



گزارش پژوهش

درآمدی بر طراحی مدل اجرایی پزشکی خانواده در ایران

سرپرست علمی: دکتر کامران باقری لنکرانی

به اهتمام: هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه السلام

گزارش پژوهش درآمدی بر طراحی مدل اجرایی پزشکی خانواده در ایران

بهار ۱۴۰۲



خانه اندیشه و روزان



بنیاد ملی تحقیقات



مرکز رشد
دانشگاه آصفهان

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

گزارش پژوهش

درآمدی بر طراحی مدل اجرایی پزشکی خانواده در ایران



خانه اندیشه و روزان

شناسنامه

عنوان: گزارش پژوهش؛ درآمدی بر طراحی مدل اجرایی پزشکی خانواده در ایران

سرپرست علمی: دکتر کامران باقری لنکرانی

پدیدآورندگان: محمد آزادی احمدآبادی، فاطمه پازیار، عرفانه آوه، محمدرضا براتی آبگرمی،

مریم حسن‌پور، محمدمسعود صفاری، نگین کریمی دهکردی، امیرفرهنگ عباسی، حامد قرآنی،

احمد مهری، حمید ایزدبخش

(به اهتمام هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه السلام با حمایت بنیاد ملی نخبگان و

خانه اندیشه و روزان)

ویرایش علمی: سعید نجبا، الیاس هادیان

تاریخ انتشار: بهار ۱۴۰۲

کد گزارش: ۱۴۰۲۰۷۰۲

تهران، پل مدیریت، جنب کوچه شهید کاتبی، پلاک ۱۰، مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه السلام

rushd.ir | (شبکه‌های اجتماعی) @salamat_rushd

۰۲۱-۸۸۵۶۱۵۸۷

پیش‌گفتار

امروزه نظام‌های سلامت با چالش پویایی محیط و ضرورت بهبود رویکردها و روش‌های سنتی ارائه خدمات سلامت مواجه‌اند. جابجا شدن سطح توقعات بیماران و کارکنان حوزه سلامت، افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر، بودجه ناکافی نسبت به هزینه‌ها و تأکید بیشتر بر کیفیت الگوهای درمانی از جمله عوامل مؤثر بر این روند بوده که منجر به توسعه الگوهای جدیدی از ارائه خدمت (مدل مراقبت) با هدف بهبود تجربه دریافت‌کنندگان خدمات و افزایش سطح سلامتی شده‌است. در پژوهش حاضر مدل «پزشکی خانواده» به عنوان یکی از مدل‌های مراقبت مطرح در جهان، موضوع بررسی بوده‌است. تجربه‌های موجود کشور پیرامون پزشکی خانواده و تحلیل ابعاد آن در قالب پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که استقرار این مدل در کشور تاکنون دستاورد قابل توجهی در پی نداشته‌است. این مهم برخی کارشناسان را بر این نتیجه متفق می‌سازد که علت اصلی این ناکامی‌ها، ضعف در مدل اجرایی پزشکی خانواده است. مبتنی بر این پیش‌فرض، در فازهای مختلف این پژوهش از رهاوردهای جدید و متمایز «علم اجرا» استفاده شده که از جمله آن‌ها می‌توان به آسیب‌شناسی پایلوت‌های پزشکی خانواده از منظر اجرا و یا پویایی‌شناسی عوامل و متغیرهای مؤثر بر اجرای پزشکی خانواده اشاره کرد. امید می‌رود که این پژوهش در برهه کنونی و در آستانه پیاده‌سازی نسخه ۰۳ پزشکی خانواده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دولت سیزدهم موسوم به «طرح سلامت خانواده»، با ارائه رویکردی کل‌نگر نسبت به اجرای مدل پزشکی خانواده به تبیین بهتر متغیرهای مؤثر، روابط بین آن‌ها و نهایتاً شناسایی نقاط قابل بهبود جهت مداخله کمک نماید.

فهرست اجمالی

۱۵ کلیات پژوهش
۲۹ فاز اول: فراترکیب ادبیات طراحی مدل پزشکی خانواده
۹۹ فاز دوم: اجرا پژوهی پایلوت‌های پزشکی خانواده ایران
۱۴۵ فاز سوم: تحلیل پویایی‌های مدل اجرایی پزشکی خانواده
۱۷۱ نتیجه‌گیری و پیشنهادها
۱۸۷ منابع و پیوست‌ها

فهرست تفصیلی

۱۵	کلیات پژوهش.....
۱۷	۱-۱. مقدمه.....
۱۷	۱-۲. بیان مسئله و ضرورت پژوهش.....
۲۰	۱-۳. پیشینه پزشکی خانواده.....
۲۲	۱-۴. فازبندی پژوهش.....
۲۴	۱-۵. اعضای تیم پژوهش.....
۲۵	۱-۶. تعریف عملیاتی واژگان.....
۲۷	۱-۷. تقدیر و سپاس.....
۲۹	فاز اول: فراترکیب ادبیات طراحی مدل پزشکی خانواده.....
۳۰	۲-۱. مقدمه.....
۳۰	۲-۲. روش‌شناسی فراترکیب.....
۳۱	۲-۲-۱. گام اول: تعریف سؤال‌های پژوهش.....
۳۲	۲-۲-۲. گام دوم: جست‌وجوی نظام‌مند منابع و مستندات.....
۳۵	۲-۲-۳. گام سوم: انتخاب مطالعات مرتبط.....
۳۵	۲-۲-۴. گام چهارم: استخراج کدهای حاصل از مستندات.....
۳۶	۲-۲-۵. گام پنجم: تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌های کیفی.....
۳۷	۲-۲-۶. گام ششم: کنترل کیفیت.....
۳۷	۲-۳. تجزیه و تحلیل یافته‌های کیفی.....
۳۸	۲-۳-۱. ارائه خدمت.....
۴۰	۲-۳-۱-۱. مدیریت سلامت جمعیت.....
۴۰	تعیین اولویت‌های بومی.....
۴۰	درگیرسازی جامعه.....
۴۳	فهرست‌بندی جمعیت.....
۴۴	خدمت‌رسانی فعال به جمعیت.....
۴۶	۲-۳-۱-۲. سازمان‌دهی و مدیریت زیرساخت‌ها.....
۴۶	سازمان‌دهی مراقبت تیمی.....
۴۸	توانایی رهبری و مدیریت زیرساخت‌ها.....
۴۸	استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی.....
۴۸	سنجش و مدیریت عملکرد.....
۴۸	۲-۳-۱-۳. دسترسی مراقبت‌های سلامت.....

۴-۱-۳-۲. تامین مراقبت‌های اولیه سلامت اثربخش.....	۴۹
در دسترس بودن ارائه‌کننده خدمت	۴۹
شایستگی ارائه‌کننده خدمت.....	۵۰
انگیزش ارائه‌کننده خدمت.....	۵۱
اعتماد متقابل ارائه‌کننده خدمت-بیمار	۵۲
ایمنی مراقبت.....	۵۳
۵-۱-۳-۲. مراقبت‌های اولیه سلامت باکیفیت.....	۵۳
سطح دسترسی اولین نقطه تماس	۵۳
هماهنگی و استمرار مراقبت.....	۵۴
مراقبت شخص-محور.....	۵۵
جامعیت مراقبت	۵۶
۲-۳-۲. آموزش پزشکی.....	۵۸
۲-۳-۲-۱. ادغام و پیاده‌سازی محتوای آموزش پزشکی.....	۵۸
۲-۳-۲-۲. طراحی سرفصل‌های آموزشی و الزامات آن.....	۶۰
تهیه محتواهای لازم جهت آموزش پزشکی خانواده.....	۶۱
تربیت هیئت‌علمی مناسب	۶۴
نحوه ارزشیابی دانشجویان پزشکی خانواده	۶۶
۳-۲-۳-۲. گسترش پژوهش و ارزیابی اولویت‌های پژوهشی در پزشکی خانواده.....	۶۸
۳-۳-۲. مدیریت منابع مالی.....	۷۰
۳-۳-۱. نظام پرداخت.....	۷۰
۳-۳-۲. قرارداد پزشکی خانواده.....	۷۴
۳-۳-۳. سازوکارهای کنترل هزینه.....	۷۵
۳-۳-۴. مدیریت منابع انسانی	۷۶
۴-۳-۱. تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری.....	۷۶
۴-۳-۲. مهارت‌های ارتباطی.....	۷۷
۴-۳-۳. پایداری و رضایت شغلی.....	۷۸
۴-۳-۴. وجهه شغلی و هویت سازمانی.....	۷۹
۴-۳-۵. ویژگی‌های شخصیتی.....	۸۰
۴-۳-۶. کمبود نیروی انسانی.....	۸۰
۴-۳-۷. فرسودگی شغلی.....	۸۳
۴-۳-۸. مراقبت‌های تیمی.....	۸۳

- ۹-۴-۳-۲. بازخورد و ارزیابی ۸۴
- ۱۰-۴-۳-۲. حفظ شایستگی و صلاحیت شغلی ۸۵
- ۵-۳-۲. مدیریت دانش و اطلاعات ۸۶
- ۱-۵-۳-۲. نقش نیازسنجی در مدیریت دانش و اطلاعات ۸۶
- نیازها و اولویت‌های سیاست‌گذاران و مدیران ۸۶
- نیاز محیط ارائه خدمت و دریافت‌کنندگان خدمت ۸۷
- نیازهای پشتیبانی و حمایتی ۸۸
- نیازسنجی از منظر ابعاد قانونی ۸۸
- ۲-۵-۳-۲. اصلاح فرآیندهای موجود ۸۹
- شناخت وضع موجود؛ شناسایی نقاط قوت و ضعف ۸۹
- ۳-۵-۳-۲. همکاری درون‌بخشی و بین‌بخشی ۹۰
- جلب حمایت بخش خصوصی و سایر دستگاه‌های مرتبط ۹۰
- همکاری علمی با دانشگاه‌ها جهت تحقیق و توسعه ۹۰
- جلب حمایت رسانه‌ها جهت اطلاع‌رسانی صحیح و کافی به عموم جامعه ۹۱
- اتصال سامانه‌های داده به وزارت بهداشت ۹۱
- ایجاد سازوکار مناسب جهت همکاری بیشتر تیم سلامت ۹۱
- ۴-۵-۳-۲. بهره‌گیری از دانش و اطلاعات ۹۲
- استفاده جهت پایش مداوم سلامت افراد و سلامت خانوار ۹۲
- استفاده از داده‌ها جهت پیمایش در سطوح مختلف و تعیین وضعیت شاخص‌ها ۹۳
- گزارش‌دهی از سوی جمعیت هدف ۹۳
- استفاده از داده‌ها جهت طراحی مطالعات لازم ۹۴
- استفاده در جهت طراحی بهتر نظام مراقبت ۹۴
- ۵-۵-۳-۲. تأمین زیرساخت‌های لازم ۹۵
- آموزش، اطلاع‌رسانی و توانمندسازی ۹۵
- الزامات قانونی مدیریت دانش و اطلاعات ۹۵
- آمادگی تیم ارائه‌کننده خدمت برای پذیرش برنامه مدیریت دانش و اطلاعات ۹۶
- ۶-۵-۳-۲. پایش و ارزشیابی ۹۶
- تدوین ابزارهای روا و پایا جهت ارزشیابی کیفی ۹۶
- طراحی مطالعات جامع برای پایش و ارزشیابی ۹۷
- بهره‌گیری از تیم‌های ارزشیابی بیرونی ۹۷
- تدوین چارچوب هزینه- اثربخشی برای خدمات ۹۷

۹۹	فاز دوم: اجرا پژوهی پایلوت های پزشکی خانواده ایران
۳-۱-۱۰۱	مقدمه
۳-۲-۱۰۱	روش شناسی
۳-۲-۱-۱۰۱	روش گردآوری داده ها: مطالعه اسنادی، مصاحبه و گروه کانونی
۳-۲-۲-۱۰۳	روش تجزیه و تحلیل: تحلیل مضمون
۳-۳-۱۰۴	چارچوب تلفیقی اجرا پژوهی
۳-۴-۱۱۰	یافته های اجرا پژوهی
۳-۴-۱-۱۱۱	محیط بیرونی
۳-۴-۱-۱-۱۱۱	ارتباطات بین بخشی
۱۱۲	عدم توجه به فرابخشی بودن اجرای پزشکی خانواده
۱۱۳	نقش مبهم سازمان های بیمه گر از نظارت تا تولیت
۱۱۴	پوشش ناکافی بسته خدمات از سوی سازمان های بیمه گر
۳-۴-۱-۲-۱۱۴	تطبیق پذیری
۱۱۴	ضعف در تطبیق پذیری فرهنگی و بومی سازی پزشکی خانواده
۱۱۵	ضعف بسته خدمات در زمینه سلامت روانی، اجتماعی و معنوی
۳-۴-۱-۳-۱۱۵	فشار رقبا
۱۱۶	تعارض منافع در یکپارچه سازی بیمه های سلامت
۱۱۶	ضعف در همراهی پزشکان متخصص با پزشکی خانواده
۱۱۷	بی توجهی به نقش بخش غیردولتی در اجرای پزشکی خانواده
۳-۴-۲-۱۱۹	محیط درونی
۳-۴-۲-۱-۱۱۹	مشوق ها و جریمه ها
۱۱۹	ناکارآمدی مدل های قراردادی پزشکان خانواده
۱۱۹	عدم بهره مندی از مشوق ها و تسهیلات غیرمادی
۱۲۰	نظام پرداخت متعارض با اهداف پزشکی خانواده
۳-۴-۲-۲-۱۲۱	منابع در دسترس
۱۲۱	تأمین مالی ناکافی و ناپایدار پزشکی خانواده
۱۲۲	کمبود منابع انسانی توانمند و کارآمد برای اجرای پزشکی خانواده
۱۲۲	فقدان زیرساخت های فناوری جهت مستندسازی، کنترل هزینه و پایش
۱۲۳	عدم تأمین زیرساخت ها و منابع فیزیکی مورد نیاز
۳-۴-۲-۳-۱۲۳	ویژگی های ساختاری
۱۲۳	اجرای شتاب زده پزشکی خانواده و عدم بستر سازی

- ۱۲۴ ضعف در مدیریت تعارض منافع فردی و ساختاری در پزشکی خانواده
- ۱۲۶ عدم تناسب سازمان‌دهی طرح با ظرفیت ارائه‌کنندگان خدمت
- ۳-۴-۳ ۱۲۶ ذینفعان کلیدی
- ۳-۴-۳-۱ ۱۲۶ ادراک ذینفعان
- ۱۲۷ انگاره‌های ذهنی متعارض در خصوص پزشکی خانواده و نظام ارجاع
- ۱۲۸ عدم اعتقاد به خلق ارزش از طریق رویکرد سلامت‌محوری
- ۱۲۹ عدم ثبات در سیاست‌گذاری طرح پزشکی خانواده
- ۱۲۹ بی‌عدالتی و تبعیض در اجرای پزشکی خانواده و نظام ارجاع
- ۳-۴-۳-۲ ۱۳۰ تعهد سازمانی
- ۱۳۰ جایگاه اجتماعی نامناسب پزشکان عمومی و خانواده
- ۱۳۱ فقدان حمایت سیاسی از طرح پزشکی خانواده
- ۱۳۱ تعلق پایین واحدهای مجری دانشگاه‌های علوم پزشکی
- ۱۳۱ رضایت شغلی پایین تیم پزشکی خانواده
- ۳-۴-۳-۳ ۱۳۲ شایستگی شغلی
- ۱۳۲ ضعف در توانمندسازی و آموزش تیم پزشکی خانواده
- ۱۳۳ عدم کفایت شایستگی‌های حوزه انسانی، ارتباطی و اخلاقی
- ۳-۴-۴ ۱۳۳ فرآیند اجرا
- ۳-۴-۴-۱ ۱۳۳ آموزش و اطلاع‌رسانی
- ۱۳۴ ضعف در ارائه و آموزش بسته‌های خدمت در سطوح مختلف
- ۱۳۴ ضعف در آموزش همگانی در زمینه پزشکی خانواده و نظام ارجاع
- ۳-۴-۴-۲ ۱۳۵ بازخورد و ارزیابی
- ۱۳۵ عدم طراحی مدل ارزیابی هوشمند و کارآمد
- ۱۳۶ عدم مطالعه و استفاده از نتایج ارزیابی
- ۱۳۷ فقدان پایگاه اطلاعاتی برای نظارت و ارزیابی
- ۳-۴-۴-۳ ۱۳۷ جلب مشارکت
- ۱۳۷ عدم مشارکت نخبگان در سیاست‌گذاری پزشکی خانواده
- ۱۳۸ عدم هماهنگی میان سطوح مختلف نظام ارجاع و وزارت بهداشت
- ۱۳۸ فقدان بسیج عمومی مردم و سازمان‌های مردم‌نهاد
- ۳-۴-۴-۴ ۱۳۹ طراحی فرآیند اجرا
- ۱۴۰ فقدان جهت‌گیری ثابت در اجرای طرح پزشکی خانواده
- ۱۴۰ فقدان جامعیت در تدوین طرح پزشکی خانواده

۱۴۱	عدم ابتدای طرح پزشکی خانواده بر شواهد علمی و اسناد سیاستی مرتبط
۱۴۱	عدم اجرای کامل و صحیح طرح پزشکی خانواده فعلی
۱۴۲	۳-۴-۵. ویژگی های طرح
۱۴۲	۳-۴-۵-۱. پیچیدگی
۱۴۲	ابهام و کثرت در وظایف تیم پزشکی خانواده
۱۴۲	پیچیدگی همکاری میان رشته ای در طراحی و اجرا
۱۴۳	پیچیدگی در مدیریت و یکپارچه سازی اطلاعات سلامت
۱۴۵	فاز سوم: تحلیل پویایی های مدل اجرایی پزشکی خانواده
۱۴۶	۴-۱. مقدمه
۱۴۶	۴-۲. روش شناسی پویایی های سیستم
۱۴۶	۴-۲-۱. مراحل پویایی شناسی سیستم
۱۴۸	۴-۲-۲. اجزای مدل پویایی شناسی سیستم
۱۵۰	۴-۲-۳. روش های گردآوری داده ها
۱۵۱	۴-۳. پدیده پویای مورد مطالعه و هدف مدل سازی
۱۵۳	۴-۴. تجزیه و تحلیل داده های مدل سازی
۱۵۴	۴-۴-۱. بعد ارائه خدمت پزشکی خانواده
۱۵۸	۴-۴-۲. بعد آموزش پزشکی خانواده
۱۶۱	۴-۴-۳. بعد مدیریت منابع مالی پزشکی خانواده
۱۶۴	۴-۴-۴. بعد مدیریت منابع انسانی پزشکی خانواده
۱۶۶	۴-۴-۵. بعد مدیریت دانش و اطلاعات پزشکی خانواده
۱۷۰	۴-۵. مدل تجمیعی اجرای پزشکی خانواده
۱۷۱	نتیجه گیری و پیشنهادها
۱۷۲	۵-۱. مقدمه
۱۷۵	۵-۲. راهکارهای پیشنهادی
۱۸۵	۵-۳. پیشنهاد های پژوهشی
۱۸۷	منابع و پیوست ها
۱۸۷	منابع
۲۰۳	پیوست ۱ - پروتکل مصاحبه های نیمه ساختار یافته فاز اجرا پژوهی
۲۰۷	پیوست ۲- فهرست متغیرهای مورد استفاده در فاز پویایی شناسی
۲۱۰	پیوست ۳- فهرست حلقه های علی به تفکیک ابعاد در فاز پویایی شناسی

