی سهل‌الوصول و آشنا و نزدیک به محل کار اکثر شرکت‌کنندگان بود) انتخاب گردید. چیدمان صندلی‌ها به صورت U شکل درآمد تا امکان ضبط صدا به راحتی میسر شود. در شروع بحث گروهی، کلیاتی در مورد موضوع که شامل اهداف پژوهش و روش کار بود، به شرکت‌کنندگان ارائه گردید و برای هر یک از شرکت‌کنندگان یک کد تعیین شد که تا آخر بحث برای نامیدن شفاهی یا نوشتن فقط از کد موردنظر استفاده شود. در برگزاری جلسات بحث گروهی مصاحبه‌کننده در طی بحث‌ها نقش هدایت‌گر صحبت‌ها را در صورت لزوم به عهده داشت و سؤالات واضح مطرح نشد تا با پاسخ شرکت‌کننده‌ها، از هر نوع اعمال نظر و سوگیری به دور باشد. روش گردآوری داده‌ها مصاحبه‌ی وسیع نیمه‌ساختارمند و عمیق متعامل بود که تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. ۵ جلسه بحث گروهی با میانگین ۶۵ دقیقه و ۶ جلسه مصاحبه‌ی انفرادی با میانگین ۳۰ دقیقه صورت پذیرفت. پس از پایان هر جلسه مصاحبه‌ی گروهی (FGD) و مصاحبه‌ی انفرادی و بعد از چند بار گوش دادن مصاحبه‌های ضبط‌شده، مطالب به صورت کلمه به کلمه توسط ۲ نفر پیاده و به صورت نوشتار ثبت گردید. پس از مقایسه و تطبیق ثبت‌شده‌ها و دست‌نوشته‌های کاتب و

جدول ۱. جایگاه شغلی پزشکان خانواده از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان

جایگاه شغلی	اساتید	مدیران ارشد و میانی نظام سلامت	دستیاران
مسئول امور پزشک خانواده در شبکه بهداشت (۱)	مدیر تیم سلامت در مراکز خدمات جامع سلامت (۱)	ویزیت و مراقبت و ارائه‌ی خدمت در مراکز جامع سلامت (۹)	
پزشک مسئول مجتمع سلامت (۲)	ویزیت و مراقبت و ارائه‌ی خدمت در مراکز جامع سلامت (۷)	هیئت علمی، برنامه‌ریز و سیاست‌گذار در سطوح مختلف نظام سلامت (۱)	
ویزیت بیماران در بیمارستان (۱)	تصمیم‌گیری و اقدامات خاص در مورد سلامت منطقه‌ی تحت پوشش و ارائه‌ی خدمات و مراقبت‌های اولیه (۱)	مدیریت مراکز مجتمع سلامت (۱)	
جایگاه شغلی متناسب با الگوی کشورهای توسعه‌یافته دارای متخصصین پزشک خانواده (۱)			

عده گیرند که بتوانند سیستم را نظارت کنند» (مطلع کلیدی شماره ۱۱).

«متخصصان این رشته در واقع باید در مراکز مستقر بشوند که وظیفه‌ی آموزش دوره‌ی اکسترنی و انترنی یک بخش را این‌ها بر عهده بگیرند که آن‌ها را با سیستم بهداشتی بیشتر آشنا کنند تا کارایی بیشتری در حوزه‌ی بهداشتی بعد از فارغ‌التحصیلی داشته باشند» (مطلع کلیدی شماره ۱۴).

«بهترین وظیفه برای متخصصین این رشته طبابت بالینی است و در کنار آن آموزش زیرمجموعه‌ی خود مثل پزشکان عمومی، کارشناسان، کاردانا و سایر همکاران بهداشتی در کنار طبابت بالینی کار خوبی است» (مطلع کلیدی شماره ۲۹).

ب) وظایف شغلی پزشکان خانواده از دیدگاه شرکت‌کنندگان

براساس اطلاعات جدول شماره ۲ مجموعاً ۱۴ وظیفه‌ی شغلی برای فارغ‌التحصیلان این رشته بیان شده که ویزیت و ارائه‌ی مراقبت، آموزش به بیماران، پرسنل و مدیریت جزء بیشترین موارد مورد تأکید از طرف هر ۳ گروه می‌باشد. برخی از نقل قول‌ها در این خصوص به این صورت است:

«به نظر من اولویت اول این است که این‌ها می‌توانند در سیستم به عنوان مدیر شبکه کار کنند یا رئیس واحدهای مختلف بشوند یا اگر دانشکده‌ای هست، به عنوان معاونت دانشکده‌های کوچک، معاون بهداشتی یا سایر معاونت‌ها را بر

جدول ۲. وظایف شغلی پزشکان خانواده از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان

اساتید	مدیران ارشد و میانی نظام سلامت	دستیاران
آموزش: (۷) پژوهش: (۳) مدیریت: (۶) مشاوره: (۲) پیشگیری: (۱) نظارت: (۱) سوپروایزر هدایت‌کننده: (۱)	ویزیت و مراقبت بیماران در سطح اول ارائه‌ی خدمت: (۸) مدیریت: (۴) آموزش: (۱)	ویزیت و مراقبت بیماران در سطح اول ارائه‌ی خدمت: (۱۱) آموزش: (۵) مدیریت: (۵) تشکیل پرونده‌ی سلامت و پیگیری: (۱)

«چنانچه فارغ‌التحصیلان این رشته در جایگاه مدیریتی، آموزشی و برنامه‌ریزی قرار بگیرند، بسته به نوع این جایگاه‌ها، وظایف شغلی تعریف‌شده‌ی خودشان را انجام دهند، پیامدهای استقرار مستمر فارغ‌التحصیلان این رشته موجب ارجاع کمتر، کنترل هزینه‌ها و ارتقای سطح سلامت خواهد شد» (مطلع کلیدی شماره ۱۷).

«فارغ‌التحصیلان این رشته می‌توانند به سطح ۱/۵ ارتقاء یابند و ارجاعات همکاران پزشک خانواده عمومی را دریافت کرده و ارزیابی اولیه‌ی داشته باشند و آن‌هایی که واقعاً نیاز است به سطح ۲ ارجاع بدهیم. برای جایگاه شغلی این بهترین است» (مطلع کلیدی شماره ۳).

ج) پیامدهای اشتغال فارغ‌التحصیلان از دیدگاه شرکت‌کنندگان

در جدول شماره ۳ سطوح موردنظر برای اشتغال و پیامدهای آن مورد اشاره قرار گرفته است. سطح ۱ ارائه‌ی خدمت بیشترین فراوانی مدنظر شرکت‌کنندگان را داشته است و همچنین شرکت‌کنندگان عمدتاً پیامدهایی مانند کاهش هزینه‌ها و جلوگیری از ارجاع غیرضروری را مدنظر داشته‌اند.

«جایگاه مدیریتی در سطوح مختلف در دانشگاه و در معاونت‌های مختلف مثل معاونت بهداشت و معاونت درمان باید حضور داشته باشند، برنامه‌ریزی کنند و کار سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی را در سطح خودشان انجام بدهند. همچنین در سطح ۱ نیز می‌توانند به ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی نیز بپردازند» (مطلع کلیدی شماره ۷).

جدول ۳. اشتغال به کار در سطح یک یا دو و پیامد آن برای سیستم

تجمع سطوح	اساتید	مدیران ارشد و میانی نظام سلامت	دستیاران
سطح ۱ (۸) سطح ۱/۵ (۱) سطح ۱ یا ۲ (۲)	سطح ۱ (۶) سطح ۱ یا ۲ (۳)	سطح ۱ (۵) سطح ۱/۵ یا ۲ (۴) سطح ۱ یا ۲ (۲)	
پیامد	کاهش هزینه‌ها (۷) واقعی و منطقی شدن و کاهش ارجاع غیر ضرور (۵) کاهش بارکاری سطح ۲ و ۳ (۳) افزایش رضایت مردم (۱) کاهش ریسک فاکتورها (۱) کاهش مداخلات پاراکلینیکی (۱)	کاهش هزینه‌ها (۴) جلوگیری و کاهش ارجاع غیر ضرور (۸) ارائه خدمات با کیفیت تر به مردم (۱) افزایش دسترسی مردم به خدمات تخصصی (۱) جلوگیری از مراجعه‌ی غیر ضروری مردم به شهرستان (۱) پاسخ‌گویی بهتر (۱) پیامد مفید برای سیستم سلامت (۱)	کاهش هزینه‌ها (۸) کاهش ارجاع غیر ضرور (۸) جلوگیری از سردرگمی بیماران در سطح ۲ و ۳ (۱) پیشگیری نوع ۴ (۱) ارتقای سطح سلامت (۳) کاهش بار اضافی سطح ۲ و ۳ (۲)

اما پس از تبیین جایگاه شغلی، وظایف شغلی و سطوح اشتغال و پیامدهای مدنظر آن از دیدگاه شرکت‌کنندگان در پژوهش، همه‌ی این موارد در جدول شماره ۴ براساس دیدگاه منعکس شده در کوریکولوم آموزشی مصوب این رشته آورده شده است.