فهرست شکل‌ها

- شکل ۱. نمونه‌هایی از مدل مراقبت، سازمان توسعه‌دهنده و ایده محوری (محقق ساخته)..... ۱۸
- شکل ۲. فرایند توسعه مدل مراقبت و جایگاه «مدل اجرایی» (با اقتباس از ACI, 2013)..... ۲۰
- شکل ۳. فازهای اصلی پژوهش ۲۲
- شکل ۴. ارتباط فازهای مختلف با یکدیگر ۲۳
- شکل ۵. مراحل روش فراترکیب (Sandelowski & Barroso, 2007)..... ۳۱
- شکل ۶. ابر واژگان پرتکرار در عناوین اسناد منتخب ۳۶
- شکل ۷. سطح‌بندی نظام ارائه خدمات سلامت (Yazdani & Akbarilakeh, 2017)..... ۳۸
- شکل ۸. چارچوب مفهومی ابتکار عمل مراقبت‌های اولیه سلامت (Bitton et al., 2019)..... ۳۹
- شکل ۹. مدل سه حلقه‌ای هاردن و همکاران ۶۲
- شکل ۱۰. چارچوب اجرا پژوهی منتخب در پژوهش حاضر براساس CFIR نسخه ۲۰۰۹ ۱۰۵
- شکل ۱۱. فراوانی مسائل پایلوت‌های پزشکی خانواده (کدهای پایه) در فاز اجرا پژوهی ۱۱۱
- شکل ۱۲. متغیرهای مشترک بین مدل‌سازی ابعاد مختلف ۱۶۹
- شکل ۱۳. کلان مسئله‌های اجرای پزشکی خانواده در ایران ۱۷۳

فهرست جدول‌ها

- جدول ۱. مشخصات اعضای تیم پژوهش ۲۴
- جدول ۲. تعیین چارچوب پژوهش (محقق ساخته) ۳۱
- جدول ۳. فهرست پایگاه‌های اطلاعاتی منتخب خارجی برای جستجو موضوع پژوهش ۳۲
- جدول ۴. نتایج جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی (محقق ساخته) ۳۴
- جدول ۵. ابعاد GENOGRAM جهت مشارکت ارائه‌کننده-بیمار ۴۲
- جدول ۶. سوابق خبرگان مصاحبه‌شونده در فاز اجرا پژوهی ۱۰۲
- جدول ۷. پنل‌های پیش‌بینی شده در فاز اجرا پژوهی ۱۰۳
- جدول ۸. تعریف مؤلفه‌های چارچوب اجرا پژوهی منتخب ۱۰۷
- جدول ۹. مضامین پایه مؤلفه ارتباطات بین‌بخشی ۱۱۲
- جدول ۱۰. مضامین پایه مؤلفه تطبیق‌پذیری ۱۱۴
- جدول ۱۱. مضامین پایه مؤلفه فشار رقبا ۱۱۵

جدول ۱۲. مضامین پایه مؤلفه مشوق‌ها و جریمه‌ها	۱۱۹
جدول ۱۳. مضامین پایه مؤلفه منابع در دسترس	۱۲۱
جدول ۱۴. مضامین پایه مؤلفه ویژگی‌های ساختاری	۱۲۳
جدول ۱۵. مضامین پایه مؤلفه ادراک ذینفعان	۱۲۶
جدول ۱۶. مضامین پایه مؤلفه تعهد سازمانی	۱۳۰
جدول ۱۷. مضامین پایه مؤلفه شایستگی شغلی	۱۳۲
جدول ۱۸. مضامین پایه مؤلفه آموزش و اطلاع‌رسانی	۱۳۴
جدول ۱۹. مضامین پایه مؤلفه بازخورد و ارزیابی	۱۳۵
جدول ۲۰. مضامین پایه مؤلفه جلب مشارکت	۱۳۷
جدول ۲۱. مضامین پایه مؤلفه طراحی فرایند اجرایی	۱۳۹
جدول ۲۲. مضامین پایه مؤلفه پیچیدگی	۱۴۲
جدول ۲۳. مراحل روش‌شناسی پویایی‌های سیستم (Sterman, 2000)	۱۴۷
جدول ۲۴. کلان مسائل اجرای پزشکی خانواده در ایران (یافته‌های پژوهش)	۱۷۴
جدول ۲۵. راهکارهای پیشنهادی بر اساس کلان-مسئله‌های اجرای پزشکی خانواده	۱۷۷

فهرست نمودارها

نمودار ۱. فرایند تأیید مدارک با روش فراترکیب (محقق ساخته)	۳۵
نمودار ۲. توزیع اسناد منتخب برحسب سال (یافته‌های پژوهش)	۳۶
نمودار ۳. توزیع کدهای شناسایی شده در فاز اجرا پژوهی برحسب ابزار گردآوری داده‌ها	۱۱۱
نمودار ۴. نمونه حلقه‌های تقویتی و تعادلی در مدل پزشکی خانواده	۱۵۰
نمودار ۵. توزیع متغیرهای اولیه برحسب ابعاد مدل اجرایی پزشکی خانواده	۱۵۴
نمودار ۶. حلقه‌های علی بعد ارائه خدمت پزشکی خانواده (یافته‌های پژوهش)	۱۵۶
نمودار ۷. حلقه‌های علی بعد آموزش پزشکی خانواده (یافته‌های پژوهش)	۱۵۹
نمودار ۸. حلقه‌های علی بعد مدیریت منابع مالی پزشکی خانواده (یافته‌های پژوهش)	۱۶۳
نمودار ۹. حلقه‌های علی بعد مدیریت منابع انسانی پزشکی خانواده (یافته‌های پژوهش)	۱۶۵
نمودار ۱۰. حلقه‌های علی بعد مدیریت دانش و اطلاعات پزشکی خانواده (یافته‌های پژوهش)	۱۶۸
نمودار ۱۱. محورهای راهکارهای پیشنهادی براساس کلان-مسئله‌های اجرای پزشکی خانواده	۱۷۶

عنوان مختصر	عنوان کامل
وزارت بهداشت	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران
وزارت اقتصاد	وزارت امور اقتصادی و دارایی جمهوری اسلامی ایران
وزارت علوم	وزارت علوم، تحقیقات و فناوری جمهوری اسلامی ایران
وزارت رفاه	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی جمهوری اسلامی ایران
وزارت کشور	وزارت کشور جمهوری اسلامی ایران
دولت سیزدهم	دولت سیزدهم جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰-۱۴۰۴)
سازمان برنامه	سازمان برنامه و بودجه ایران
هلال احمر	جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران
صداوسیما	سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران
تیم پزشکی خانواده	تیم سلامت در طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری
نسخه ۰۳	پیش نویس شیوه نامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری (نسخه ۰۳)

۱

کلیات پژوهش

۱-۱. مقدمه

در این بخش به بیان مسئله و ضرورت انجام پژوهش، پیشینه پژوهش، هدف و فازهای کلی و تعریف عملیاتی واژگان پرداخته خواهد شد.

۱-۲. بیان مسئله و ضرورت پژوهش

امروزه نظام‌های سلامت با چالش دائمی تغییر و بهبود روش‌های سنتی ارائه خدمات سلامت روبرو هستند. تغییر انتظارات بیماران و کارکنان حوزه سلامت، افزایش بار بیماری‌های مزمن و تأکید بیشتر بر روی کیفیت الگوهای درمانی از جمله عوامل مؤثر بر این روند بوده که منجر به جستجوی مدل‌های جدیدی از ارائه خدمت با هدف ارتقای کیفیت، بهبود تجربه بیمار و افزایش سطح سلامتی شده است.

«مدل مراقبت»^۱ یک طرح غالب برای ارائه نوع خاصی از خدمات سلامت است که بر اساس یک مبنای نظری و استانداردهای تعریف شده شکل می‌گیرد. این مدل شامل عناصر محوری و اصول مشخصی بوده و چارچوبی برای پیاده‌سازی و ارزیابی‌های پسینی مراقبت فراهم می‌کند. به بیان دیگر، مدل مراقبت به معنای شیوه‌های ارائه خدمات سلامت است و معادل مدل ارائه خدمت^۲ در نظام سلامت محسوب می‌شود.^۳ به‌طور کلی هر مدل ارائه خدمت شامل مؤلفه‌های کلیدی زمینه (اعم از زمینه نظری یا تئوری‌های مبنایی و شرایط فیزیکی ارائه خدمت)، نقش‌های ذینفعان اعم از پزشک، پرستار، بیمار و...، پردازش و فرآیندهای اصلی، و خروجی‌ها و پیامدهای مورد انتظار است.

1 Model of Care

2 Service Provision Model/ Model of Service Delivery

^۳ تفاوت‌هایی جزئی در برخی از منابع نسبت به دو اصطلاح مدل ارائه خدمت و مدل مراقبت برشمرده شده از جمله اینکه مدل مراقبت یک چارچوب کلی برای ارائه مراقبت‌های سلامت فراهم می‌کند و اعم از مدل ارائه خدمت به معنای نحوه سازماندهی و خاص خدمات در آن چارچوب است؛ یا مدل مراقبت، جهت‌گیری و فلسفه مراقبت را مشخص می‌کند، در حالی که مدل ارائه خدمت به سازوکارهای عملی ارائه خدمات می‌پردازد. هرچند در برخی منابع نیز این دو اصطلاح بجای یکدیگر استفاده شده است.

در مدل‌های فعلی مراقبت‌های سلامت ایران، نقایص و مسائل بسیاری وجود دارد از جمله آنکه مدل‌های موجود، بسیار بیماری-محور و با غلبه پزشک طراحی شده، مشارکت بیمار و خانواده او در سیر مراقبت اندک است و مراقبت‌ها، بدون یکپارچگی و استمرار ارائه می‌شود. علاوه بر این‌ها عدم پاسخگویی نظام ارائه خدمت به بسیاری از نیازهای بیماران، اولویت درمان بر بهداشت و پیشگیری در سیاست‌ها و طرح‌های کلان نظام سلامت خصوصاً طرح تحول نظام سلامت و بی‌عدالتی در بهره‌مندی از خدمات سلامت و بروز تقاضای القایی در بخش‌های تشخیصی و درمانی، از جمله مسائلی است که «توسعه مدل‌های ارائه خدمت» در نظام سلامت ایران را به یک ضرورت تبدیل کرده است.



شکل ۱. نمونه‌هایی از مدل مراقبت، سازمان توسعه‌دهنده و ایده محوری (محقق ساخته)

به‌منظور طراحی و توسعه مدل‌های مراقبت، روش‌شناسی‌های مختلفی از سوی کشورها و سازمان‌ها ترویج شده است. اداره نوآوری‌های بالینی^۱ وابسته به دولت ایالتی نیوساوت‌ولز استرالیا یکی از این سازمان‌هاست که در زمینه توسعه روش‌شناسی‌هایی برای طراحی مدل‌های ارائه خدمت در نظام سلامت فعالیت می‌کند (ACI, 2013). با توجه به شکل ۲ به منظور توسعه یک

1 Agency for Clinical Innovation

مدل مراقبت لازم است بین سه مرحله مرتبط مدل نظری، مدل اجرایی و پیاده‌سازی تفکیک قائل شد.^۱

مدل نظری عبارت است از طراحی مفهومی اجزای یک مدل مراقبت (وضعیت مطلوب) مانند طراحی مفهومی ایده شبکه بهداشت و درمان که در پایلوت‌های مختلف مانند پایلوت چنقرانلو آذربایجان غربی، گوار شیراز، الشتر خرم‌آباد و سایر موارد صورت گرفت و نهایتاً با ارزیابی از میان طرح‌های مختلف مفهومی، در بازه زمانی سال‌های ۱۳۵۱ تا ۱۳۵۵ طرح چنقرانلو به عنوان مبنای طراحی شبکه بهداشت و درمان ایران انتخاب شد. پس از مدل نظری، مرحله طراحی مدل اجرایی است که بر طراحی قواعد و نهادهای مورد نیاز اجرای یک مدل نظری و فرایند حرکت از وضعیت موجود به مطلوب تأکید می‌شود. در مثال شبکه بهداشت و درمان، این مرحله توسط مرحوم دکتر پیله‌رودی و مرحوم دکتر شادپور پس از انقلاب اسلامی از سال ۱۳۵۸ با تدوین طرح‌های تفصیلی گسترش شبکه بهداشت و درمان^۲ عملیاتی شد.

در نهایت مرحله پیاده‌سازی و اجرا شامل تبیین سازوکارهای اجرایی جزئی و اجرای مدل در عمل می‌شود مانند تصویب تخصیص بودجه جهت گسترش شبکه بهداشت و درمان در سال ۱۳۶۳. با توجه به برخی از مشکلات پیش‌بینی‌نشده در اجرای هر طرح، پیشبرد این مرحله نیازمند نوآوری و خلاقیت است و ممکن است برخی از جزئیات طراحی اولیه تغییر یابند. از جمله این نوآوری‌ها در اجرای شبکه بهداشت و درمان، گسترش نقش و وظیفه آموزشگاه بهورزی به نظارت -علاوه بر آموزش- و همچنین توسعه شبکه بهداشت از سطح خانه‌های بهداشت و سپس سطوح بالاتر -برعکس مدل مفهومی طراحی شده که توسعه از سطوح بالا به پایین بود- می‌توان اشاره کرد.

۱ تفکیک دقیق بین این مراحل در حیطه نظر امکان‌پذیر است، وگرنه در مورد کاوی‌های عملی، مرز دقیق و مشخصی بین این مراحل وجود ندارد.

۲ برای توسعه شبکه در سطح هر شهرستان یک نقشه کلی (طرح تفصیلی) تهیه شده بود که شامل اطلاعات کلی جغرافیایی و جمعیت‌شناختی، توصیف دقیق خانه‌های بهداشتی که باید ساخته شوند، لیستی از تجهیزات موجود و مورد نیاز، لیست دقیق مراکز بهداشت روستایی (واحدهای موجود و مواردی که باید ساخته شوند)، مراکز بهداشت شهری موجود و مورد نیاز، و نیروی انسانی مورد نیاز در مرکز بهداشت شهرستان بوده است. به طور کلی مبتنی بر این طرح‌های توسعه، سرمایه لازم برای ساخت و تجهیز خانه‌های بهداشت و تخمین نیروی انسانی مورد نیاز صورت گرفته بود.



شکل ۲. فرایند توسعه مدل مراقبت و جایگاه «مدل اجرایی» (با اقتباس از ACI, 2013)

در پژوهش حاضر مدل «پزشکی خانواده»^۱ به عنوان یکی از مدل‌های مراقبت مطرح در جهان، موضوع بررسی بوده است. با وجود گذشت حدود دو دهه از اجرای پایلوت‌های پزشکی خانواده در ایران و انجام مطالعات مختلف در خصوص ابعاد نظری مدل پزشکی خانواده، اجرای آن تاکنون دستاورد قابل توجهی برای نظام سلامت و کشور به همراه نداشته که به عقیده بسیاری از خبرگان ناشی از ضعف در مدل اجرایی و مرحله پیاده‌سازی پزشکی خانواده بوده است.

۱-۳. پیشینه پزشکی خانواده

پیش‌نویس‌های آیین‌نامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع طی سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۳ در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی کشور تدوین شد. در سال ۱۳۸۴ مجلس شورای اسلامی تمامی اعتبارات درمان روستاییان را در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی قرار داد تا عملاً مقدمات تشکیل صندوق مالی واحدی برای اجرای برنامه‌های سلامت شکل گیرد. بدین ترتیب از مرداد ماه ۱۳۸۴ اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی با همکاری گام‌به‌گام وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی وقت آغاز شد. پس از گذشت نزدیک به سه سال از اجرای طرح پزشک خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر در کشور و براساس الزامات قانونی دولت موظف به گسترش این برنامه به شهرها شد.

تأمین منابع مالی برنامه از مهم‌ترین اقدامات اجرایی پیش رو بود که باید از طریق همکاری تمامی بیمه‌ها و در غیر این صورت از محل اعتبارات مستقیم دولت اجرایی می‌شد. پیرو تفاهم‌نامه‌ای که در تیرماه ۱۳۸۹ میان وزارت بهداشت و وزارت رفاه منعقد شد، در آبان ماه همان

سال تفاهم‌نامه‌ای برای اجرای طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده در سه استان منتخب میان وزارتخانه‌های مذکور منعقد شد. موضوع این تفاهم‌نامه که با توجه به مفاد بند ب ماده ۳۷ قانون بودجه سال ۱۳۸۸، ماده ۹۱ قانون برنامه پنج‌ساله چهارم و تأکید هیئت دولت و مجلس شورای اسلامی وقت مبنی بر اجرای هرچه سریع‌تر طرح پزشک خانواده تدوین گردید، اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در تمامی شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر در استان‌های چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان و خوزستان بود.

در ادامه رئیس‌جمهور وقت اعلام کرد که تا پایان سال ۱۳۹۲ باید برنامه در کل کشور جاری شود. به دنبال آن، شورای عالی سلامت در تاریخ ۱۳۹۱/۱/۲۶ اقدام به تصویب شیوه‌نامه اجرایی نسخه ۰۲ و مصوبات آتی آن در هیئت محترم وزیران نمود و از این طریق سعی کرد پشتیبان سیاستی اجرای برنامه را که سیاست‌گذاران ارشد کشور بر اجرای سریع آن تأکید داشتند، تأمین نماید.

پس از تصمیم هیأت محترم دولت مبنی بر اجرای برنامه طی دو سال از تاریخ ۲۶ فروردین ۱۳۹۱ و همچنین پیرو تصویب نسخه ۰۲ از تابستان سال ۱۳۹۱ اجرای برنامه بر اساس نسخه ۰۲ شیوه‌نامه اجرایی برنامه در استان فارس و از پاییز همان سال در استان مازندران آغاز شد و روند اجرا در این دو استان از سوی ستاد اجرایی کشوری برنامه مورد رصد قرار گرفت. الزامات قانونی زیر، دولت را به اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع موظف می‌کند:^۱

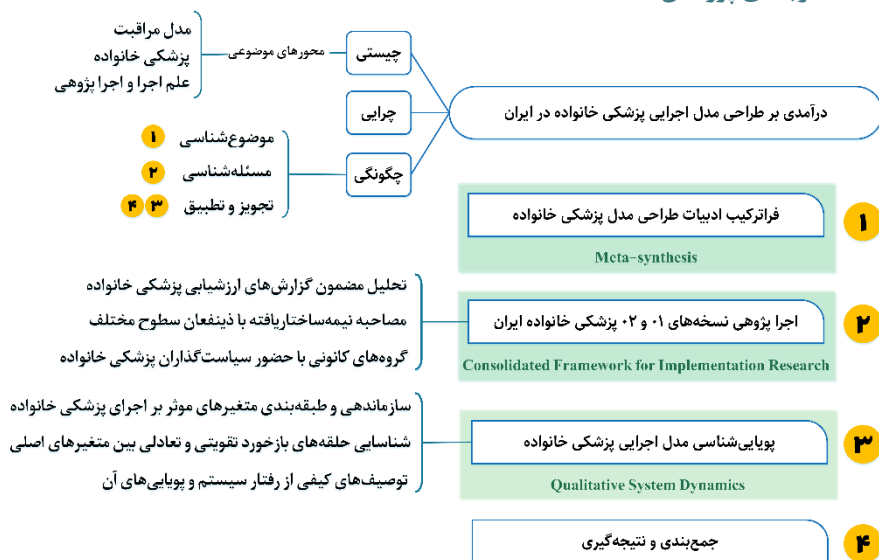
- بند ۸ سیاست‌های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت که بر افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر «نظام سطح‌بندی و ارجاع» تأکید شده است.
- بند ۳۷ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۳۸۸ که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را موظف به اجرای طرح پزشک خانواده در شهرهای زیر ۱۰۰ هزار نفر کشور کرده بود.
- ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع تأکید کرده بود.

۱ الزامات قانونی محدود به موارد مذکور نیست.



- بند «ج» ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تأکید شده بود سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت و با محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته از سوی وزارت بهداشت طراحی و اجرا شود.
- بند «الف» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تصریح شده که وزارت بهداشت با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی آمار ایران و سازمان ثبت احوال کشور با حفظ حریم خصوصی و منوط به اذن آن‌ها و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.

۴-۱. فازبندی پژوهش



شکل ۳. فازهای اصلی پژوهش

پژوهش حاضر مشتمل بر چهار فاز اصلی بوده که در هر یک از فازها، تقسیم کار مجزایی بین اعضای تیم صورت گرفته است. در فاز اول یا فراترکیب ادبیات طراحی مدل پزشکی خانواده به

این سؤال پاسخ داده شد که ادبیات موجود در سطح کشورهای مختلف‌های جهان و مدل‌های مشابه، چه دلالت‌هایی برای اجرای پزشکی خانواده در یک نظام سلامت دارد. در ادامه و در فاز دوم یا اجرا پژوهی پایلوت‌های پزشکی خانواده در کشور، پاسخ به این سؤال محوری دنبال شده که نسخه‌های ۰۱ و ۰۲ پزشکی خانواده در کشور، چه موانع و مسائلی از منظر علم اجرا و به‌طور خاص چارچوب تلفیقی اجرا پژوهی^۱ داشته‌اند. در فاز سوم یا شناسایی و تحلیل پویایی‌های مدل اجرایی پزشکی خانواده سؤالات محوری عبارت بوده‌اند از اینکه چه متغیرهایی بر اجرای پزشکی خانواده در کشور مؤثر هستند و روابط علی بین آن‌ها چیست، به علاوه رفتار سیستم در طول زمان چه پویایی‌هایی دارد. نهایتاً در فاز چهارم یا جمع‌بندی و نتیجه‌گیری، با توجه به حلقه‌های مطلوب و معیوب در اجرای پزشکی خانواده و کلان-مسئله‌های اجرای پزشکی خانواده، نقاط ممکن و اولویت‌دار برای مداخله و اصلاح شناسایی شده‌است. هدف از اجرای فازهای مختلف پژوهش، به ترتیب موضوع‌شناسی مدل مراقبت و پزشکی خانواده، مسئله‌شناسی پایلوت‌های پزشکی خانواده در کشور، تبیین مدل اجرایی اولیه پزشکی خانواده با تأکید بر متغیرهای مؤثر بر اجرا و نهایتاً شناسایی نقاط قابل بهبود جهت مداخله بوده‌است.



شکل ۴. ارتباط فازهای مختلف با یکدیگر

در این پژوهش براساس فازهای مختلف، از روش آمیخته استفاده شده‌است. داده‌های اولیه اعم از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و گروه کانونی و همچنین داده‌های ثانویه در فازهای مختلف استفاده شده که بر اساس روش‌های فراترکیب (در فاز ۱) و تحلیل مضمون قیاسی بر اساس CFIR (فاز ۲) تحلیل شده‌است. نهایتاً تجزیه و تحلیل داده‌های فازهای ۱ و ۲ به عنوان داده‌های ورودی روش پویایی‌شناسی سیستم‌ها (فاز ۳) استفاده شده‌است (شکل ۴).

1 Consolidated Framework For Implementation Reseresh (CFIR)



۵-۱. اعضای تیم پژوهش

این پژوهش با راهبری هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه السلام و حمایت بنیاد ملی نخبگان - دوره ششم طرح شهید احمدی روشن - و خانه اندیشه‌ورزان انجام شده است. در جدول زیر، مشخصات اعضای اصلی پژوهش درج شده است.

جدول ۱. مشخصات اعضای تیم پژوهش

ر.ن	نام و نام خانوادگی	مقطع	دانشگاه	رشته
۱	محمد آزادی احمدآبادی	دانشجوی دکتری تخصصی	امام صادق <small>علیه السلام</small>	خط‌مشی‌گذاری عمومی
۲	عرفانه آوه	دانشجوی دکتری حرفه‌ای	علوم پزشکی شهید بهشتی	پزشکی عمومی
۳	محمد رضا براتی آبگرمی	دانشجوی دکتری تخصصی	شهید بهشتی	بیم‌سنجی
۴	فاطمه پازیار	دانشجوی دکتری حرفه‌ای	علوم پزشکی شهید بهشتی	پزشکی عمومی
۵	مریم حسن‌پور	دانشجوی دکتری تخصصی	علوم پزشکی تهران	پرستاری
۶	محمد سعید صفاری	دانشجوی دکتری تخصصی	امام صادق <small>علیه السلام</small>	خط‌مشی‌گذاری عمومی
۷	امیر فرهنگ عباسی	دانشجوی دکتری حرفه‌ای	علوم پزشکی ایران	پزشکی عمومی
۸	حامد قرآنی	دانشجوی دکتری حرفه‌ای	علوم پزشکی شهید بهشتی	پزشکی عمومی
۹	نگین کریمی دهکردی	دانشجوی دکتری حرفه‌ای	علوم پزشکی ایران	پزشکی عمومی
۱۰	احمد مهري	دانشجوی دکتری تخصصی	علوم پزشکی شهید بهشتی	اپیدمیولوژی

۶-۱. تعریف عملیاتی واژگان

اصطلاح	تعریف
علم اجرا ^۱	علم اجرا را می‌توان به‌عنوان مطالعه علمی روش‌هایی برای ترویج و انتقال یافته‌های تحقیقاتی و سایر شیوه‌های مبتنی بر شواهد به فرآیندهای جاری، و در نتیجه بهبود کیفیت و اثربخشی خدمات سلامت تعریف کرد (Bauer, Damschroder, Hagedorn, Smith, & Kilbourne, 2015). کاربست علم اجرا محدود به نظام سلامت نبوده و در حوزه‌های مختلف به منظور رفع شکاف بین نظر و عمل در حال توسعه هست (Chambers, 2019).
اجراپژوهی ^۲	اجراپژوهی (تحقیقات اجرا) رویکردی میان‌رشته‌ای برای حل طیف گسترده‌ای از مسائل اجرا است. عوامل مؤثر بر اجرا، فرآیندهای اجرا و نتایج اجرا موضوعات مورد مطالعه آن به شمار می‌رود. همچنین به نحوه معرفی راه‌حل‌های بالقوه در یک نظام سلامت یا نحوه افزایش گستره و پایداری آن‌ها می‌پردازد. به طور کلی به این سوالات پاسخ می‌دهد که مداخلات چیست، چرا و چگونه در موقعیت‌های «دنیای واقعی» کار می‌کنند و چه روش‌هایی برای بهبود آن‌ها وجود دارد (D. H. Peters, Adam, Alonge, Agyepong, & Tran, 2013).
مدل مراقبت ^۳	مدل مراقبت طرحی فراگیر برای ارائه خدمات سلامت مشخصی است که بر اساس یک مبنای نظری و استانداردهای تعریف‌شده شکل می‌گیرد. این مدل شامل عناصر محوری و اصول مشخصی بوده و چارچوبی برای پیاده‌سازی و ارزیابی‌های پسینی مراقبت فراهم می‌کند (Davidson, Halcomb, Hickman, Phillips, & Graham, 2006). به بیان دیگر، مدل مراقبت به معنای شیوه‌های ارائه خدمات سلامت (ACI, 2013) یا همان مدل ارائه خدمت ^۴ است.

1 Implementation Science

2 Implementation Research

3 Model of care

4 Service Delivery Model



تعریف	اصطلاح
<p>مفهوم مسیر مراقبت یکی از مفاهیم حوزه مدیریت عملیات سلامت^۱ است که به عنوان تجزیه و تحلیل، طراحی، برنامه‌ریزی و کنترل تمام مراحل لازم برای ارائه خدمات به بیماران و دریافت‌کنندگان خدمت تعریف شده‌است. حوزه مدیریت عملیات سلامت به پنج سطح برنامه مراقبتی برای تک‌تک بیماران، برنامه‌ریزی مراقبت در مسیرهای مراقبتی (برنامه‌ریزی و کنترل گروهی بیماران)، برنامه‌ریزی ظرفیت متخصصان، تجهیزات و فضا (برنامه‌ریزی و کنترل منابع)، برنامه‌ریزی تعداد بیماران تحت درمان و فعالیت‌های مراقبتی مورد نیاز و خط‌مشی‌های بلندمدت مرکز ارائه‌کننده می‌پردازد (Schrijvers, van Hoorn, & Huiskes, 2012).</p>	<p>مسیر مراقبتی (مسیر بالینی)^۱</p>
<p>پزشکی خانواده به عنوان یکی از مدل‌های مراقبت مبتنی بر اصول مراقبت‌های اولیه سلامت (Orynbassarova, 2015) بر ارائه مراقبت‌های جامع به افراد و خانواده‌ها و ادغام علوم زیست‌پزشکی، رفتاری و اجتماعی تأکید دارد. یک پزشک خانواده، مراقبت‌های اولیه و مستمر را برای تمامی خانواده‌های جامعه خود با تمرکز بر مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی ارائه نموده و در صورت نیاز با سایر متخصصان پزشکی هماهنگی و همکاری می‌کند (WHO, 2003).</p>	<p>پزشکی خانواده^۳</p>
<p>مجموعه فرآیندهایی است که مسیر حرکت و ارتباط فرد را در سطوح مختلف، برای دریافت خدمات مورد نیاز به منظور تأمین جامعیت و تداوم خدمات سلامت تعیین می‌کند. این نظام از ارجاع بیمار با ذکر شرح حال بیماری و اقدامات تشخیصی درمانی انجام گرفته در سطح یک شروع شده و با انتقال اطلاعات لازم از نحوه ارائه خدمات و پیگیری بیمار از سطح ارجاع‌شده به ارجاع‌دهنده (بازخوراند ارجاع) پایان می‌یابد. اطلاعات بازخوراند باید شامل تشخیص، داروهای تجویز شده، خدمات پاراکلینیکی انجام‌شده و مورد نیاز، اقداماتی که احیاناً پزشک خانواده باید</p>	<p>نظام ارجاع^۴</p>

1 Care/clinical Pathway

2 Health Operations Management

3 Family Medicine

4 Referral System

اصطلاح	تعریف
	انجام دهد، نحوه پیگیری و تعیین تاریخ مراجعه مجدد بیمار باشد (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۴۰۱).

۷-۱. تقدیر و سپاس

پیشبرد این پژوهش بدون هدایت استاد گرانقدر، جناب آقای دکتر کامران باقری لنکرانی و همراهی سایر اساتید بزرگوار میسر نبوده است. در فرآیند گردآوری داده‌های پژوهش، تحلیل، نگارش و ویرایش این گزارش، صاحب‌نظران متعددی مساعدت نموده و گاهی در نوبت‌های متعددی، مشاوره‌ها و نکات خود را در اختیار اعضای تیم پژوهش قرار داده که بدین وسیله از زحمات آن‌ها قدردانی به عمل می‌آید. شایسته است به‌طور ویژه از آقایان دکتر حسین ملک‌افضلی، دکتر محمدجواد کبیر، دکتر محمدعلی محقق، دکتر سعید سالاریان‌زاده، دکتر منوچهر کرمی، دکتر سعید تأملی، دکتر عباس وثوق مقدم، دکتر شهرام غفاری، دکتر محمد جهانگیری، دکتر رحمت‌الله حافظی، دکتر امید براتی، دکتر کیومرث اشتریان و دکتر محمدرضا ذوالفقاریان نام برده شود که با سعه صدر، همراهی بیشتری در انجام این پژوهش داشتند.

۲

فرا ترکیب ادبیات طراحی مدل پزشکی خانواده

۱-۲. مقدمه

پزشکی خانواده به عنوان الگوی کارآمدی از ارائه خدمت در بسیاری از کشورها در راستای تقویت سلامت عمومی اجرایی شده است. پزشکان خانواده متناسب با همه‌گیرشناسی بیماری‌ها، مسائل جمعیت‌شناختی و منابع اجتماعی-اقتصادی جمعیت تحت پوشش خود، برای خدمت و پاسخگویی به نیازهای جوامع آموزش دیده‌اند. اگرچه هسته اصلی پزشکی خانواده شامل جمعیت، استمرار مراقبت، محدودسازی دسترسی عمومی^۱ از طریق نظام ارجاع و ارائه مراقبت‌های سلامت مبتنی بر جامعه است، اما پزشکان خانواده می‌توانند شیوه‌های تشخیص و درمان را با زمینه و نیازهای جمعیت تحت پوشش خود تطبیق دهند (Arya et al., 2017).

با وجود تولید شواهد و ادبیات گسترده در زمینه پزشکی خانواده، همچنان چالش‌هایی در خصوص اجرای پزشکی خانواده در کشورهای مختلف وجود دارد (Arantes, Shimizu, & Merchán-Hamann, 2016; Baird, Charles, Honeyman, Maguire, & Das, 2016; Kroezen, Rajan, & Richardson, 2023). با توجه به این چالش‌ها، فصل پیش رو به جنبه‌های مختلف مدل پزشکی خانواده در پنج بعد ارائه خدمت، آموزش پزشکی، مدیریت منابع مالی، مدیریت منابع انسانی و مدیریت دانش و اطلاعات با استفاده از فراترکیب اسناد و شواهد در دسترس می‌پردازد.

۲-۲. روش‌شناسی فراترکیب

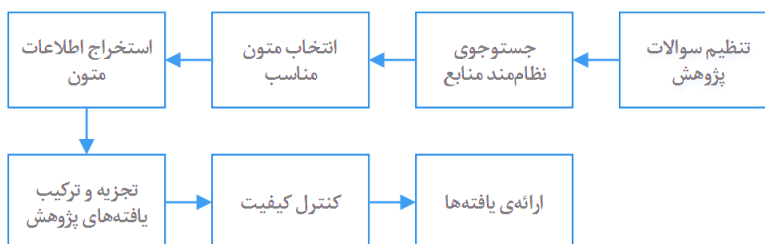
فراترکیب^۲ یک راهبرد پژوهشی است که در تحقیقات کیفی برای تجزیه و تحلیل نظام‌مند و ادغام یافته‌های مطالعات کیفی اولیه استفاده می‌شود. این راهبرد شامل ترکیب، تفسیر و نتیجه‌گیری از یافته‌های تک‌تک مطالعات کیفی برای ایجاد درکی کامل‌تر از یک پدیده خاص یا سؤال تحقیق است. فراترکیب با شناسایی الگوها، مضامین و روابط بین مطالعات فراتر از تجمیع یافته‌ها است (Sandelowski, Docherty, & Emden, 1997). فراترکیب به طور گسترده در رشته‌های

1 Gate-keeping

2 Meta-synthesis

مختلف، از جمله مراقبت‌های سلامت، علوم اجتماعی و آموزش، برای ایجاد بینش‌های جدید، تولید مبانی نظری برای عرصه عمل و طراحی سیاست‌ها استفاده شده‌است (Finfgeld-Connett, 2008).

این روش مستلزم آن است که پژوهشگر با بازنگری دقیق و عمیقی که انجام می‌دهد سعی در ایجاد شناختی جامع‌تر از پدیده‌ی مورد بررسی داشته باشد (Zimmer, 2006). هدف اصلی فراترکیب ارائه‌ی یافته‌هایی است که مفاهیم و بینش عمیق‌تری تولید کنند، زیرا پژوهش‌های متعدد و موردی به دلیل حرکت در چارچوب‌های ساختاری و رشته‌ای قادر به ارائه‌ی چنین بینشی نیستند. نظریه‌پردازان گام‌های متعددی را برای روش‌شناسی فراترکیب برشمرده‌اند. نوبلت و هیر در یک روش سه مرحله‌ای شامل انتخاب پژوهش‌ها، ترکیب پژوهش‌ها و ارائه‌ی ترکیب، مراحل فراترکیب را برشمرده‌اند (Noblit & Hare, 1988). روش دیگر را باروسو و ساندلوسکی در قالب هفت مرحله پیشنهاد کرده‌اند که در شکل زیر ارائه شده‌است (Sandelowski & Barroso, 2007).



شکل ۵. مراحل روش فراترکیب (Sandelowski & Barroso, 2007)

۱-۲-۲. گام اول: تعریف سؤال‌های پژوهش

این فاز از پژوهش به دنبال طراحی ابعاد مختلف مدل پزشکی خانواده براساس داده‌های ثانویه و شواهد در دسترس است که با در نظر گرفتن شاخص‌های مندرج در جدول زیر تنظیم شده‌است:

جدول ۲. تعیین چارچوب پژوهش (محقق ساخته)

شاخص	تبیین
چیستی پژوهش	استخراج دلالت‌های ادبیات موضوع در طراحی مدل پزشکی خانواده
جامعه مورد مطالعه	مقاله‌ها و گزارش‌ها به زبان فارسی و انگلیسی

محدودیت زمانی	آثار موجود بین سال‌های ۲۰۱۰ الی ۲۰۲۲ م. و ۱۳۹۰ الی ۱۴۰۱ ه.ش.
چگونگی	بررسی موضوعی اسناد، شناسایی و یادداشت‌برداری نکات کلیدی، تحلیل مفاهیم، طبقه‌بندی مفاهیم و مقوله‌های شناسایی شده

۲-۲-۲. گام دوم: جست‌وجوی نظام‌مند منابع و مستندات

- شناسایی واژگان کلیدی مرتبط با مدل پزشکی خانواده: به‌منظور شناسایی مقاله‌ها و گزارش‌ها در زمینه مدل پزشکی خانواده، ابتدا بر اساس مبانی نظری واژگان کلیدی انتخاب شده و بر اساس شیوه‌نامه در عنوان، چکیده و واژگان کلیدی پایگاه‌های اطلاعاتی جست‌وجو به عمل آمد. به‌منظور بهینه‌سازی نتایج جست‌وجو و افزایش دقت، از عملگرهای بولی استفاده شده است.^۱
- شناسایی و انتخاب پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر: در این گام پایگاه‌های داده، نشریه‌ها و موتورهای جست‌وجوی مختلفی بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۱ شناسایی و واژگان موردنظر در آن‌ها جست‌وجو شد. فهرست پایگاه‌های منتخب در جدول زیر قابل مشاهده است.

جدول ۳. فهرست پایگاه‌های اطلاعاتی منتخب خارجی برای جست‌وجو موضوع پژوهش

ردیف	پایگاه اطلاعاتی	نشانی اینترنتی
۱	پابمد	PubMed.ncbi.nlm.nih.gov
۲	اسکوپوس	Scopus.com
۳	پروکوئست	Proquest.com
۴	نورمگز	noormags.ir

۱ کلیدواژه‌های مورد استفاده در جست‌وجوی پایگاه‌های اطلاعاتی براساس سه شاخه پزشکی خانواده (family care) (family physician, family practitioner, family medicine, family doctor, practice, (...), مدل مراقبت (care model, care framework, care dimension, care foundation, service provision, service delivery, care program, (...), و طراحی و اجرا (develop, execute, fulfill, accomplish, perform, design, apply, implement,) یا کاهش یافته است. همچنین در منابع فارسی با توجه به ارتباط زیاد پزشکی خانواده و نظام ارجاع، شاخه واژگان مرتبط با نظام ارجاع نیز استفاده شده است.

معیارهای انتخاب مطالعات: هدف از شناسایی معیارها، مطالعه دقیق پژوهش‌ها در

فرا ترکیب است. عمدتاً دو دسته معیار برای انتخاب پژوهش‌ها معرفی می‌شود:

- الف) معیار شمولیت^۱ (پذیرش و انتخاب): هدف از معیار شمولیت آن است که پژوهشگر بداند با چه معیارهایی به مطالعه و بررسی پژوهش‌های فرا ترکیب بپردازد که عبارت است از: ۱- مقاله‌هایی که در مجلات معتبر بین‌المللی داوری و چاپ شده‌اند؛ ۲- مطالعاتی که حوزه تمرکز آن‌ها بر مدل پزشکی خانواده است؛ ۳- مطالعاتی که مشخصاً پاسخگوی سؤال‌های پژوهش باشند؛ ۴- مطالعاتی که مستخرج از پایان‌نامه‌ها بوده و در نشریات معتبر چاپ شده‌اند و ۵- گزارش‌ها و سایر مستندات سازمان‌های پیشرو در حوزه پزشکی خانواده که منتشر شده باشد.^۲
- ب) معیار استثنا^۳: لازم است که برخی از پژوهش‌ها از فرا ترکیب کنار گذاشته شوند که بر اساس معیار استثنا عبارت‌اند از: ۱- مستندات که با زبانی غیر از انگلیسی یا فارسی منتشر شده‌اند؛ ۲- مستندات که خارج از زمینه تخصصی موضوع پژوهش قرار دارند؛ ۳- مقالات داوری نشده، کتاب‌ها، رساله‌های کارشناسی ارشد و دکتری، آموزش‌های ویدئویی، ارائه‌ها، پنل‌های تخصصی، نظرات شخصی منتشر شده در حوزه موضوعی پژوهش و کرسی‌های نظریه‌پردازی.