جدول ۴. جایگاه و وظایف شغلی، سطح و پیامد مورد انتظار از دانش‌آموختگان رشته‌ی تخصصی پزشکی خانواده در کوریکولوم آموزشی رشته

جایگاه شغلی دانش‌آموختگان	وظایف شغلی دانش‌آموختگان	سطح و پیامدهای مورد انتظار از دانش‌آموختگان
مراکز خدمات جامع سلامت مراکز و پایگاه‌های مجری برنامه‌ی پزشکی خانواده (کلینیک‌های پزشکی خانواده) مراکز مورد نیاز برای کشیک شبانه، تعریف شده در نظام سلامت	تشخیصی - درمانی - مراقبت آموزشی پژوهشی مشاوره‌ای مدیریتی پیشگیری حمایتی	برقراری ارتباط درون بخشی و برون بخشی مناسب و مؤثر برای ارتقای سلامت افراد و جامعه‌ی تحت پوشش شناسایی مشکلات سلامتی در افراد و خانوارها و تشکیل پرونده‌ی سلامت برای هر یک از اعضا مدیریت بیماری‌ها با اخذ شرح حال، انجام معاینات، ارزیابی بالینی، پاراکلینیکی و خانوادگی انتخاب رویکردها و روش‌های غربالگری، پیشگیری، تشخیصی، درمانی و مراقبتی آگاهی دادن به بیماران، همراهان آن‌ها، سرپرستان خانوار، جامعه‌ی عمومی تحت پوشش در زمینه‌ی تخصصی مربوطه ارجاع بیماران در صورت لزوم با توجه به دستورالعمل‌ها و مسیرهای بالینی نظام سلامت نقش رهبری و مدیریت نظام سلامت در منطقه‌ی تحت پوشش اقدام در زمینه‌ی مدیریت بیماری‌ها و عوامل خطر، همه‌گیری‌ها و ارائه‌ی خدمات پیشگیری به افراد، خانواده‌ها و جامعه همکاری و تعامل سازنده در نظام پژوهشی کشور تعامل سازنده با سایر متخصصین در رشته‌های مختلف ارتقای وضعیت سلامت جامعه با پیشنهاد یا به کارگیری راهکارهای مختلف مدیریت اقتصادی خدمات سلامت در جامعه‌ی تحت پوشش

بحث

براساس مطالعات انجام شده حدود نیمی از پزشکان خانواده‌ی عمومی که به روستاها اعزام شده‌اند، نسبت به وظیفه‌ی خود توجیه نیستند که این مشکل بیانگر نیاز به گذراندن بخش‌هایی از آموزش دوران تحصیلات پزشکی عمومی در رابطه با مسائل پزشک خانواده می‌باشد (۱۶). در حال حاضر ۶۵ کشور برنامه‌ی رزیدنتی پزشک خانواده را برقرار کردند و پزشکی خانواده از طرف سازمان بهداشت جهانی (WHO) به عنوان مرکز تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیت، هزینه، اثربخشی و برابری در سیستم‌های مراقبت‌های سلامتی تلقی می‌شود (۲۱).

یافته‌های این مطالعه در قالب ۳ مضمون اصلی جایگاه شغلی، وظایف شغلی و پیامدهای اشتغال فارغ‌التحصیلان برای نظام سلامت ارائه گردید. در زمینه‌ی جایگاه شغلی نظرات شرکت‌کنندگان در پژوهش از پزشک مسئول و مدیر تا ارائه‌دهنده‌ی خدمت و حتی سیاست‌گذار متنوع بود. محمدیان و همکاران در مطالعه‌ی خود بزرگ‌ترین چالش‌های طرح پزشک خانواده را در حوزه‌ی برنامه‌ریزی جامع برای این طرح بیان کردند. ضمن آنکه اختلاف‌نظر بین مدیران تصمیم‌گیر و پزشکان به خصوص در خصوص مسئله‌ی جبران خدمت نیز یکی از مهم‌ترین چالش‌ها بود (۱۰). به نظر می‌رسد اگر فارغ‌التحصیلان این رشته بتوانند در جایگاه شغلی سیاست‌گذار یا مدیر ارشد قرار بگیرند، بتوانند تأثیرات مثبتی در رفع این چالش‌ها داشته باشند. مطالعه‌ی نصرالله‌پور شیروانی نیز نشان داد که یکی از مهم‌ترین مشکلات پزشک خانواده در ایران نارسایی‌هایی است که در نظام ارجاع وجود دارد (۱۱). قرار گرفتن در جایگاه‌هایی همچون پزشک مسئول مجتمع سلامت یا هدایت‌کننده‌ی نظام ارجاع در منطقه‌ی تحت پوشش از موارد مورد تأکید شرکت‌کنندگان در این پژوهش بود که در صوت محقق شدن، با توجه به آموزش‌هایی که این افراد در دوره‌ی تخصصی دیده‌اند، می‌تواند خلأ موجود در این قسمت را تا حدود زیادی پوشش دهد.