نتایج جست‌وجو در پایگاه‌های اطلاعاتی: در نتیجه جست‌وجو و بررسی در پایگاه‌های

اطلاعاتی مورد نظر مجموعاً ۲۱۳۱ سند درباره مدل پزشکی خانواده با توجه به شاخص‌های مورد نظر یافت شد که با حذف مستندات تکراری و مشابه به ۱۷۹۵ مدرک تقلیل یافت. اسناد مورد مطالعه در نرم‌افزار مدیریت دانش و ساماندهی مآخذ Citavi-6 وارد و کلیدواژه‌های مرتبط با هر یک از مستندات شناسایی و دسته‌بندی شدند.

1 Inclusion Criteria

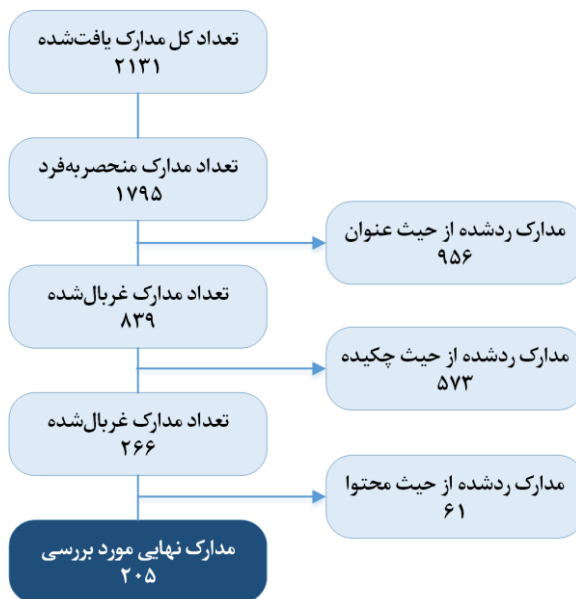
۲ ذکر این نکته ضروری است که گزارش‌های ارزشیابی فارسی منتشر شده از سوی مجریان پزشکی خانواده در ایران، در فاز دوم از پژوهش حاضر -اجراپژوهی پایلوت‌های پزشکی خانواده در ایران- به صورت معجزا مورد جست‌وجو و ارزیابی قرار گرفته است.

3 Exclusion Criteria

جدول ۴. نتایج جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی (محقق ساخته)

نتایج	استراتژی جستجو	پایگاه
۵۵۴	#1: ("family practice"[mh] OR "physicians, family"[mh] OR family practice[tiab] OR family medicine[tiab] OR family physician[tiab] OR family practitioner[tiab] OR family doctor[tiab]) #2: (model[tiab] OR framework [tiab] OR dimension[tiab] OR foundation[tiab]) #3: (implement[tiab] OR apply[tiab] OR perform[tiab] OR accomplish[tiab] OR fulfill[tiab] OR execute[tiab] OR develop[tiab] OR establish[tiab] OR generate[tiab] OR emerge[tiab] OR design[tiab]) #1 AND #2 AND #3	PubMed
۱۴۶۹	#1: TITLE-ABS-KEY("family practice" OR "family doctor" OR "physicians, family" OR "family practice" OR "family medicine" OR "family physician" OR "family practitioner") #2: TITLE-ABS-KEY("model" OR "framework" OR "dimension" OR "foundation") #3: TITLE-ABS-KEY("implement*" OR "apply" OR "perform" OR "accomplish" OR "fulfill" OR "execute" OR "develop" OR "establish" OR "generate" OR "emerge" OR "design") #1 AND #2 AND #3	Scopus
۷۵	(model OR design OR pattern OR prototype OR framework OR dimensions OR system OR form OR implement* OR perform* OR accomplish* OR fulfill* OR execute OR plan OR project* OR scheme) AND ("family physician" OR "people physician" OR "household physician" OR "ilk physician" OR "family doctor" OR "people doctor" OR "household doctor" OR "ilk doctor" OR "family specialist" OR "people specialist" OR "household specialist" OR "ilk specialist" OR "family MD" OR "people MD" OR "household MD" OR "ilk MD" OR "family medic*" OR "people medic*" OR "household medic*" OR "ilk medic*" OR "family general practitioner" OR "people general practitioner" OR "household general practitioner" OR "ilk general practitioner" OR "family medical practitioner" OR "people medical practitioner" OR "household medical practitioner" OR "ilk medical practitioner" OR "family intern" OR "people intern" OR "household intern" OR "ilk intern" OR "family clinician" OR "people clinician" OR "household clinician" OR "ilk clinician")	Proquest
۳۳	عنوان/چکیده/کلیدواژه‌ها: (برنامه یا مدل یا طرح یا چارچوب یا طراحی یا اجرا یا پیاده‌سازی یا ارزیابی یا ارزشیابی یا رصد یا عملکرد) و ("پزشک خانواده" یا "پزشکی خانواده" یا "پزشک عمومی" یا "نظام ارجاع" یا "سطح‌بندی خدمات" یا ارجاع)	Noormags
۲۱۳۱	مجموع	

۳-۲-۲. گام سوم: انتخاب مطالعات مرتبط



نمودار ۱. فرایند تأیید مدارک با روش فراترکیب (محقق ساخته)

در این مرحله، پژوهشگران در هر مرحله‌ی بازبینی اعم از بررسی عنوان، چکیده و محتوا تعدادی از مطالعات را حذف نموده که این مطالعات در فرایند فراترکیب بررسی نشده‌اند. در پژوهش حاضر پس از بررسی عناوین مدارک، تعداد ۸۳۹ عنوان مرتبط با موضوع پژوهش انتخاب شد. در مرحله بعدی غربالگری، چکیده مدارک مورد بررسی قرار گرفت و ۲۶۶ مدرک انتخاب شد. پس از مطالعه‌ی کامل محتوای مقالات و گزارش‌ها، نهایتاً ۲۰۵ سند به عنوان اسناد مرتبط با پژوهش حاضر برای استخراج اطلاعات انتخاب شدند (نمودار ۱).

۴-۲-۲. گام چهارم: استخراج کدهای حاصل از مستندات

در همه مراحل فراترکیب، پژوهشگر به‌طور پیوسته مطالعات منتخب و نهایی را به‌منظور دستیابی به یافته‌های محتوایی آن‌ها، چند بار مرور می‌کند. اطلاعات اسناد را می‌توان به این صورت دسته‌بندی کرد: ثبت مرجع مربوط به هر مطالعه (نام و نام خانوادگی نویسنده، سال انتشار سند، متغیرهای مهمی که هر مقاله به آن‌ها اشاره نموده)، یادداشت اطلاعات روش‌شناختی مانند

۲-۲-۶. گام ششم: کنترل کیفیت

در روش فراترکیب، پژوهشگر رویه‌های زیر را برای حفظ و کنترل کیفیت مطالعه خود در نظر می‌گیرد:

- در کل فرایند پژوهش، پژوهشگر می‌کوشد با فراهم کردن توضیحات روشن و دقیق برای گزینه‌های موجود در پژوهش، گام‌های مطرح‌شده را طی کند؛
- پژوهشگر هر دو روش جست‌وجوی هدفمند و دستی را به کار می‌گیرد تا پژوهش‌های مرتبط را شناسایی کند؛
- پژوهشگر روش‌های کنترل کیفیت استفاده‌شده در مطالعات اصلی را به کار می‌گیرد.

۲-۳. تجزیه و تحلیل یافته‌های کیفی

پیاده‌سازی طرح پزشکی خانواده در کشورهای گوناگون و موفقیت‌های حاصل از آن، حاکی از اثرگذاری این برنامه است. در ادامه به ذکر دو مثال از کشورهای کوبا و مالزی پرداخته می‌شود. کوبا در سال ۱۹۷۴ مدل پلی‌کلینیک جامع را شامل تخصص‌های زنان، اطفال و داخلی طراحی کرد که مراقبت‌های اولیه را ارائه می‌داد و کارکنان بهداشت عمومی، مددکار اجتماعی و خدمات آزمایشگاهی را نیز در تیم‌ها ادغام کرد. آموزش پزشکی کنونی شامل یک سال کارآموزی و به دنبال آن دو سال دوره تحصیلات تکمیلی در رشته پزشکی خانواده است که پس از آن می‌توان تخصص‌های دیگری را انتخاب کرد. این مدل ملی بکپارچه، با موفقیت چشمگیر خود در کاهش مرگ‌ومیر نوزادان و افزایش امید به زندگی، اکنون در سراسر آمریکای لاتین ترویج می‌شود. علاوه بر این، کوبا از ظرفیت آموزش دانشجویان خارجی در دانشکده پزشکی آمریکای لاتین برای درمان جمعیت‌های محروم بهره برده است (Arya et al., 2017).

همچنین مالزی با هدف دستیابی به پوشش سلامت همگانی به دنبال تقویت بیشتر سیستم سلامت خود از طریق مراقبت‌های اولیه سلامت، به ویژه مفهوم پزشکی خانواده است. برنامه مراقبت‌های اولیه سلامت ارتقا یافته^۱ برای رسیدگی به روند افزایشی نگران‌کننده شیوع بیماری‌های غیرواگیر اجرا شد. اتخاذ رویکرد تیمی به جای رویکرد پزشک-محور در ارائه خدمات و استفاده از متخصصان رشته‌های مختلف جهت ارائه جامع‌ترین خدمت، تداوم

1 Enhanced Primary Health Care (ENPHC)

ارتباطی، سیستم منطقه‌بندی جمعیت، پیگیری مداوم و نهایتاً با کمک همه این موارد، ایجاد احساس مسئولیت در افراد برای حفظ سلامت خود، از موارد مهمی است که ارتقای کیفیت خدمات ارائه‌شده را پیرو برنامه تیم سلامت خانواده مورد تایید قرار می‌دهد (Mohd Hanafiah, Johari, & Azam, 2020).

در پایان این بخش توجه به این نکته لازم است که طرح پزشکی خانواده در اصل نوعی برنامه ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت است و پزشک خانواده نیز همراه با تیم خود و به عنوان عضوی از ارائه‌کنندگان خدمت در این سطح، خدمات اورژانسی و خدمات مراقبت اولیه مناسب را به جمعیت تحت پوشش خود ارائه می‌کند (Yazdani & Akbarilakeh, 2017). در ادامه یافته‌های حاصل از پژوهش در شش بعد ارائه خدمت، آموزش پزشکی، مدیریت منابع مالی، مدیریت منابع انسانی و مدیریت دانش و اطلاعات، دسته‌بندی و مورد بحث و بررسی قرار خواهد گرفت.

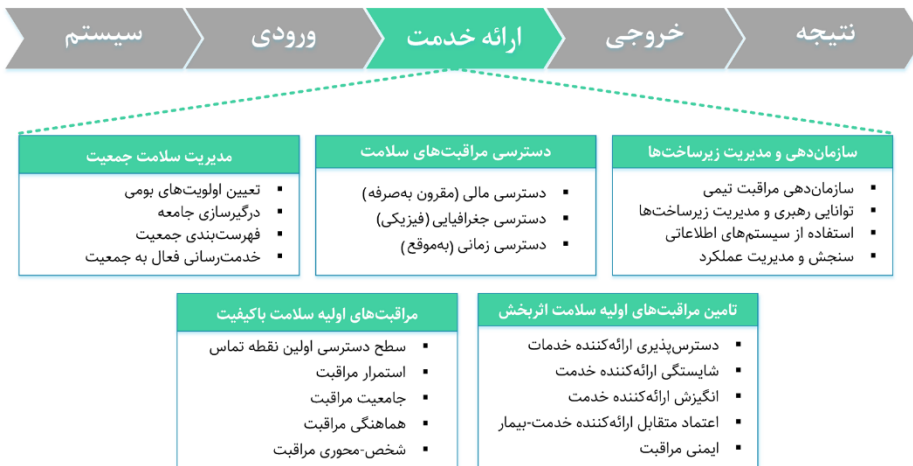


شکل ۷. سطح‌بندی نظام ارائه خدمات سلامت (YAZDANI & AKBARILAKEH, 2017)

۱-۳-۲. ارائه خدمت

بعد از شناخت جایگاه طرح پزشکی خانواده در هسته نظام مراقبت‌های اولیه سلامت، با بررسی ابعاد مختلف تأثیرگذار بر آن، نگاه جامعی جهت فهم چگونگی طراحی پزشکی خانواده و ملاحظات اجرایی آن تبیین می‌شود. در این راستا چارچوب ابتکار عمل مراقبت‌های اولیه

سلامت^۱ کمک شایانی در این راستا خواهد کرد. این چارچوب ساختاری شبیه به مدل منطقی^۲ ورودی، فرآیند، خروجی^۳ و نتیجه^۴ را داراست که روابط منطقی بین مؤلفه‌ها را نشان می‌دهد و علاوه بر موارد مزبور، مؤلفه «سیستم» قبل از مؤلفه ورودی‌ها گنجانده شده است تا اهمیت ساختار سیستم مراقبت‌های اولیه سلامت را -همان‌طور که در چارچوب اهرم‌های کنترل^۵ بر آن تأکید شده- خاطر نشان کند. هم‌چنین مؤلفه فرآیند با عنوان «ارائه خدمت» با زیرمؤلفه‌های شفاف دقیق شده است.



شکل ۸. چارچوب مفهومی ابتکار عمل مراقبت‌های اولیه سلامت (BITTON ET AL., 2019)

این چارچوب یک جهت‌گیری کلی از تأثیر را نشان می‌دهد، به طوری که مؤلفه سیستم بر مؤلفه ورودی‌ها تأثیر می‌گذارد که این مؤلفه نیز به نوبه خود بر ارائه خدمت اثرگذار است و در نهایت ارائه موفقیت‌آمیز خدمات به خروجی‌های مؤثر کمک می‌کند و نتایج مناسب حاصل می‌شود و اهداف نظام سلامت را در سطح مراقبت‌های اولیه سلامت برآورده می‌سازد. در ادامه

1 Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI)

2 Logic model

3 Output

4 Outcome

5 Control Knobs

شمای کلی چارچوب اشاره شده و با توجه به تمرکز بخش حاضر بر ارائه خدمت، این مؤلفه به تفصیل بررسی خواهد شد.

۱-۳-۲. مدیریت سلامت جمعیت

مدیریت سلامت جمعیت^۱ به رویکردی اطلاق می‌شود که بر شرایط و عوامل مرتبط با سلامت جمعیت‌ها در طول زندگی تمرکز کرده، تغییرات نظام‌مند در الگوهای وقوع آن‌ها را شناسایی می‌کند و دانش حاصل را برای طراحی و اجرای سیاست‌ها و اقداماتی که منجر به بهبود سلامت و به زیستی آن جمعیت می‌شود، به کار می‌بندد (Kindig & Stoddart, 2003). زیرمؤلفه‌های مدیریت سلامت جمعیت عبارت‌اند از:

تعیین اولویت‌های بومی

تعیین اولویت‌های بومی مستلزم ترجمه سیاست‌های ملی یا منطقه‌ای به برنامه‌های عملیاتی راهبردی محلی است که به بار بیماری و نیازها و ترجیحات جمعیت پاسخ می‌دهد.

درگیرسازی جامعه^۲

به فرآیند توسعه روابطی اشاره دارد که ذینفعان را قادر به همکاری با یکدیگر در جهت رسیدگی به مسائل مرتبط با سلامت و ارتقای به‌زیستی افراد و در نهایت دستیابی به تأثیرات و نتایج مثبت سلامت می‌سازد. برای فهم صحیح این تعریف توجه به این نکات حائز اهمیت است: (۱) ذینفعان شامل گروه‌های متعددی هستند که می‌توانند اعضای جامعه، بیماران، متخصصان سلامت، سیاست‌گذاران و سایر بخش‌ها را پوشش دهند، (۲) روابط مطلوب بر پایه احترام، اعتماد و احساس هدفمندی استوار است (WHO, 2017).

چهار رویکرد زیر در مورد نوع مشارکت جامعه وجود دارد که گسسته از یکدیگر و متضاد هم نیستند و می‌توان از ترکیبی از ویژگی‌های این رویکردها جهت ارتقای سلامت جامعه که هدف اصلی طرح پزشکی خانواده است، استفاده کرد:

1 Population Health Management

2 Community Engagement

۱. جهت دادن به جامعه^۱: جامعه برای رسیدگی به نگرانی‌های کوتاه‌مدت فوری با حمایت قوی خارجی، آگاه و بسیج می‌شود.
۲. مشورت و مشارکت با جامعه^۲: جامعه برای بهبود خدمات و برنامه‌های سلامت مورد مشورت قرار گرفته و با برخی حمایت‌های خارجی در برنامه‌های طرح‌ریزی شده مشارکت می‌کند.
۳. مدیریت جامعه^۳: همکاری با رهبران جامعه وجود دارد و تصمیم‌گیری‌ها و تنظیم اولویت‌ها از سوی خود مردم یا بدون حمایت خارجی انجام می‌شود.
۴. مالکیت جامعه^۴: جامعه سیستم‌هایی برای خودگردانی^۵ طراحی کرده و با ایجاد و تعیین اولویت‌ها، اجرای مداخلات و طراحی مکانیسم‌های پایدار برای ارتقای سلامت و با همکاری گروه‌های حمایتی خارجی کار را پیش می‌برد (WHO, 2020).

ارائه خدمات جامع توسط تیم پزشکی خانواده مستلزم توانمندسازی و همراه کردن جامعه است. توانمندسازی افراد جهت مدیریت سلامت خود از جمله مهم‌ترین گام‌هایی است که باید در راستای ارتقای سلامت افراد برداشته شود و تیم پزشکی خانواده در این امر نقش بسزایی دارد (Stephanie et al., 2015).

از طرفی خانواده به عنوان کوچک‌ترین نهاد اجتماعی می‌تواند در راستای حفظ سلامت اعضای خویش قدم‌های اساسی بردارد و تیم سلامت باید به این مهم توجه کرده و رویکردهایی جهت مشارکت خانواده‌ها در برنامه‌های سلامت اتخاذ کند. در این راستا جهت تبیین چگونگی مشارکت پزشکان با خانواده‌ها چارچوبی تحت عنوان «GENOGRAM» طراحی شده است که ابعاد آن به شرح جدول زیر است (Larasati et al., 2020).

1 Community-oriented

2 Community-based

3 Community-managed

4 Community-owned

5 Self-governance

جدول ۵. ابعاد GENOGRAM جهت مشارکت ارائه‌کننده-بیمار (LARASATI ET AL., 2020)

توضیح	بعد
<ul style="list-style-type: none"> ■ ارزیابی اطلاعات جمعیت‌شناختی هر یک از اعضای خانواده (نام، تاریخ تولد، شغل، مذهب، تحصیلات و غیره) ■ بررسی تاریخچه بیماری اعضای اصلی خانواده ■ تهیه ژنوگرام خانوادگی (شامل تاریخچه بیماری در سه نسل) ■ ارزیابی عملکرد خانواده^۲ در زمینه‌های جسمی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی 	نمایه خانواده ^۱
<ul style="list-style-type: none"> ■ شناسایی رفتارهای سالم و ناسالم در سبک زندگی اعضای خانواده ■ شناسایی خطرات احتمالی در محیط خانواده (فیزیکی، شیمیایی، زیست‌شناختی، روانی و ارگونومیک) 	محیط و سبک زندگی ^۳
<ul style="list-style-type: none"> ■ ارزیابی میزان حمایت خانواده از بیمار ■ شناسایی عضوی از خانواده که به عنوان مراقب عمل می‌کند^۵ ■ قدردانی از مراقب و گوش دادن به نظرات وی ■ تداوم ارزیابی خانواده بدین معنا که ارتباط پزشک و خانواده نباید محدود به زمان بروز بیماری در یکی از اعضا باشد، بلکه باید رابطه بلندمدتی بین خانواده و پزشک مورد نظر جهت مدیریت ابعاد مختلف سلامتی شکل گیرد ■ همکاری با اعضای خانواده برای حمایت خانواده از بیمار 	نقش خانواده ^۴

1 G → Genogram (Family Profile)

2 Family Functions

3 EN → Environment and Lifestyle

4 O → Role of Family

۵ ایجاد حمایت کافی از عضوی از خانواده که به عنوان مراقب اصلی (Caregiver) بیمار شناخته می‌شود، نکته حائز اهمیتی است که باید به آن توجه نمود. بدون طراحی برنامه‌ای جهت آموزش کافی به مراقبین بار فیزیکی، عاطفی، روانی و اجتماعی تحمیل شده به مراقب می‌تواند برای وی بسیار استرس‌زا باشد و به‌زیستی او را کاهش دهد. این امر خصوصاً در مراقبت از بیماران مسن‌تر با نیازهای مراقبتی پیچیده رخ می‌دهد. تیم سلامت موظف است به ارائه مداخلات هم‌زمان برای فرد بیمار و مراقب وی بپردازد و به مراقبین جهت مدیریت شرایط موجود و چگونگی مواجهه مؤثر با آن راهنمایی‌های لازم را بدهد و پیرو توانمندسازی مراقبین، سلامت آن‌ها را نیز تضمین کند (Nickell, Tracy, Bell, & Upshur, 2020).

بعد	توضیح
مراجعه به خانه بیمار ^۱	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ویزیت بیمار در منزل جهت مشاهده فضای فیزیکی و روانی خانه و ارزیابی وضعیت سلامت بیمار
ارتباطات ^۲	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ارائه اطلاعات پزشکی بیمار به خانواده وی ▪ توضیح پیش‌آگهی بیماری بیمار از جمله عوارض آن برای خانواده وی ▪ شرح برنامه درمانی بیمار برای خانواده وی
فعال‌سازی و توانمندسازی ^۳	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تشکیل جلسات خانوادگی برای حل مشکل سلامتی بیمار یا پیامدهای آن ▪ ارائه مشاوره به خانواده برای حل مشکلات سلامتی بیمار ▪ افزایش مهارت و دانش خانواده برای مدیریت مشکلات سلامتی ▪ ارزیابی توانایی مواجهه با شرایط نامساعد اعضای خانواده ▪ ارزیابی تأثیر بیماری بر سایر اعضای خانواده
پیشگیری چندسطحی ^۴	<ul style="list-style-type: none"> ▪ پیشگیری از بیماری‌ها از طریق مداخلات مناسب و طرح به‌زیستی خانواده^۵ شامل تغییر در سبک زندگی، عادات تغذیه‌ای، میزان فعالیت ورزشی و... ▪ شروع برنامه‌هایی توسط خانواده جهت رفع محدودیت‌های ناشی از بیماری و توان‌بخشی بیمار

فهرست‌بندی جمعیت

فهرست‌بندی^۶ یا تخصیص یکی از جنبه‌های ضروری ارائه مراقبت‌های اولیه است که سیستم‌ها را قادر می‌سازد تا با اتخاذ رویکرد فعال و پیشگیرانه از اقدامات واکنشی اجتناب کنند. فهرست‌بندی به شناسایی و انتصاب جمعیت‌ها به مراکز، تیم‌ها یا ارائه‌کنندگان خاص مراقبت‌های سلامتی اشاره دارد که مسئول نیازهای سلامت و ارائه مراقبت‌های مداوم و هماهنگ به آن جمعیت هستند. در این فعالیت افراد باید عوامل مختلف تأثیرگذار بر شکل‌گیری رابطه

1 G → Go to Patient's Home

2 R → Relay/Communication

3 A → Activating and Empowering

4 M → Multilevel Prevention

5 Family Wellness Plan

6 Empanelment

عمیق و بلندمدت میان آن‌ها و اعضا تیم را مدنظر قرار داد و طبقه‌بندی جمعیت صرفاً بر اساس محل سکونت می‌تواند مانع از رسیدن به اهداف مراقبت‌های اولیه سلامت شود (Mohd Hanafiah et al., 2020, Han, Ji, Martinez de Rituerto de Troya, Gaur, & Zejinilovic, 2018).

خدمت‌رسانی فعال به جمعیت^۱

این فعالیت شامل ایجاد دسترسی فعالانه از سمت نظام سلامت برای جوامع و به‌ویژه جمعیت‌های محروم یا به حاشیه رانده‌شده است تا خدمات لازم را مطابق با اولویت‌های محلی و بار بیماری ارائه دهند و افراد را جهت دریافت خدمات بیشتر به سیستم مراقبت‌های اولیه سلامت رهسپار کنند. نمونه‌هایی از این خدمات شامل واحدهای سلامت سیار، مراقبت در منزل، پزشکی از راه دور و پیگیری^۲ فعال بیماران مبتلا به بیماری مزمن است.

مجموعه عظیم و رو به فزونی از گزارش‌های همه‌گیرشناسی حاکی از این موضوع است که درآمد، ثروت، وضعیت شغلی، سطح تحصیلات، نژاد یا قومیت، و سایر ویژگی‌های فردی به شدت پیش‌بینی‌کننده این مسئله است که چه افرادی به طیف وسیعی از بیماری‌ها مبتلا می‌شوند و در اثر این بیماری‌ها جان خود را از دست می‌دهند. جوامع از نظر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت نابرابرتر می‌شوند و به نظر می‌رسد که این امر به طور علی به نابرابری‌های فزاینده سلامت منجر می‌شود. بنابراین از دیگر مواردی که باید در خدمت‌رسانی فعال جمعیت مورد توجه قرار گیرد، طراحی برنامه‌هایی جهت کاهش نابرابری‌های مذکور است.

تیم سلامت خانواده بیمارستان سنت مایکل تورنتو^۳ با تشکیل کمیته عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت تقریباً به ۴۵۰۰۰ بیمار در ۶ درمانگاه واقع در شهر داخلی تورنتو خدمات ارائه می‌دهد. بیش از ۷۵ پزشک و پرستار همراه با بیش از ۱۰۰ متخصص بهداشتی با هدف ارائه گستره کاملی از مراقبت‌های اولیه سلامت مشغول به کار هستند. پنج مداخله که در حال حاضر در این تیم در جریان هست، به قرار زیر است:

1 Proactive Population Outreach

2 Follow Up

3 St Michael's Family Health Team

۱. جمع‌آوری و تحلیل داده‌های جمعیت‌شناختی دقیق برای شناسایی نابرابری‌های سلامت

۲. راه‌اندازی خدمات ارتقای سلامت از طریق امنیت درآمدی^۱ با هدف کمک به اطمینان بیماران از کسب درآمد موردنیاز

توضیح آنکه تیم سلامت خانواده اکنون دارای دو نیروی تمام‌وقت فعال در این زمینه^۲ است که در تیم بالینی ادغام شده‌اند و ارجاع‌ها را بطور مستقیم از سایر ارائه‌کنندگان خدمت دریافت می‌کنند. همچنین از طریق ارزیابی‌های فردی و جلسات آموزشی گروهی، اهداف اختصاصی زیر دنبال می‌شود: افزایش درآمد (بهبود دانش در مورد مزایای دولت و کمک به برنامه‌ها)، کاهش هزینه‌ها (شناسایی خدمات و کالاهای رایگان) و بهبود سواد مالی (نحوه بهینه استفاده از درآمد، مدیریت بدهی)

۳. ایجاد مشارکت پزشکی-حقوقی^۳

با مشارکت ائتلافی از کلینیک‌های کمک‌های حقوقی^۴، یک مشارکت پزشکی-حقوقی به نام طرح عدالت سلامت ایجاد شد. یک وکیل به طور تمام‌وقت به بیماران تحت پوشش تیم سلامت خانواده خدمات حقوقی ارائه می‌دهد. طرح عدالت سلامت دارای ۳ هدف اصلی است: اول) ارائه مشاوره حقوقی در مورد تک‌تک مسائل و کمک به بیماران در مسیریابی در سیستم قضایی با تمرکز بر مداخله زودهنگام برای جلوگیری از بحران‌ها و پیامدهای بعدی سلامت؛ دوم) بهبود توانایی نظام سلامت در تشخیص و پاسخگویی به نگرانی‌های قانونی از طریق آموزش متخصصان بهداشت و طراحی ابزارها یا مداخلات محلی؛ سوم) شناسایی مسائل حقوقی سیستمی و مشارکت در حمایت و اصلاح قانون برای رسیدگی به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

۴. اجرای برنامه سوادآموزی کودکان در کلینیک‌ها

1 Income Security Health Promotion

2 Full-Time Income Security Health Promoters

3 Medical-legal Partnership

4 Coalition of Legal Aid Clinics

«بگیر و بخوان»^۱ یک برنامه سوادآموزی در دوران کودکی است که برای اولین بار در آمریکا توسعه یافت. این برنامه با ایجاد اتاق‌های سوادآموزی^۲، ارائه توصیه‌های مناسب در خصوص یادگیری در هر ویزیت و در اختیار قرار دادن کتاب به کودکان ۶ ماهه تا ۵ ساله و والدینشان، پیشرو در ارتقای سطح سواد کودکان است. تیم سلامت خانواده با حمایت کتابخانه عمومی تورنتو و بانک کتاب کودکان، توانست این برنامه را در تمام کلینیک‌های خود پیاده‌سازی کند.

۵. توسعه برنامه حمایتی - خدماتی جهت بهبود دسترسی به شغل مناسب

شواهد حاکی از آن است که شرایط کاری خطرآفرین رو به افزایش است و این نوع شرایط کاری آسیب‌های زیادی بر سلامت افراد، خانواده‌ها و جوامع وارد می‌کند. اعضای کمیته عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت نقش اصلی در شکل‌گیری همکاری بین ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در برابر فقر^۳ و مرکز جنبش کارگران^۴ ایفا کردند که این همکاری منجر به شکل‌گیری کار درخور و شبکه سلامت^۵ شد. این شبکه حمایتی بر گردآوری شواهدی در خصوص ارتباط بین کار پر خطر و سلامت و هم‌چنین تلاش برای بازنگری در قانون استخدام متمرکز دارد (Pinto & Bloch, 2017).

۲-۱-۳-۲. سازمان‌دهی و مدیریت زیرساخت‌ها

این مؤلفه به سازمان‌دهی مؤثر تجهیزات، استقرار نیروی انسانی در تیم‌های چندرشته‌ای، جمع‌آوری و استفاده معمول از سیستم‌های اطلاعاتی برای تعیین اهداف، نظارت بر پیشرفت، و اجرای طرح‌های بهبود کیفیت مداوم و توانایی مدیران برای نظارت، حمایت و اجرای فرآیندهای مذکور اشاره دارد. در ادامه به اجزای این مؤلفه پرداخته خواهد شد.

سازمان‌دهی مراقبت تیمی

مراقبت مبتنی بر تیم یک توزیع راهبردی کار بین اعضای تیم پزشکی خانواده است که در آن همه اعضا نقشی اساسی در ارائه مراقبت ایفا می‌کنند و مسئولیت‌ها در جهت مراقبت بهتر از بیمار متناسب با تخصص هر یک از اعضا تقسیم می‌شود. تقویت رویکرد مراقبت تیمی به فعالیت‌های

1 Reach Out and Read (ROAR)

2 Literacy-rich Waiting Rooms

3 Health Providers Against Poverty

4 Workers' Action Centre

5 Decent Work and Health Network

سازمانی از قبیل ایجاد خط‌مشی‌های تیمی و ایجاد کمیته یا گروه کاری بین حرفه‌ای، سازمان‌دهی نشست‌های تیمی و ایجاد پرونده الکترونیک پزشکی از یک‌سو و فعالیت‌های دانشی از قبیل برگزاری دوره‌های آموزشی یا همایش درباره نمونه‌های بین‌رشته‌ای نیازمند است. اتخاذ رویکرد تیمی به جای رویکرد پزشک‌محور علاوه بر صرفه‌جویی در هزینه‌ها منجر به کاهش ارجاعات غیرضروری به سطوح بالاتر خدمات می‌شود (Lacny et al., 2016; Moosa, Mash, Derese, & Peersman, 2014).

در سازمان‌دهی تیمی مراقبت، میزان همکاری اعضا با یکدیگر از اهمیت بسزایی برخوردار است. عواملی از قبیل تخصص همکار (همکاری بیشتر پزشکان خانواده با سایر متخصصان پزشک نسبت به همکاری با متخصصان بهداشت غیرپزشک^۱)، نوع بیماری افراد مراجعه‌کننده به مرکز ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت (همکاری بیشتر در مراکزی که نسبت بیشتری از بیماران آن‌ها مبتلا به بیماری‌های مزمن هستند) و همکاری مرکز با بیمارستان از جمله مواردی است که بر همکاری بین حرفه‌ای تیم سلامت اثرگذار است (Perreault, Pineault, Da Silva, Provost, & Feldman, 2017).

نکته حائز اهمیت دیگری که باید به آن اشاره کرد ساختار فیزیکی ارائه خدمت است. افراد تیم سلامت خانواده ممکن است در مکان‌های متفاوتی مشغول به فعالیت باشند که این جدایی جغرافیایی منجر به کمبود زمان و مکان مشترک می‌شود. توسعه تیم مستلزم ایجاد فضای تیمی برای برگزاری جلسات غیررسمی با هدف برقراری ارتباط و بحث و مذاکره مداوم در مورد نقش‌ها و مسئولیت‌ها است.

از طرفی تغییر رویکرد مراقبت به سمت تیم سلامت خانواده سبب ایجاد عدم قطعیت و تغییرات اساسی در نقش‌ها، مسئولیت‌های هر یک از اعضای تیم و حوزه خدمات ارائه‌شده به بیمار می‌شود و نیاز است با اصلاح چارچوب آموزشی اعضای تیم در دوران تحصیل، درباره نقش‌ها و مسئولیت‌های بازتعریف شده آگاهی و دانش لازم کسب شود. تعاملات بین‌رشته‌ای تمرکز فزاینده‌ای بر مراقبت بیمار-محور مشترک دارد که سبب می‌شود بیماران نیز با شکل خاص و جدیدی از ارائه خدمت مواجه شوند. از این‌رو علاوه بر آموزش تیم سلامت، نیاز است بیماران

نیز درباره این مدل جدید و فواید آن آموزش لازم را ببینند (Goldman, Meuser, Rogers, Lawrie, & Reeves, 2010).

توانایی رهبری و مدیریت زیرساخت‌ها

مدیریت تجهیزات از طریق دانش فنی، سازمان‌دهی مؤثر، مدیریت بودجه و استقرار منابع، توسعه پروژه و واکنش مناسب به چالش‌های جدید از ملزومات مدیریتی ارائه خدمت است. همچنین انگیزه‌بخشی به کارکنان، ایجاد محیط یادگیری سازنده و شکوفا کردن پتانسیل‌های افراد در محیط کاری از جمله مهارت‌های رهبری لازم در نقش سرپرست مرکز ارائه خدمت است (Boyatzis, 1982).

استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی

استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی شامل جمع‌آوری و گزارش معمول داده‌های بهداشت عمومی و امکانات و استفاده از داده‌ها برای تعیین اولویت، اهداف بالینی، طبقه‌بندی خطر، و اندازه‌گیری و مدیریت عملکرد، در تمام سطوح ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت است.

سنجش و مدیریت عملکرد

اندازه‌گیری و مدیریت عملکرد شامل نظارت حمایتی و مستمر بر کارکنان و همچنین ایجاد منظم اهداف عملکردی^۱، نظارت بر پیشرفت به سمت این اهداف و اجرای طرح‌های بهبود کیفیت برای رفع شکاف‌های شناسایی شده است.

۱-۳-۲. دسترسی مراقبت‌های سلامت

دسترسی در نظام ارائه خدمت می‌تواند اعم از موارد زیر باشد:

- دسترسی مالی: به توانایی افراد در پرداخت هزینه خدمات بدون مشکلات مالی اشاره دارد که توجه آن نه تنها بر هزینه خدمات سلامت، بلکه شامل هزینه‌های غیرمستقیمی از قبیل هزینه‌های حمل و نقل، لزوم صرف وقت کاری جهت دریافت خدمات و مواردی از این دست می‌شود (Evans, Hsu, & Boerma, 2013).
- دسترسی جغرافیایی: به معنای در دسترس بودن خدمات سلامت مناسب و نزدیکی مراکز ارائه‌کننده خدمت به افراد ساکن و نیازمند خدمات در مناطق جغرافیایی خاص اشاره دارد (Evans et al., 2013).

▪ دسترسی زمانی: به ارائه خدمات و رفع نیاز بیماران در زمان مناسب و در ساعات مختلف شبانه روز اشاره دارد (Breton et al., 2020).

۴-۳-۱-۲. تامین مراقبت‌های اولیه سلامت اثربخش

فراهم بودن مراقبت‌های اولیه سلامت اثربخش^۱، به این معنی است که هنگام مراجعه بیماران به مرکز مراقبت‌های اولیه سلامت، یک ارائه‌کننده واجد شرایط، خدمات ایمن و با کیفیت را محترمانه به افراد ارائه می‌دهد. در ادامه زیرمؤلفه‌های آن تشریح می‌شود.

در دسترس بودن ارائه‌کننده خدمت

این زیرمؤلفه به حضور ارائه‌کننده آموزش‌دیده در مرکز ارائه‌کننده و ارائه خدمات در زمان مشخص مطابق با شرح وظایف تعریف‌شده اشاره دارد. یکی از نکات مورد بحث، مسئله‌ی ایفای نقش پزشک توسط دیگر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه سلامت در زمانی است که پزشکان جهت ارائه مراقبت‌های بالینی و اورژانسی در دسترس نیستند. اگرچه پزشکان خانواده خدمات ارزشمندی ارائه می‌کنند، شواهد زیادی مبنی بر مقرون به‌صرفه بودن انتقال وظیفه^۲ پزشکان به سایر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه سلامت در تیم‌های بین‌رشته‌ای وجود دارد.

در کشورهای آفریقایی مانند تانزانیا، کنیا، اوگاندا و اتیوپی، کارکنان بالینی^۳ با گذراندن سه سال دوره آموزشی این فرصت را دارند که با آموزش‌های اضافی مدارک خود را ارتقا دهند و به عنوان کارمندان دستیار پزشکی یا جراحی^۴ مشغول به کار شوند و جراحی‌ها و اقدامات (پروسیجرهای) اولیه را انجام دهند. اگر این افراد قادر باشند خدماتی به خوبی پزشکان-با هزینه‌های آموزشی و دستمزد کمتر از آن‌ها- ارائه دهند، حال این مسئله مطرح می‌شود که آیا می‌توان از آن‌ها برای ارائه خدمت در محیط‌هایی با منابع محدود استفاده کرد یا خیر. یکی از نقدهای وارد به این موضوع این است که آموزش مبتنی بر الگوریتم‌ها به‌جای تفکر انتقادی می‌تواند منجر به تشخیص نادرست و پیرو آن درمان نادرست بیماران پیچیده دارای بیماری‌های همزمان یا عدم اطمینان تشخیصی شود و این نیز به نوبه خود منجر به ارجاع نامناسب یا تأخیری

¹ Availability of Effective Primary Health Care Services

² Task Shifting

³ Clinical Officers

⁴ Assistant Medical or Surgical Officers

به متخصصان یا سطوح بالاتر خدمات می‌شود و در نهایت هزینه‌های بیشتری برای بیمار و سیستم به همراه خواهد داشت. طبق گفته سازمان سلامت جهانی، این قابل قبول نیست که در کشورهای کم‌درآمد، مراقبت‌های اولیه مترادف با مراقبت‌های غیرحرفه‌ای و با فناوری پایین^۱ برای فقرای روستایی باشد که توانایی پرداخت هزینه‌های خدمات بهتر را ندارند (WHO, 2008).

مطالعات انجام‌شده حاکی از آن است که ارائه‌کنندگان خدمت غیرپزشک می‌توانند مراقبت‌های ماماایی با کیفیت بالا ارائه دهند یا در مطالعه‌ای دیگر در مالاوی و موزامبیک نشان داده شد پرستاران می‌توانند جایگزین پزشکان در مدیریت دیابت و فشار خون در جنوب صحرائی آفریقا شوند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ارائه‌کنندگان خدمت غیرپزشک قادر هستند در برخی از بیماری‌ها و مراقبت‌ها، جایگزین پزشک گردند (Arya et al., 2017; Kwan et al., 2022).