قسمت دوم یافته‌های این پژوهش در خصوص وظایف شغلی بود که طیف وسیعی از وظایف از آموزش و پژوهش گرفته تا ارائه‌ی خدمت، مشاوره و مدیریت سیستم، مدنظر شرکت‌کنندگان در پژوهش قرار داشت. عمده مطالعات صورت گرفته در کشور بر روی نظام ارائه‌ی خدمت و آثار و عواقب آن بر نظام سلامت متمرکز شده‌اند (۱۴-۱۲)؛ چرا که پزشکی خانواده تاکنون به منظور قرار گرفتن در سطح ۱ و ارجاع موارد ضرور به سطح بالاتر مدنظر سیاست‌گذاران بوده است، اما در کوریکولوم آموزشی این رشته که در سال ۹۵ ویرایش و منتشر شده، علاوه بر ارائه‌ی خدمت و ویزیت بیماران بر مواردی همچون مدیریت، برنامه‌ریزی، آموزش و

پژوهش و مشاوره نیز تأکید شده است (۳) که در این مطالعه نیز مدنظر شرکت‌کنندگان قرار داشت. با توجه به تأکیدات مواد قانونی برنامه‌های پنجم و ششم توسعه بر اجرای برنامه‌ی پزشکی خانواده، به نظر می‌رسد طراحی‌کنندگان کوریکولوم با در نظر گرفتن نقش‌های مدیریت، رهبری و برنامه‌ریزی قصد داشته‌اند تا گره کور اجرای این برنامه را به دست خود متخصصان این رشته باز کنند که در صورت دستیابی به این هدف می‌تواند موفقیت‌های خوبی را نصیب نظام ارائه‌ی خدمت در سطح ۱ و نظام ارجاع نماید. ترکیب این نقش‌ها با ارائه‌ی خدمت نزدیک به جمعیت تحت پوشش می‌تواند نتایج خوبی به بار آورد.

به عنوان مثال، مطالعه‌ی رکل (Rakel) نشان می‌دهد که پزشکان خانواده به دلیل ارتباط مستمر با خانوارها، مناسب‌ترین افراد برای حل مسائل مربوط به سلامتی آن‌ها و فراهم آوردن مراقبت‌های بهداشتی همه‌جانبه و جامع برای افراد نیازمند و تحت پوشش می‌باشند (۱۵).

قسمت سوم یافته‌های این مطالعه نیز بر پیامدهای مورد انتظار شرکت‌کنندگان از به کارگیری این متخصصین در نظام سلامت تأکید داشت. کاهش هزینه‌ها، کاهش ارجاع غیرضروری، ارائه‌ی خدمات باکیفیت‌تر، افزایش رضایت مردم و ارتقای سلامت جمعی از جمله مهم‌ترین یافته‌های این قسمت بود. در مطالعه‌ی جنتی هم مهم‌ترین نقاط قوت برنامه‌ی پزشک خانواده بهبود دسترسی به پزشک و دارو و کاهش هزینه‌ی درمان ذکر شده است (۱۶) که با مطالعه‌ی حاضر تا حدود زیادی هم‌خوانی دارد. در کشورهای کانادا و اسلونی هم مطالعات انجام شده مؤید قسمت سوم یافته‌های مطالعه‌ی ما یعنی پیامدهای مورد انتظار از به کارگیری فارغ‌التحصیلان پزشکی خانواده می‌باشد. در تحقیقات انجام شده در کشور کانادا پزشکی خانواده به عنوان یک تخصص شناخته شده است که گام اساسی در ارتقای نقش پزشک خانواده داشته و به عنوان یک متخصص جامع‌نگر مراقبت از کلیه‌ی بیماران را عهده‌دار خواهد شد، این مورد یکی از استنادات دست‌اندرکاران موضوع در کشور نیز برای طراحی دوره‌ی تخصصی پزشکی خانواده قرار گرفته است (۱۷). براساس مطالعه‌ی انجام شده در اسلونی افزایش پاسخ‌گویی و افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت و کاهش هزینه‌های غیرضروری از جمله اهداف طرح پزشک خانواده می‌باشد (۱۸).