شایستگی ارائه‌کننده خدمت

منظور از صلاحیت و شایستگی، داشتن و نشان دادن دانش، مهارت‌ها، توانایی‌ها و ویژگی‌هایی است که ارائه‌کننده خدمت را قادر می‌سازد که خدمات مؤثر و با کیفیت ارائه دهد. همان‌طور که در ابتدای این فصل (شکل ۷) ذکر شد، پزشکان خانواده باید توانایی ارائه مراقبت‌های اولیه، خدمات اورژانسی و خدمات اضطراری را داشته باشند. هسته مراقبت‌های اولیه، توجه به ارتقای سلامت، پیشگیری و غربالگری بیماری‌های مزمن است. پزشکان خانواده باید به عنوان پزشک پیشگیری^۲ ایفای نقش کنند و خود را مسئول جلوگیری از بروز بیماری‌های مزمن از طریق کنترل عوامل خطر و مدیریت زودهنگام بیماری‌های مزمن از طریق غربالگری به‌موقع آن‌ها بدانند. هم‌چنین اتخاذ رویکرد مؤثر به بیماری‌های مزمن مستلزم تشکیل تیم‌های بین‌رشته‌ای، تقویت منابع انسانی و آموزش ساختارمند به تیم سلامت هست (Lee et al., 2015; Manca et al., 2014). از سوی دیگر توجه به آموزش مهارت ارائه خدمت در شرایط اضطراری امری است که در آموزش پزشکی کمتر مورد توجه قرار گرفته‌است.

1 Low-Tech, Non-professional Care

2 Prevention Practitioner (PP)

با وجود ماهیت غیرتهدیدآمیز این مسائل، توصیه‌های درمانی سریع و مناسب از طرف متخصصین سلامت از دیدگاه بیمار بسیار مهم است. مطالعات حاکی از آن است که نزدیک به ۵۰ درصد از قربانیان تروما که در یک بیمارستان پیشرفته در یکی از شهرهای هند بستری شده‌اند، هیچ مراقبت پیش‌بیمارستانی^۱ دریافت نکرده‌اند. اکثریت قریب به اتفاق پزشکان روستایی، فاقد آموزش خاص متمرکز بر خدمات اضطراری^۲ هستند. مشکلات رایج مامایی، توصیه‌های مربوط به روش‌های پیشگیری از بارداری، یا مسائل مربوط به شکست پیشگیری از بارداری باید فوراً مورد بررسی قرار گیرند، اما ترجیحاً باید در سطح جامعه حل شوند، نه اینکه به سطح سوم منتقل شوند و مسائلی از این قبیل را می‌توان از طریق آموزش خدمات اضطراری به پزشکان در مقطع پزشکی عمومی (حین دوره یا به صورت دوره یک‌ساله پس از آن) و به صورت جامع‌تر در دوره دستیاری به پزشکان خانواده و در دوره کارشناسی به پرستاران و دانشجویان پیراپزشکی مرتفع کرد.

با توجه به نکات ذکر شده برای افرادی که نیازهای اضطراری دارند، باید خدمات پاسخگو، مؤثر و شخصی‌سازی شده را در سطح جامعه و تا حد امکان نزدیک به آن‌ها، ارائه داد و اختلال را برای بیماران و خانواده‌هایشان به حداقل رساند. هم‌چنین برای کسانی که شرایط اضطراری جدی‌تر دارند، باید اطمینان حاصل کرد که به مراکزی با بهترین تخصص و امکانات رسیده و در آنجا درمان می‌شوند تا احتمال بقا و بهبودی آن‌ها به حداکثر برسد. در راستای دستیابی به اهداف ذکر شده باید دستورالعمل‌های تریاژ و ارجاع متناسب با امکانات و شرایط هر منطقه طراحی شود و در اختیار تیم سلامت آموزش دیده قرار گیرد (Marshall, Clarke, Peddle, & Jensen, 2015; P. Roy et al., 2020).

انگیزش ارائه‌کننده خدمت

انگیزش در زمینه کاری را می‌توان میزان تمایل فرد برای اعمال و حفظ تلاش در جهت اهداف سازمانی تعریف کرد. انگیزه می‌تواند از طریق مشوق‌های درونی -مانند افزایش شان و احترام و احساس رضایت- و مشوق‌های بیرونی -مانند ترفیع شغلی و افزایش حقوق- ایجاد شود و بر رفتار و عملکرد ارائه‌کنندگان خدمات اثر گذارد. پزشکان از نظر آموزش و دستمزد جزء

1 Pre-hospital Care

2 Urgent Care Practice (UCP)

پرهزینه‌ترین منابع انسانی سلامت هستند. بنابراین، کشورها یا جوامعی که منابع اقتصادی فراوانی دارند، احتمال بیشتری برای جذب، حفظ و بازپرداخت به پزشکان ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه سلامت دارند. بسیاری از عوامل، منجر به فرار مغزها به خارج از کشور^۱ می‌شود.

عوامل آموزشی، قانونی، اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی و همچنین انگیزه‌های مالی، همگی بر عرضه، جذب و حفظ متخصصان سلامت تأثیر می‌گذارند. بسیاری از پزشکان در مواجهه با فرصت‌های آموزشی کم برای تحصیلات تکمیلی، شرایط کاری سخت و فرصت‌های اندک برای خانواده‌های خود، کشورهای خود را به مقصد محیط‌هایی که به نظرشان مفیدتر است ترک می‌کنند. در نتیجه در برخی کشورها تا ۸۰ درصد پزشکان در مدت کوتاهی پس از پایان دوره‌ی تحصیل مهاجرت می‌کنند. کانادا، آمریکا، بریتانیا و استرالیا پزشکان آموزش دیده خارجی را برای رفع معضل نیروی کار جذب می‌کنند. در بریتانیا، ۶۳٪ پزشکان در بریتانیا آموزش دیدند، اما ۲۵۰۰۰ (۹/۴٪) در هند، تقریباً ۱۰۰۰۰ در پاکستان، بیش از ۵۰۰۰ نفر در آفریقای جنوبی و ۴۰۰۰ نفر در نیجریه آموزش دیده‌اند. فرار مغزها درون ساختار کشور^۲ زمانی ایجاد می‌شود که بخش خصوصی با برنامه‌های بیماری محور حقوق‌های بهتری پرداخت می‌کند و نیروی کار با کیفیت بالا را جذب می‌کند. در نتیجه تعداد قابل توجهی از ارائه‌کنندگان مراقبت، از ساختار خدمات جامع طراحی شده در سلامت عمومی خارج می‌شوند.

زمانی که ارائه‌کنندگان خدمت تمام وقت بخش دولتی مطب‌های موازی خصوصی راه‌اندازی می‌کنند، فرار پنهان^۳ بیشتری رخ می‌دهد و خدماتی را که در بخش دولتی ارائه می‌دادند، کاهش می‌دهند. با توجه به نکات ذکر شده، مناطق با نرخ بالای فقر یا جمعیت روستایی پراکنده با منابع اقتصادی کم، اغلب دارای جمعیت‌هایی با بیشترین نابرابری در نتایج سلامت هستند و به انگیزه‌های قوی برای حفظ متخصصان سلامت نیاز دارند. موارد ذکر شده از چالش‌های مهم پیش رو در طرح پزشکی خانواده در کشورهای در حال توسعه است که باید به آن توجه ویژه داشت (Arya et al., 2017; Zhou et al., 2015).

اعتماد متقابل ارائه‌کننده خدمت-بیمار

1 External Brain Drain

2 Internal Brain Drain

3 Hidden Drain

اعتماد برای به حداکثر رساندن نتایج سلامت امری ضروری است، چراکه منجر به ایجاد انگیزه و مشارکت فعال بیمار در ارتقای وضعیت سلامت خود شده و تاب‌آوری نظام سلامت و رضایت دریافت‌کنندگان خدمات را به همراه خواهد داشت. یکی از مهم‌ترین مزایای شکل‌گیری تیم سلامت خانواده تمایل بیشتر بیماران برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات شخصی پس از شکل‌گیری اعتماد بین خود و اعضای تیم هست. هم‌چنین آشنایی با بیماران و خانواده‌های آن‌ها منجر به بهبود مدیریت مراقبت‌های ارائه‌شده به آن‌ها و پایبندی بیماران به ویزیت‌های پیگیری می‌شود (موسی‌زاده et al., 1394; Ahmadi et al., 2015; Armas, Meyer, Corbett, & Pearce, 2018).

ایمنی مراقبت

ایمنی به جلوگیری از رخداد آسیب قابل پیشگیری برای بیمار در طول دریافت مراقبت‌های سلامت و کاهش خطر آسیب‌های غیرضروری مرتبط با مراقبت‌های سلامت به حداقل قابل قبول اشاره دارد (WHO, 2021).

۱-۳-۲. مراقبت‌های اولیه سلامت باکیفیت

مراقبت‌های اولیه سلامت با کیفیت بالا پنج وظیفه اساسی زیر را بر عهده دارد:

سطح دسترسی اولین نقطه تماس^۱

سطح دسترسی اولین نقطه تماس بر این تأکید دارد که مراقبت‌های اولیه سلامت باید به عنوان اولین نقطه تماس اکثر بیماران با نظام سلامت عمل کند. ارجاع از پزشکان خانواده به متخصصان گامی ضروری برای دسترسی بیماران به منابع تخصصی سلامت است و در بهینه‌سازی استفاده از منابع پزشکی و مالی نظام سلامت نقش بسزایی دارد. ارجاع مستلزم سیستم مدونی است که تمامی مراحل آن در سطح سازمانی و فردی تعریف شود، مدیریت و پردازش درخواست‌های ارجاع از طریق زیرساخت‌های توسعه‌یافته منطقه‌ای صورت گیرد و نقش تمامی متصدیان روند ارجاع به درستی شفاف‌سازی شود. از طرفی مناسب‌ترین منابع تخصصی و در دسترس در سطح منطقه باید مشخص شود و دستورالعمل‌های اجرایی از قبیل ارائه فهرست دلایل از پیش تعیین‌شده برای ارجاع، تعیین اولویت آن‌ها و مشخص کردن پیش‌نیاز هر یک از موارد ارجاع داده شده و درخواست آن توسط پزشک خانواده جهت تسریع فرایند درمانی به صورت دقیق

1 First Contact Accessibility

تعریف شود. هم‌چنین در خصوص بیماری‌هایی که مشکل آن‌ها در لیست اولویت‌ها جای نگرفته‌است اما از نظر پزشک خانواده ممکن است نیازمند دریافت خدمات در سطوح بالاتر باشند، باید سیستم پشتیبانی و مشاوره برای پزشکان در نظر گرفته‌شود (Spagnolo et al., 2021).

هم‌اهنگی و استمرار مراقبت

مولفه هم‌اهنگی و استمرار مراقبت، به هم‌اهنگی مراقبت از بیمار در طول دوره درمانی وی و در میان مراکز مختلف ارائه‌کننده خدمت اشاره دارد که با هدف پیگیری مناسب، به حداقل رساندن خطر خطا و جلوگیری از عوارض انجام می‌شود. هم‌اهنگی مراقبت در سطوح مراقبت و هم‌چنین در طول زمان اتفاق می‌افتد و مستلزم مشارکت فعالانه از سوی تیم‌های مراقبت سلامت، شکل‌گیری روابط مبتنی بر احترام و اعتماد، ایجاد درک مشترک در خصوص ارائه خدمات یکپارچه سلامت^۱ و هم‌چنین تداوم ارتباطی^۲، تداوم اطلاعاتی^۳ و تداوم مدیریتی^۴ است. تداوم در ارائه خدمت باعث می‌شود افراد خود را بخشی از تیم و فرایند درمان بدانند و پیرو این احساس تعلق شکل‌گرفته رضایت بالاتری از خدمات دریافتی داشته باشند. علاقه‌مندی به ارتباط طولانی‌مدت با بیماران، نیاز جمعیت تحت پوشش، امکان همکاری با متخصصین پزشک و غیرپزشک، علاقه‌مندی به ارتقای سلامت و طب پیشگیری، ارزش نهادن نظام سلامت بر مراقبت‌های اولیه سلامت و تداوم خدمات، احساس توانمندی در ارائه خدمت مداوم، تعامل با پزشکان فعال در زمینه تداوم خدمات - به عنوان الگوهای مثبت^۵ - از جمله عواملی است که منجر به ارائه خدمت مبتنی بر تداوم از سوی پزشکان خانواده می‌شود. از طرفی حجم کار بالا، منفی بودن تجربیات حاصل از پیگیری بیماران در دوران تحصیل، دسترسی حداقلی به منابع و وقع نهادن اساتید دانشگاه‌ها بر این مسئله منجر به عدم پایداری پزشکان به تداوم خدمت می‌شود (B. Gray & Orrock, 2014; A. Roy, Breton, & Loslier, 2016; Wetmore et al., 2014).

1 Integrated Health Services

2 Relational Continuity

3 Informational Continuity

4 Management Continuity

5 Positive Role Models

مراقبت شخص-محور

مراقبت شخص-محور^۱ در راستای احترام به ترجیحات بیمار و همچنین توانمندسازی بیماران جهت اتخاذ تصمیم مناسب و مشارکت در برنامه مراقبت فردی انجام می‌شود. اتخاذ این رویکرد توسط ارائه‌کنندگان خدمت نیز مستلزم محیط کاری حمایتی است تا عملکرد افراد را به حداکثر برساند و به اختصاص زمان بیشتر برای ویزیت افراد-بیمار یا سالم- نیاز دارد که این نیز به نوبه خود متأثر از متغیرهایی از قبیل بار کاری پزشک، سن پزشک، اولویت تصمیم‌گیری مشارکتی برای پزشک و نوع ویزیت- بار اول یا پیگیری- است. طولانی‌تر بودن زمان ویزیت علاوه بر شخص محوری منجر به رویکرد جامع‌تر، بررسی عوامل خطر، پیشگیری و بهبود سبک زندگی جمعیت تحت پوشش می‌شود. در مقابل، ویزیت کوتاه‌مدت، علاوه بر افزایش نارضایتی، می‌تواند باعث طبابت توأم با خطا^۲ و هزینه‌های بالاتر نیز به همراه داشته باشد (Bolívar, González, Martos, García, & Durántez, 2018).

یکی از مهم‌ترین مصادیق شخص-محوری دادن آزادی عمل بیشتر به بیماران در مورد انتخاب پزشکان مراقبت اولیه خود است که بتوانند با آن‌ها رابطه‌ای پایدار و بر مبنای اعتماد برقرار کنند. این توانایی انتخاب نه تنها کیفیت مراقبت و رضایت بیمار را بهبود می‌بخشد، بلکه منجر به افزایش اعتماد و انطباق با درمان برای نتایج سلامت بهتر می‌شود. هرچند برای بیماران، یافتن پزشکان خانواده مناسبی که بتوانند با آن‌ها روابط قابل اعتمادی ایجاد کنند، چالش برانگیز است به ویژه زمانی که سازوکار مشخصی برای این موضوع وجود ندارد.

سیستم‌های پیشنهاددهنده^۳، دسته‌ای از سیستم‌های غربال اطلاعات خودکار هستند که به دنبال پیش‌بینی ترجیحاتی هستند که کاربر در موضوعات مختلف دارد و به طور گسترده‌ای برای توصیه کتاب‌ها، ویدیوها یا مقالات خبری در اینترنت استفاده می‌شود. در حوزه سلامت، کاربرد آن شامل کمک به فرآیند تصمیم‌گیری در ارائه مراقبت شخصی، حمایت از بیماران برای یافتن خدمات پیشگیرانه در برنامه‌ریزی درمانی شخصی، توصیه پزشک مناسب برای هر بیمار و غیره محسوب می‌شود.

1 Person-centered

2 Malpractice

3 Recommender System

- به طور کلی، می‌توان سیستم‌های پیشنهاددهنده‌ی مبتنی بر مجموعه‌های بزرگ داده‌ها^۱ با هدف انتخاب پزشک خانواده مناسب را به سه دسته زیر تقسیم کرد (Han et al., 2018):
- دسته اول: تعامل-محور^۲ که پیشنهاد پزشک بر مبنای تعاملات گذشته بین افراد مختلف و پزشک خانواده است و بر اساس تجربه تعامل افراد، پزشک مشابه ارائه می‌شود.
 - دسته دوم: محتوا-محور^۳ که در آن پیشنهاد پزشک بر مبنای ویژگی‌های مشابه آن فرد و بیماران مراجعه‌کننده به آن پزشک انجام می‌شود؛ نظیر تشابه از نظر جنسیت، سن، محل سکونت، ویژگی‌های رفتاری از قبیل تعداد مراجعات به مراکز درمانی و یا مدت زمان ثبت‌نام در شبکه، تاریخچه بیماری‌های قبلی و کدگذاری آن‌ها با طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۴ و غیره.
 - دسته سوم: ترکیبی از تعامل-محور و محتوا-محور است که پیشنهاد پزشک مناسب از طریق اتخاذ ترکیبی از روش‌ها در راستای شخص-محوری، به سیستم ارائه خدمت این امکان را می‌دهد که با در نظر گرفتن حداکثر عوامل اثرگذار بر کیفیت ارتباط شکل گرفته میان پزشک و بیمار و به دنبال آن بهبود وضعیت سلامت افراد، به یکی از مهم‌ترین اهداف نظام سلامت دست پیدا کند.

جامعیت مراقبت

جامعیت به ارائه طیف وسیعی از خدمات ارتقادهنده سلامت، پیشگیرانه، تشخیصی، درمانی و توان‌بخشی در سطح مراقبت‌های اولیه برای گروه‌های مختلف سنی (کودکان، نوجوانان، جوانان، میان‌سالان، سالمندان) اشاره دارد که مبتنی بر درمان کلی فرد^۵ و نه فقط درمان یک بیماری خاص است. عوامل متعددی بر جامعیت خدمات اثر می‌گذارند؛ به عنوان مثال سیستم پرداخت مبتنی بر سرانه هم‌زمان با سازمان‌دهی تیمی پزشکی خانواده^۶ منجر به ارائه طیف وسیع‌تری از خدمات

1 Large-scale Dataset

2 Collaborative Filtering (CF)

3 Content-Based (CB)

4 International Classification of Diseases (ICD-9)

5 Whole Person

6 Family Health Organization (FHO)/ Family Health Network (FHN)

می‌شود. ایجاد مراقبت مبتنی بر تیم بر این تاکید دارد که باید جامعیت را به عنوان یک عملکرد تیمی و نه عملکرد یک فرد در نظر گرفت. همچنین از دیگر عوامل تأثیرگذار بر جامعیت خدمات می‌توان به طبابت در مناطق دورافتاده و روستایی اشاره کرد.

یکی از نکات مهم در زمینه مراقبت جامع، ارزیابی تأثیر نگرش، هنجارها و منابع کنترل رفتاری بر دانشجویان است. ادراک هنجارهای ذهنی^۱ - هنجارهایی که توسط فرد به عنوان باورهای اکثر افراد دیگر در نظر گرفته می‌شود و منجر به بایدها یا نبایدهای رفتاری خاصی در وی می‌شود - قوی‌ترین تأثیر را بر ارائه خدمت جامع دارد. این مسئله لزوم آشنایی درست با خدمت جامع و به‌کارگیری آن در طبابت را از سوی افراد حاضر در فضای کاری و آموزشی^۲ از قبیل اساتید، پزشکان و سایر گروه‌ها گوشزد می‌کند.

نکته مهم دیگر توجه به این نکته است که جامعیت، صرف‌نظر از تعریف مورد استفاده، تنها یکی از مؤلفه‌های مراقبت‌های اولیه سلامت است و بقیه موارد شامل دسترسی اولین تماس، تداوم، هماهنگی و شخص‌محوری می‌شود (که در بالا به آن اشاره شد). بنابراین هر تعریفی از جامعیت باید از سایر مؤلفه‌ها پشتیبانی کند و تأثیر هر یک از موارد بر سایرین مشخص شود. به عنوان مثال ارائه طیف وسیعی از خدمات در صورتی جامع‌تر است که این خدمات به جمعیتی ارائه شود که احتمال تداوم مراقبت برای آن‌ها بیشتر است (Freeman, et al., 2018; Wong & Stewart, 2010).

همان‌طور که ذکر شد در رویکرد جامع در ارائه خدمت، لازم است برای سلامت گروه‌های مختلف سنی برنامه‌های مدون تهیه نمود. به عنوان مثال اگرچه بیشتر نوجوانان و جوانان سالم هستند، اما در صورت بروز رفتارهای پرخطر دچار عوارض یا مرگ‌ومیر قابل توجهی می‌شوند. نوجوانی یک فرصت کلیدی برای ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه است تا با استفاده از مشاوره و ارائه مراقبت‌های سلامت به بیماران، در ایجاد عادات سالم ماندگار آن‌ها کمک کنند. در این راستا باید پس از شناسایی خلأهای ارائه خدمت در این حیطه، اساتید دارای تخصص در این زمینه را به کار گرفت و تیم چند رشته‌ای با هدف آموزش مراقبت‌های مربوط به نوجوان و جوانان، ایجاد تغییرات متناسب و برقراری یک جریان استاندارد برای بررسی رفتارهای مخاطره‌آمیز

1 Perception of Subjective Norms

2 Community of Practice

نوجوانان و جوانان به صورت محرمانه و با رعایت اصول رازداری تشکیل داد (Riley, Patterson, Lane, Won, & Ranalli, 2018).

کودکان نیز دیگر گروه‌های سنی هستند که مراقبت از آن‌ها توسط تیم پزشکی خانواده ضروری است. در این راستا باید آموزش‌هایی با محوریت مدیریت سلامت اطفال به تیم داده شود، ضرورت مراقبت از این گروه سنی برای تیم روشن شود و از طرفی سیاست‌های محلی و کلان حامی تیم‌های ارائه‌کننده خدمات گسترده‌تر برای اطفال باشند. همچنین شکل‌گیری روابط مشترک میان پزشکان خانواده، متخصصین اطفال و متخصصین زنان و زایمان اقدام مهمی در زمینه ارتقای خدمات ارائه‌شده و بهبود کیفیت مراقبت به شمار می‌رود (Makaroff et al., 2014).

۲-۳-۲. آموزش پزشکی

دو موضوع مهمی که در ادبیات پزشکی خانواده در مورد آموزش پزشکی مطرح است، بحث «ادغام و پیاده‌سازی» و «طراحی سرفصل‌های آموزشی» است. در ادامه به تفصیل به هریک از این دو پرداخته خواهد شد.

۲-۳-۲-۱. ادغام و پیاده‌سازی محتوای آموزش پزشکی

در خصوص آموزش پزشکی خانواده اولین نکته که باید به آن پرداخت شیوه ادغام و پیاده‌سازی آن است. به این صورت که محتواهای مرتبط می‌تواند در دوران آموزش پزشکی عمومی^۱ به دانشجویان آموزش داده شده و یا به شکل تحصیلات تکمیلی^۲ برای دانش‌آموختگان پزشکی عمومی تعریف شود (Bakshi, Kaljee, & Parke, 2019).

به عنوان مثال در هند برنامه‌های مختلف آموزشی پزشکی خانواده در قالب تحصیلات تکمیلی وجود دارد که هر یک از نظر محتوای درسی، ساختار، نحوه تدریس و چگونگی ارزیابی دانشجویان ویژگی‌های خاص خود را دارند. در ادامه به چند مورد از آن‌ها اشاره خواهد شد: (Pati, Sharma, Pati, & Zodpey, 2015)

1 Undergraduate

2 Postgraduate

- دیپلم پزشکی خانواده^۱ یک دوره تحصیلات تکمیلی سه‌ساله است که در بیمارستان‌های آموزشی معتبر برگزار می‌شود. در طول سه سال دوره رزیدنتی، دستیاران، آموزش یکپارچه بستری و سرپایی دریافت می‌کنند. آن‌ها همچنین در مراکز و درمانگاه‌های سلامت جامعه^۲ آموزش‌های میدانی را دریافت می‌کنند.
- دیپلم تحصیلات تکمیلی پزشکی خانواده^۳ یک برنامه ۱۲ ماهه بوده که توسط مؤسسه مطالعات بهداشت و مدیریت با همکاری دانشگاه آناملای^۴ طراحی شده و هدف آن توانمندسازی پزشکان عمومی برای مدیریت موارد بالینی بیشتر جهت کاهش میزان ارجاعات است. برنامه درسی این دوره بر اساس آموزش مبتنی بر مسئله است.
- دوره کارشناسی ارشد پزشکی در پزشکی خانواده^۵ نیز یک دوره آموزش از راه دور دو ساله با ۳۰ روز برنامه حضوری است و در دانشکده پزشکی ولور^۶ ارائه می‌شود و هدف آن ظرفیت‌سازی برای پزشکان عمومی، مدیریت مشکلات متعدد، مدیریت مخاطرات، مراقبت‌های پزشکی مؤثر، غربالگری و پیشگیری، تداوم مراقبت، مراقبت جامع، مدیریت اطلاعات و تضمین کیفیت است.

نحوه ارائه رئوس مطالب می‌تواند به شکل حضوری، آنلاین و یا ترکیبی از هر دو باشد. در روش آنلاین موضوعات مورد نیاز برای آموزش پزشکان خانواده به صورت آنلاین در اختیار آن‌ها قرار می‌گیرد و از جمله فواید آن می‌توان به دسترسی آسان‌تر و غلبه بر موانع جغرافیایی، مطالعه فردی متناسب با زمان‌بندی شخصی و ایجاد انعطاف‌پذیری و به دنبال آن افزایش فرصت یادگیری اشاره کرد. از چالش‌های این روش نیز می‌توان عدم زیرساخت‌های لازم در همه مناطق و همچنین دشواری در برقراری ارتباط با سایر دانشجویان را نام برد (Skye, Wimsatt, Master, Hunter, & Locke, 2011; S. Wearne, Greenhill, Berryman, Sweet, & Tietz, 2011).

1 Diploma of National Board Family Medicine

2 Community Health Centers and Clinic

3 PostGraduate Diploma in Family Medicine

4 Annamalai University

5 Master of Medicine in Family Medicine

6 Christian Medical College, Vellore

ذکر این نکته نیز حائز اهمیت است که در صورت ادغام محتوای آموزشی مرتبط با این رشته در دوران پزشکی عمومی، این ادغام باید به صورت بلندمدت در سراسر برنامه درسی و در مقاطع مختلف صورت پذیرد و ارائه واحدهای پراکنده در دوره خاصی از آموزش پزشکی مؤثر واقع نخواهد شد و باید با بازنگری مجدد برنامه درسی یک راهبرد دست‌یافتنی و مؤثر برای یکپارچه‌سازی مهارت‌های حیاتی پزشکی خانواده شناسایی شود.

ادغام آموزش پزشکی خانواده زمانی کارساز خواهد بود که هم‌زمان با آن، برنامه‌هایی جهت ترغیب دانشجویان به انتخاب این رشته و کار در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه تعریف شود. به عنوان مثال دانشگاه استنفورد یک دوره نه هفته‌ای تحت عنوان «مراقبت‌های اولیه سلامت: دیدگاه‌ها و سازوکارها» طراحی کرد که در آن، کارگاه‌های آموزش سازوکارهای معمول مبتنی بر نمونه، همراه با جلسات تعاملی با متخصصان پزشکی خانواده، متخصصان داخلی و متخصصان اطفال برگزار شد. محوریت گفتگو در جلسات مذکور مسائلی از قبیل تناسب زندگی با کار، حقوق دریافتی و مسیرهای پیش رو پس از دانش‌آموختگی بود. در نهایت با توجه به نتایج پرسشنامه‌ها پس از گذراندن این دوره و شناخت درست از مراقبت‌های اولیه سلامت، نگرش دانشجویان به این حیطه تا حد قابل قبولی اصلاح شد. دوره‌های پزشکی عمومی^۱ در سرفصل‌های آموزشی نیز می‌توانند در از بین بردن کلیشه‌های منفی، دستیابی به دیدگاه دقیق‌تر در مورد پزشکی عمومی و انتخاب آن به عنوان حرفه، نقش مهمی ایفا کنند (Brown, French, McCulloch, & Clendinning, 2012; Deutsch, Lippmann, Frese, & Sandholzer, 2015; Essuman et al., 2017; Lin et al., 2021). همچنین نقش مبهم پزشک خانواده در نظام سلامت و عدم اطمینان در مورد فرصت‌های شغلی از جمله موانع مهمی است که باید مدنظر قرار داد و هم‌راستا با مسئله آموزش پزشکی خانواده و تربیت نیروی کار برای این رشته به آن پرداخت (Philpott et al., 2014).

۲-۳-۲-۲. طراحی سرفصل‌های آموزشی و الزامات آن

پس از تبیین شمای کلی از مؤثرترین شیوه ادغام و الزامات آن، باید سرفصل‌های آموزشی مرتبط طراحی شود. در این راستا می‌توان از مدل تغییر رفتار پروچسکا (J.O. Prochaska) و دی کلمنته (C. DiClemente) استفاده کرد. در این مدل به تغییر روند ذی‌نفعان اصلی به سمت پذیرش و

طراحی مداخله در پنج گام پرداخته می‌شود که عبارت‌اند از پیش‌تفکر^۱، تفکر^۲، آمادگی و برنامه‌ریزی^۳، پیاده‌سازی^۴ و نگه‌داشت^۵. در گام پیش‌تفکر باید به طرح سؤال و افزایش آگاهی ذی‌نفعان در مورد نیاز به آموزش پزشکی خانواده پرداخت. در گام تفکر اگرچه ضرورت مسئله برای ذی‌نفع تبیین شده است اما همچنان ابهامات و سؤالاتی برای وی مطرح است که باید آن‌ها را مرتفع ساخت. در گام آمادگی و برنامه‌ریزی به دنبال «تهیه محتوای لازم جهت آموزش پزشکی خانواده، توسعه هیئت‌علمی مناسب و نحوه ارزیابی دانشجویان تربیت‌شده» بوده و در نهایت پس از عملیاتی کردن برنامه‌های طراحی شده و پیاده‌سازی آموزش پزشکی خانواده، باید این روند را نهادینه کرد و از برگشت به نقطه شروع ممانعت به عمل آورد (Mash, Villiers, & Moodley, & Nachega, 2014). اقدامات لازم ذکرشده در گام آمادگی و برنامه‌ریزی همان‌گونه که بیان شد به قرار زیر است:

تهیه محتوای لازم جهت آموزش پزشکی خانواده

در سازمان‌دهی محتوای هر رشته، توجه به این نکته ضروری است که مطابق مدل سه حلقه‌ای هاردن (Harden, Crosby, and Davis)، دانشجویان در «سطح اول» باید توانایی‌های حرفه‌ای خود را فرا بگیرند و پس از کسب دانش پزشکی و مهارت‌های بالینی مرتبط، با اتخاذ رویکرد بیمار محور و در نظر گرفتن عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت به ارائه مراقبت‌های جامع^۶ و مداوم به فرد بیمار و خانواده وی بپردازند. محورهای اصلی رویکرد بیمار محور احترام به ترجیحات بیمار و به رسمیت شناختن قدرت انتخاب وی، در نظر گرفتن زمینه روانی اجتماعی بیمار از جمله خانواده، دوستان، وضعیت مالی و وضعیت شغلی، ایجاد ارتباط مؤثر و پیروان شکل‌دهی یک مسئولیت مشترک بین پزشک و بیمار جهت بهبود وضعیت سلامتی او است (Boggiano et al., 2017, 2017; Jansen & Rosenbaum, 2016).

1 Pre-contemplation

2 Contemplation

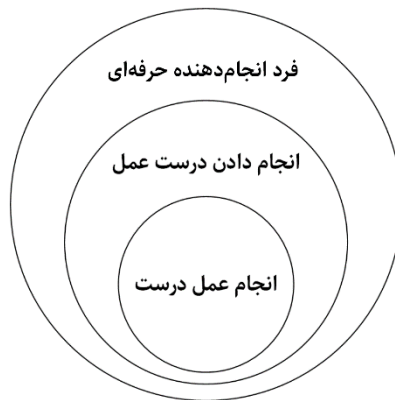
3 Preparation

4 Action

5 Maintenance

6 Comprehensive Care

مراقبت جامع نیز مراقبتی است که پزشکان خانواده به‌تهایی یا با یک تیم به جمعیت مشخصی از بیماران در طول مراحل مختلف زندگی (کودکی، نوجوانی، بزرگسالی، سالمندی) و در محیط‌های بالینی متعدد (بیمارستان، اورژانس، منزل، سایر محیط‌های مبتنی بر جامعه) ارائه می‌کنند و به طیفی از مسائل بالینی (پیشگیری و ارتقا سلامت، درمان، توان‌بخشی، حمایتی، تسکینی) رسیدگی می‌کنند (Blackwelder, Hortman, Leberknight, & Bragg, 2018; Mui, Pham, & McMurren, 2018; Oandasan et al., 2018; Zelko, Selic, & Malacic, 2017).



شکل ۹. مدل سه حلقه‌ای هاردن و همکاران (۱۹۹۹)

در «سطح دوم» باید به دنبال تعریف نقش‌ها و پیرو آن آموزش مجموعه فراشناختی‌هایی^۱ بود که به دنبال آن پزشک آموزش‌دیده بتواند مهارت‌های دانشی کسب‌شده در سطح اول را به بهترین نحو به انجام رساند. این نقش‌ها عبارت‌اند از (Iglar, 2012; Czabanowska et al., 2012; Whitehead, & Takahashi, 2013):

۱. همکاری^۲: پزشکان خانواده باید با سایر ارائه‌کنندگان خدمت همکاری تیمی بین‌رشته‌ای مؤثر داشته باشند و جهت طراحی برنامه مراقبتی مشترک برای بیماران مشارکت لازم را به عمل آورند. همچنین آن‌ها باید با طراحی و به اشتراک‌گذاری چشم‌انداز مشترک، موتور محرک تیم سلامت جهت پیشبرد اهداف پزشکی خانواده

1 Meta-competency

2 Collaborator

باشند (Dippell et al., 2021; Drummond, Abbott, Williamson, & Somji, 2012; Eubank, Geffken, Orzano, & Ricci, 2012; Fowler & Gill, 2015).

۲. مدیریت: پزشکان خانواده باید توانایی مدیریت تیم سلامت_مدیریت منابع، مدیریت تعارض، مدیریت مخاطرات- و همچنین مدیریت سلامت جمعیت تحت پوشش خود را کسب کنند و به ارزیابی تأثیر خدمات و شناسایی شکاف خدمات پردازند (Kaprielian et al., 2013).

۳. پژوهشگری^۱: پزشکان خانواده باید به دنبال حفظ و تقویت مهارت تفکر انتقادی خویش و توسعه حرفه‌ای مداوم خود از طریق یادگیری خود-محور^۲ باشند و همچنین با ایجاد، انتشار و ترجمه دانش و شیوه‌های نوین گام‌های مؤثری در توسعه رشته خود بردارند (Nothnagle, Goldman, Quirk, & Reis, 2010).

۴. حامی سلامت^۳: پزشکان خانواده باید مسئولانه از تخصص و نفوذ خود برای پیشبرد سلامت و رفاه بیماران استفاده کنند و به دنبال طراحی و خلق راه‌حل‌های عملی جهت حل معضلات مربوط به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در جمعیت تحت پوشش خود و جامعه باشند. (Dawe et al., 2017; Knox, Lehmann, Vogelgesang, & Simpson, 2018).

در «سطح سوم» تأکید بر حرفه‌ای‌گری^۴ در سه بعد زیر است:

۱. عملکرد اخلاقی و نشان دادن تعهد حرفه پزشکی شامل نشان دادن رفتار حرفه‌ای از قبیل صداقت، نوع‌دوستی و احترام به همکاران و بیماران، تعهد به ارائه مراقبت با بالاترین کیفیت، شناخت و پاسخ مناسب به دوره‌های اخلاقی، و شناخت حدود رازداری.

۲. مشارکت در مقررات حرفه‌ای شامل انجام تعهدات قانونی، پاسخگویی به نهادهای نظارتی، شناخت رفتارهای غیرحرفه‌ای سایرین و پاسخ مناسب به آن.

1 Scholar

2 Self-directed Learning (SDL)

3 Health Advocate

4 Professionalism

۳. تعهد به سلامت خود و سایر پزشکان شامل تعامل بین اولویت‌های شخصی و حرفه‌ای برای کسب اطمینان از سلامت فردی، کمک به سایر همکارانی که در زمینه سلامت فردی با مشکل مواجه گشته‌اند.

در خصوص ساختار ارائه محتواهای مذکور طراحی چند دوره محدود اما بلندمدت بر گذراندن گردش‌های^۱ کوتاه‌مدت متعدد ارجحیت دارد و مزیت‌های آن به شرح زیر است (Hirsh, Holmboe, & Cate, 2014):

۱. شکل‌گیری روابط بلندمدت با اساتید و ناظران آن‌ها را قادر می‌سازد که پس از شناخت کافی و در مدت زمان قابل قبول، به ارائه بازخورد و ارزیابی دانشجویان بپردازند. بازخوردهای دقیق منجر به ایجاد شجاعت و استقلال در دانشجویان در جهت اتخاذ تصمیم‌های بالینی می‌شود و در توسعه حرفه‌ای دانشجویان نقش بسزایی دارد.

۲. نه تنها رابطه بلندمدت دانشجو و استاد با بیمار مهم است بلکه شکل‌گیری ارتباط طولانی مدت دانشجو و تیم بین‌رشته‌ای ارائه خدمت نیز حائز اهمیت است که به طور مستقیم در احساس تعلق شکل گرفته و کارایی دانشجویان اثر می‌گذارد.

۳. بر اساس مطالعات انجام‌شده طراحی دوره‌های بلندمدت آموزشی منجر به به‌زیستی دانشجویان، ارتقا کیفیت خدمت و رضایت بیماران شده‌است.

در رویکرد سه‌گانه‌ای^۲ که در سال ۲۰۱۰ توسط دانشکده پزشکی خانواده با هدف بازنگری در سرفصل‌های آموزشی پزشکی خانواده کانادا ارائه شد نیز بر مدنظر قرار دادن استمرار در آموزش^۳ جهت طراحی سرفصل‌های آموزشی تأکید شده‌است (Organek et al., 2012).

تربیت هیئت‌علمی مناسب

یکی از ستون‌های اصلی بنای آموزش پزشکی خانواده تربیت و انتخاب هیئت‌علمی مناسب است. در این راستا باید این نکته را مدنظر قرار داد که اساتید در برهه‌های مختلف، برای آموزش موضوعات گوناگون و با توجه به انتخاب الگوی آموزشی از جمله یادگیری مبتنی بر مسئله^۴،

1 Rotation

2 Triple C Competency-based Curriculum

3 Continuity of Care and Education

4 Problem-based Learning (PBL)

یادگیری مبتنی بر وظیفه^۱، آموزش در گروه‌های کوچک^۲ و یادگیری اکتشافی هدایت‌شده^۳، عهده‌دار نقش‌های متنوعی از قبیل مدرس، مربی^۴، تسهیل‌گر^۵، ناظر^۶ و الگو^۷ خواهند شد و به دنبال آن باید برای ایفای هر یک از نقش‌های مذکور از نظر دانشی و مهارتی مجهز بوده و آمادگی لازم را داشته باشند (Blank et al., 2014; Khatami, Shariati, & Motezarre, 2021; Reitz, Sudano, Siler, & Trimble, 2016). اساتید در «نقش مدرس» باید در چهار حوزه زیر مهارت داشته باشند (B. Roy et al., 2012):

۱. ایجاد محیط یادگیری مناسب از طریق ایجاد فضای جدی اما آرام، تأکید بر احترام به همه اعضای تیم، نشان دادن اشتیاق به آموزش، نشان دادن قدردانی از اعضا برای کار انجام‌شده و ارائه بازخورد مثبت و منفی به همه افراد.
۲. آموزش بالینی مؤثر به وسیله اشتراک‌گذاری فرآیند فکری در خصوص مسائل بالینی مرتبط، تخصیص وقت برای تدریس، حصول اطمینان از پایه دانشی شرکت‌کنندگان، ادغام مباحث نظری با یافته‌های واقعی، پرسش از تیم در خصوص چرایی تصمیمات تشخیصی درمانی، تبیین پاتوفیزیولوژی مرتبط با برنامه درمانی و بحث درباره مطالعات و یافته‌های مبتنی بر شواهد.
۳. انتقال انتظارات خود به دانشجویان از طریق شفاف‌سازی نقش و نحوه ارزیابی عملکرد آن‌ها.
۴. مدیریت تیم با برگزاری دوره‌ها به صورت سازمان‌یافته و کارآمد و به موقع، داشتن برنامه مراقبت منسجم و یکپارچه، و در نظر گرفتن زمان برای دستیاران در دوره‌های آموزشی جهت انجام سایر مسئولیت‌های تحویل داده‌شده.