از جنبه‌ی پیامدهای بهره‌وری مالی، مطالعه‌ی رکل (Rakel) نیز نشان می‌دهد ارائه‌ی خدمات پیشگیری و مراقبت‌های اولیه توسط پزشکان خانواده با هزینه‌های کمتر فراهم می‌شود (۱۵).

این موضوع قابل تأکید است که در کوریکولوم آموزشی رشته‌ی پزشکی خانواده قید شده که این تخصص برای به

پیامدهای عملی پژوهش

نتایج این مطالعه با ارائه‌ی تصویر نسبتاً کاملی از دیدگاه ذی‌نفعان اصلی برنامه‌ی آموزشی تخصصی پزشکی خانواده، به سیاست‌گذاران کمک می‌کند تا ابعاد مشخص شده در این مطالعه را در برنامه‌ی آموزشی این رشته‌ی تخصصی مورد ملاحظه قرار دهند و در جایگاه و وظایف شغلی پیش‌بینی شده در کوریکولوم آموزشی بازبینی‌های لازم را انجام دهند تا مناسب‌ترین پیامدها از تربیت و به‌کارگیری این فارغ‌التحصیلان، برای نظام سلامت حاصل شود.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه‌ی کیفی براساس دستورالعمل کمیته‌ی اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در تاریخ ۱۳۹۸/۰۳/۱۳ مورد تأیید شورای پژوهشی دانشکده پزشکی و کمیته‌ی منطقه‌ای اخلاق قرار گرفت. کد تأیید اخلاقی پژوهش عبارت است از: IR.TBZMED.REC.1398.246. در تمامی مراحل تحقیق مفاد اعلامیه‌ی هلسینکی رعایت گردید. موارد اخلاقی پژوهش مانند محرمانه ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان، کسب اجازه برای ضبط صدا و رضایت از شرکت در مطالعه رعایت شده است.

تضاد منافع

نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی در خصوص این مطالعه وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه برگرفته از یک پایان‌نامه‌ی دوره تخصصی در گروه آموزشی پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی است؛ بنابراین نویسندگان مراتب تشکر خود را از گروه مذکور و دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و همچنین مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی اعلام می‌کنند.

دست آوردن پیامدهای مطلوبی همچون بهینه کردن هزینه‌های نظام سلامت و ارتقای سلامت جمعیت ضروری است. همچنین سطح‌بندی صحیح و کامل خدمات، برقراری مناسب نظام ارجاع و نهایتاً دستیابی به هدف ارائه‌ی خدمات پاسخ‌گو به جامعه‌ی تحت پوشش، چشم‌انداز اصلی این رشته می‌باشد (۳). نتایج مطالعه‌ی حاضر نیز با موارد مورد هدف کوریکولوم آموزشی رشته مطابقت دارد. با این حال برای دستیابی کامل به پیامدهای مورد انتظار نیاز به سیاست‌ها و برنامه‌های حمایتی است که تمام برنامه‌ی مورد انتظار توسط برنامه‌ی پزشکی خانواده به دست آید. بیاتی و همکاران آموزش توجهی افراد درگیر در پزشک خانواده و تبیین وظایف آن‌ها را برای دستیابی به پیامدهای مورد انتظار برنامه‌ی پزشک ضروری دانسته‌اند (۱۹).

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد ترکیب مناسب وظایف شغلی، جایگاه مشخص ایفای نقش و شفاف‌سازی آن برای فارغ‌التحصیلان این رشته می‌تواند نهایتاً نظام سلامت را به پیامدهای مورد انتظارش از تربیت متخصصین پزشک خانواده برساند؛ بنابراین بهتر است فارغ‌التحصیلان این رشته علاوه بر طبابت بالینی در نقش آموزشی متناسب با توانمندی‌های این رشته برای آموزش مناسب زیرمجموعه‌ی خود از قبیل مراقبین سلامت، کاردانان و کارشناسان سلامت و پزشکان عمومی شاغل در طرح پزشک خانواده در مراکز جامع سلامت انجام وظیفه نمایند. همچنین لازم است در امر آموزش بخش‌هایی از دوره‌ی اکسترنی و انترنی پزشکی عمومی مشارکت متناسبی داشته باشند. به عنوان نقش مدیریتی نیز پیشنهاد می‌شود دانش‌آموختگان این رشته به عنوان مدیر مراکز جامع سلامت و مدیر واحد پزشکی خانواده و سایر مدیریت‌های مرتبط در معاونت‌های بهداشتی ارائه‌ی خدمت نمایند. از محدودیت‌های اصلی این مطالعه می‌توان به توجه کم‌رنگ به نقش‌های مدیریتی و رهبری پزشکان خانواده در متون منتشرشده که کار مقایسه با نتایج این مطالعه را دشوار نموده، اشاره کرد. همچنین مسئله‌ی جلب اعتماد مصاحبه‌شوندگان و عدم دربرگرفتن نظرات همه‌ی ذی‌نفعان برنامه‌ی پزشکی خانواده از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد.

References

- Goharnejhad S. Health system decentralization on Iran university and medical science. *Proceeding of 5th National Congress of Healthcare Administration Student*; 2007; Iran, Tabriz. p.32. (Persian)
- Naghavi H. *Utilization of health services in Iran 2002*. Naghavi M, Jamshidi H, editors. Tehran: Tandis press; 2005. (Persian)
- Ministry of Health and Medical Education. *The educational plan and regulation of family medicine*.

- Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2017. (Persian)
4. Pilehrodi S. *Management services on district health network*. Tehran: Iran Ministry of Health press; 1997. (Persian)
 5. Park JE. *Generalities of health services*. Shojaeetehrani H, translator. Tehran: Samat press; 1998. (Persian)
 6. Iran Ministry of Health. *Administrative guide direction of family physician*. Iran Ministry of Health; 2005. (Persian)
 7. Asefzadeh S. Health management. Asefzadeh S, Rezapour A, editors. Tehran: Hadis Emrooz press; 2005. (Persian)
 8. The college of family physician of Canada. *The role of family doctors in public health and emergency preparedness [a discussion paper]*. 2005. Available from: URL: http://www.cfpc.ca/files/communications/role_fam_doc_dec05.pdf.
 9. Erez R, Rabin S, Shenkman L, Kitai E. A family physician in an ultraorthodox Jewish village. *Journal of Religion and Health*. 1999; 38(1): 67-71.
 10. Mohammadian M, Vafae Najar A, Nejat-zadehgan 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. *JPSR*. 2018; 7(1): 14-24. doi: 10.22038/JPSR.2018.23428.1616. (Persian)
 11. Nasrollahpour Shirvani SD. The implementation of family physician program in Iran: achievements and challenges. *JBUMS*. 2014; 16(S1): 15-26. (Persian)
 12. Masoudi I. *Study of family physician system from physicians' opinion who contracted by Imam Khomeini Committee* [MSc thesis]. Tehran: Islamic Azad University. 2003. P. 87-125. (Persian)
 13. Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring performance of family physicians in Yazd. *Tolooe Behdasht*. 2009; 8(1-2): 16-25. (Persian)
 14. Raeissi P, Ebadi Fard Azar F, Roudbari M, Shabani Kia H. the impact of family physician program on mother and child health indices in rural population auspices of Mashhad university of medical sciences and health care services, Iran; 2009. *JHA*. 2011; 14(43): 27-36. (Persian)
 15. Rakel, RE. *Generalities of family physician*. Qazizadeh M, Tarighati OR, translators. 1st ed. Tehran: Samar press; 2000. (Persian)
 16. Jannati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani MR, Vakeli S. Assessing the strengths and weakness of family physician program. *knowledge and health*. 2010; 4(4): 39-44. (Persian)
 17. Esmaeili R, Hadian M, Rashidian A, Shariati M, Ghaderi H. Family medicine in Iran: facing the health system challenges. *Glob J Health Sci*. 2014; 7(3): 260-266. doi:10.5539/gjhs.v7n3p260.
 18. Himmel W, Dieterich A, Michael M, Kochen F. Will German patients accept their family physician as a gatekeeper? *J Gen Intern Med*. 2000; 15(7): 496-502.
 19. Bayati A, Ghanbari F, Hosseini SS, Maleki A, Shamsi M. Factors Influencing Family Physician Program from the Perspective of the Health Team. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014; 24(115): 22-35. (Persian)