1 Task-based Learning (TBL)

2 Small Group Teaching (SGT)

3 Guided Discovery Learning (GDL)

4 Mentor

5 Facilitator

6 Supervisor

7 Role Model

نقش «مربی» نیز مستلزم ارائه اطلاعات در مورد گزینه‌های شغلی، توسعه برنامه‌های شغلی، تمرکز بر اهداف شغلی، تحقق مراحل شغلی و ارزیابی پیشرفت شغلی دانشجویان است (Qiao Ting Low, Toh, Teo, Toh, & Krishna, 2018).

اساتید به عنوان «ناظر» در کنار دانشجویان بوده و راهنمایی‌های لازم را به آن‌ها خواهند داد اما مسئولیت اصلی را بر عهده دانشجو می‌گذارند. با اطمینان از مهارت کافی اساتید در ایفای نقش ناظر، می‌توان برنامه‌های نظارت از راه دور نیز طراحی کرد و از این طریق دانشجویان می‌توانند در سال‌های پایانی تحصیل خود با فعالیت در مناطق دورافتاده تحت نظارت برنامه‌ریزی شده اساتید و آموزش متناسب با نیاز، به کسب تجربه بپردازند و در اتخاذ تصمیم‌های بالینی به شجاعت کافی دست پیدا کنند. از طرفی دانشجویان می‌توانند از مهارت‌های کسب شده در حیطه‌های فراتوانایی ذکر شده در بالا به صورت عملی بهره‌گیرند و جهت ایفای نقش پزشک خانواده خود را آماده سازند (S. M. Wearne, Dornan, Teunissen, & Skinner, 2015). در نتیجه برای ایفای نقش‌های مزبور، هیئت‌علمی مرتبط نه تنها به عنوان یک پزشک بلکه باید به عنوان یک مدیر به فعالیت بپردازند و توانایی آن‌ها نیز نه تنها در حوزه دانشی بلکه در حیطه‌های مهارت‌های بین فردی گسترش یابد.

نحوه ارزشیابی دانشجویان پزشکی خانواده

در این خصوص دو موضوع محوری انواع ارزشیابی و حوزه‌های ضروری جهت ارزشیابی باید تبیین شود. ارزشیابی به دو نوع شکل‌دهنده و جمع‌کننده^۱ تقسیم می‌شود. ارزشیابی‌های شکل‌دهنده یا مستمر به ارزشیابی در طول دوران تحصیل گفته می‌شود که هدف آن اصلاح رفتار

۱ تفاوت ارزشیابی شکل‌دهنده (Formative) و ارزشیابی جمع‌کننده (Summative) بیشتر براساس هدف ارزشیابی است. هدف ارزشیابی شکل‌دهنده، بهبود مستمر موضوع در جهت ارزش‌های محوری است و شامل فعالیت‌هایی همچون بازخورد، رصد، اصلاح و بهبود می‌شود. نمونه‌هایی از روش‌های این نوع ارزشیابی در حیطه آموزشی شامل مشاهدات کلاسی، سنجش‌های غیررسمی، آزمون‌ها، ارزیابی همتایان و یا خود-ارزیابی است. درحالی‌که ارزشیابی جمع‌کننده با هدف ارزیابی نتایج یا دستاوردهای کلی پس از اجرای برنامه یا اقدام مورد نظر صورت می‌گیرد و بر قضاوت یا تصمیم‌گیری نهایی در مورد نتایج یا عملکرد کلی تمرکز دارد. نمونه‌هایی از روش‌های این نوع ارزشیابی در حیطه آموزشی عبارتند از آزمون‌های استاندارد، امتحانات پایان دوره آموزشی، پروژه‌های نهایی و مرور عملکرد.

با ارائه بازخورد است. ارزشیابی تجمعی در پایان دوره تحصیل صورت می‌گیرد و هدف آن تضمین کسب مهارت لازم توسط دانشجو است. به طور کلی می‌توان گفت در نوع شکل‌دهنده ارزشیابی به منظور یادگیری^۱ و در نوع تجمعی ارزشیابی از یادگیری^۲ صورت می‌گیرد. در حال حاضر ارزشیابی شکل‌دهنده روش ارجح در آموزش پزشکی خانواده است (Flum et al., 2015).

فلسفه ارزشیابی شکل‌دهنده بر این پایه استوار است که قبولی یا رد در آزمون‌های نهایی، به تنهایی افراد را از نقاط قوت و ضعفشان آگاه نمی‌سازد و دانشجویان باید اطلاعات معناداری در مورد عملکرد خود به دست آورند و از آن برای یادگیری خود استفاده کنند. به طور کلی می‌توان گفت ارزشیابی شکل‌دهنده توانایی دانشجویان در خودآموزی مستمر را افزایش داده و مدنظر قرار دادن رشد تدریجی دانشجو به عنوان معیار ارزشیابی، به افراد جهت بهبود مداوم خویش انگیزه می‌بخشد (Schuwirth, Valentine, & Dilena, 2017).

صرف نظر از نوع سنجش، عملکرد دانشجویان پزشکی خانواده باید در پنج حوزه زیر ارزیابی شود (Baglia et al., 2011; Jenkins, Mash, & Derese, 2012; Park, Hamstra, & Yamazaki, & Holmboe, 2021):

۱. مدیریت مؤثر خود و تیم به منظور اطمینان از ارائه مراقبت مبتنی بر شواهد و با کیفیت
۲. ارزیابی و مدیریت بیماران به صورت مقرون به صرفه با توجه به رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی
۳. تضمین سلامت و کیفیت زندگی خانواده و جامعه
۴. تسهیل یادگیری دیگران در مورد رشته پزشکی خانواده، مراقبت‌های اولیه سلامت و سایر موارد مرتبط با سلامت، نشان دادن نقش پزشک خانواده به عنوان یک معلم، مربی یا سرپرست
۵. اداره تمام جنبه‌های مراقبت‌های بهداشتی به شیوه‌ای اخلاقی و حرفه‌ای

نکته حائز اهمیت دیگر در بحث ارزیابی، داشتن برنامه اصلاحی است. بدین معنا که باید پس از شناسایی نقاط ضعف دانشجویان، برنامه‌های مدونی جهت مرتفع ساختن آن‌ها طراحی کرد و تا زمان حل مشکل پیگیری‌های لازم را به عمل آورد (Audétat, Voirol, Béland, & Fernandez, 2015).

۳-۲-۳-۲. گسترش پژوهش و ارزیابی اولویت‌های پژوهشی در پزشکی خانواده
برای گسترش پژوهش در هر رشته ابتدا باید وضعیت فعلی را ارزیابی کرد و متناسب با آن نیازسنجی‌های لازم را انجام داد. موضوعات مورد مطالعه در پژوهش آموزش پزشکی خانواده در بازه زمانی بین سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۲ به ترتیب تعداد مقالات به قرار زیر است (Webster et al., 2015).

- آموزش مداوم
- توسعه سرفصل‌های آموزشی
- آموزش در دوران تحصیل پزشکی عمومی
- روش‌های آموزش
- تکنیک‌های ارزیابی
- انتخاب دانشجویان ورودی
- مهارت‌های غیر بالینی^۱
- آموزش اساتید
- توسعه حرفه‌ای
- ارتقای دانش و مهارت هیأت علمی
- تصمیم‌گیری بالینی
- به‌زیستی دستیاران

از جمله معایب مقالات ذکر شده کمی بودن آن‌ها است حال آن‌که در حیطه آموزش پزشکی خانواده به مطالعات کیفی بیشتری برای پاسخ به چپستی و چگونگی مفاهیم نیاز است.

1 Non-clinical

گسترش پژوهش مستلزم مهیاسازی بسترهای لازم برای محققان است. به عنوان مثال در سنگاپور، پلی کلینیک‌های آموزشی-درمانی پزشکی خانواده^۱ وجود دارد که در سال ۲۰۱۰ جهت ترویج تحقیقات، کلینیک‌های مشاوره تحقیقاتی^۲ به ساختار آن اضافه شد و امکان مشاوره حضوری رایگان بین محققان باتجربه و مبتدی را فراهم ساخت. هر جلسه مشاوره تحقیقاتی - که حدود یک ساعت یا بیشتر به طول می‌انجامد- به کارکنان پلی کلینیک، دانشجویان مقطع آموزش پزشکی عمومی و پزشکان عمومی اجازه می‌دهد تا در مورد زمینه‌های تحقیقاتی کلیدی، اصلاح سؤالات پژوهشی، طراحی و اجرای مطالعه، تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارائه نتایج تا انتشار مقاله به بحث و گفت‌وگو بپردازند. مشاوران مرتبط دو متخصص پزشکی خانواده با مدرک کارشناسی ارشد تحقیقات هستند.

این اقدام یک رویکرد سیستمی برای توانمندسازی محققان مبتدی برای شروع تحقیقات است و به عنوان یک پلتفرم برای مربی‌گری محقق-محور^۳ عمل می‌کند که قادر است نیازهای خاص فرد یا تیم را در هنگام برنامه‌ریزی یا در میان اجرای تحقیقات برآورده سازد. اگرچه اکثر افراد آموزش‌های تحقیقاتی پایه را در مؤسسات دانشگاهی گذرانده بودند؛ اما این برنامه‌های آموزشی در اکثر مواقع قادر به پاسخ به سؤالات خاص یا ارائه راه‌حل‌های مناسب برای مشکلاتی که فرد یا اعضای تیم در طول مراحل برنامه‌ریزی یا اجرا با آن‌ها مواجه می‌شوند، نیست و این کلینیک‌ها قادر به پر کردن این خلأ هستند.

همچنین هنگامی که محققان تجربه عملی و اعتماد به نفس کافی در زمینه تحقیقات را به دست آوردند، در کلینیک‌ها و توسط اساتید فعال در این حوزه، بستری برای آن‌ها فراهم می‌شود تا برنامه آموزشی تحقیقاتی پیشرفته را دنبال کنند و مطالعات پیچیده‌تری را نیز انجام دهند و بدین ترتیب چرخه مثبتی جهت بسط دانش در این حوزه شکل خواهد گرفت (Lennon, Oberhofer, & McNair, & Keck, 2014; Tan, Tan, & Kin, 2013).

1 SingHealth Polyclinics (SHP)

2 Research Consultation Clinics (RCC)

3 Researcher-centric Coaching

۳-۳-۲. مدیریت منابع مالی

با بررسی ادبیات موضوع پزشکی خانواده، در حوزه مدیریت منابع مالی بر سه محور تاکید شده است: قرارداد پزشکان خانواده، نظام پرداخت و کاهش میزان هزینه‌ها. در ادامه به هر کدام از این محورها پرداخته خواهد شد.

۱-۳-۳-۲. نظام پرداخت

یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌هایی که در مطالعات پزشکی خانواده مورد بحث و بررسی قرار گرفته، نظام پرداخت است. برخی از نظام‌های پرداخت ارائه شده در این مطالعات، کارانه، حقوق ثابت، سرانه‌ای، پرداخت به ازای خدمت^۱، پرداخت مبتنی بر گروه‌های تشخیصی وابسته^۲، پرداخت مبتنی بر کیفیت و نتایج^۳، مدل همراه با پاداش و نظام‌های پرداخت ترکیبی است. طبیعتاً هر کدام از این مدل‌ها مزایا، معایب و محدودیت‌هایی دارند و هر دولتی بسته به بودجه و شرایط حاکم بر جامعه و وضع سلامت در کشور خود اقدام به انتخاب یک یا ترکیبی از این مدل‌های پرداخت می‌نماید. برخی از مطالعات نشان می‌دهد که مدل پرداخت سرانه در مقایسه با حقوق و سپس کارانه اولویت بالاتری در طرح پزشکی خانواده ایران دارد (مجاهد و همکاران، ۱۳۹۴).

در مورد مدل پرداخت به ازای خدمت بحث بسیار است اما یکی از نقاط ضعف اصلی این مدل، حمایت از حجم کمی بالا و در نتیجه کاهش عملکرد کیفی است. به این معنی که پزشکانی که بیماران با عارضه‌ی کمتر را ویزیت و زمان کمتری را برای بیماران صرف می‌کنند و پیگیری مداوم از بیمار را انجام نمی‌دهند، بیشترین درآمد را دارند. از سوی دیگر، پزشکانی که تعداد زیادی بیمار با عارضه‌های پیچیده‌تر دارند و بر مراقبت جامع و مداوم از بیمار تأکید می‌کنند، اغلب درآمدهای بسیار کمتری را دریافت می‌کنند، زیرا زمان کافی برای دیدن همان حجم از بیماران را ندارند (Brcic et al., 2012).

1 FFS: Fee for Service

۲ Diagnosis Related Groups (DRG): براساس طبقه‌بندی بیماران بستری است و تمامی هزینه‌های اقامت بیمار از زمان پذیرش تا زمان ترخیص را شامل می‌شود. این نظام پرداخت، بیماران را با توجه به تشخیص، درمان و طول مدت اقامت در بیمارستان طبقه‌بندی می‌کند. بیمارانی که از نظر تشخیص و درمان پزشکی مرتبط هستند و از نظر آماری طول مدت اقامت یکسان یا مشابهت دارند، در طبقات مشابه قرار می‌گیرند.

3 QOF: Quality and Outcomes Framework

بررسی‌ها حاکی از آن است که پزشکان خانواده تازه‌کار، مدل‌های همراه با پاداش جایگزین را -که به عنوان راهکاری برای بهبود سیستم‌های صورت حساب عادلانه، کیفیت زندگی کاری و کیفیت مراقبت از بیمار تلقی می‌شوند- ترجیح می‌دهند. همچنین طراحی و ارائه یک مدل پرداخت ترکیبی که به کیفیت خدمات، رضایت بیمار، تداوم پیگیری و شناسایی بیماری‌های مزمن منجر شود، الزامی به نظر می‌رسد و این نوع مدل پرداخت در نهایت باعث افزایش کارایی و رضایت پزشکان نیز خواهد شد (Bric et al., 2012).

در برخی از پژوهش‌ها در خصوص تفاوت و تأثیر مدل‌های توسعه‌یافته FFS و مدل‌های همراه با پاداش، به صورت ملموس و عددی بحث شده است. یکی از مدل‌های توسعه‌یافته، مدل FHG^۱ است که بسیار شبیه FFS عمل می‌کند، با این تفاوت که بیماران فهرست‌بندی می‌شوند، دسترسی بیماران به پزشکان تضمین شده است و پاداش تحت شرایط خاصی به ارائه‌کنندگان پرداخت می‌شود؛ برای مثال جهت دریافت خدمات مرتبط با مدیریت بیماری‌های مزمن و مراقبت‌های همه‌جانبه از این مدل استفاده می‌شود. این مدل توسط دولت انتاریو با هدف تسهیل انتقال به سمت مدل سرانه کامل به عنوان یک مدل میانی بین مدل‌های FFS و FHN^۲ معرفی شد. پزشکان خانواده‌ای که به مدل FHG منتقل شده‌اند به طور میانگین ۲۷ درصد و آن‌هایی که به مدل FHN منتقل شده‌اند ۱۰ درصد افزایش درآمد داشته‌اند. نکته مهمی که می‌توان به آن اشاره کرد اهمیت گذر از یک مدل پرداختی قدیمی به یک یا چند مدل جدید در طول یک مسیر تعریف‌شده و گام‌به‌گام با در نظر گرفتن فرصت‌هایی برای انتخاب هر کدام از مدل‌ها است. با این شیوه می‌توان مدل‌های کمتر استفاده‌شده را به مرور زمان حذف کرد (D. Gray, Hogg, Green, & Zhang, 2015).

در میان روش‌های پرداخت مختلف، یکی از روش‌هایی که بسیار مورد تأکید بوده، پرداخت مبتنی بر عملکرد^۳ یا مبتنی بر کیفیت است. پرداخت مبتنی بر عملکرد چالش‌های مختلفی دارد که مهم‌ترین آن‌ها، فقدان زیرساخت اطلاعاتی کافی از عملکرد پزشکان و کمی نبودن معیارها و شاخص‌ها برای این نوع ارزیابی عملکرد است (Delgoshaei, Vatankhah, & Sarabandi,)

1 Family Health Group Model

2 Family Health Network Model

3 Pay for Performance

2020). یکی دیگر از روش‌های مبتنی بر عملکرد، نظام پرداخت مبتنی بر گروه‌های تشخیصی وابسته است که در ۱۴ کشور از ۳۴ کشور عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی^۱ استفاده می‌شود. این الگوی پرداخت ضمن کنترل مصرف بودجه بیمارستان، منجر به افزایش کارایی، کاهش طول مدت اقامت در بیمارستان و بهبود شفافیت می‌شود (Anonymous, 2015).

از دیگر مدل‌های پرداخت، مدل پرداخت مبتنی بر کیفیت و نتایج (QOF) است که در کشور انگلیستان در حال اجرا است. در این روش برای هر «بیماری» تعدادی شاخص عملکردی تعریف شده و امتیازها بر اساس آن محاسبه می‌شود. به عنوان مثال برای دیابت شاخص‌های توده بدنی، هموگلوبین خون، فشارخون و غیره به عنوان شاخص تعریف شده است. با اندازه‌گیری این شاخص‌ها و براساس تعداد بیمارانی که در بازه مورد نظر قرار می‌گیرند، امتیازی کسب می‌شود که پرداخت نیز بر اساس همین امتیاز صورت می‌پذیرد (Doran, Campbell, Fullwood, & Kontopantelis, 2010).

مدل QOF در یکی از استان‌های جنوبی کشور استرالیا نیز به صورت پایلوت به اجرا درآمده است که درصد موفقیت بالایی به منظور تعیین حقوق دریافتی پزشکان دارد. مهم‌ترین مانع در راستای اجرای این مدل، الکترونیکی کردن داده‌های سلامت و فراهم کردن سیستم اطلاعاتی یکپارچه ملی برای دسترسی جامع پزشکان شاغل در چنین سیستمی به اطلاعات بیماران است. در بررسی هزینه-اثربخشی مدل پرداختی QOF می‌توان گفت که در مدیریت بیماری‌های مزمن غیرواگیر مانند دیابت، فشار خون و سکنه‌های مغزی به کارگیری این مدل پرداختی مزایای بلندمدت فراوانی داشته و باعث کاهش هزینه‌های کلی نظام سلامت در عرض چندین سال آینده شده و صرفه‌جویی ارزی قابل‌توجهی در پی دارد؛ هرچند در کوتاه‌مدت ممکن است موجب افزایش هزینه‌های نظام سلامت شود (Walker et al., 2010). نتایج نشان می‌دهد که این رویکرد مناسب بوده و باعث ارتقای ارائه خدمت و سلامت عمومی جامعه می‌شود که دلیل آن را می‌توان در افزایش انگیزه پزشکان به علت وجود مشوق‌های مالی دانست. همچنین به گونه‌ای طراحی شده است که پزشکانی که به صورت فردی فعالیت می‌کنند را به سمت فعالیت گروهی سوق می‌دهد (Doran et al., 2010; Walker et al., 2010).

بسیاری بر این اعتقاد هستند که این روش نسبت به سایر روش‌ها عادلانه‌تر بوده و به کیفیت بیشتر خدمات منجر شده است. همچنین QOF در بهبود و استاندارد کردن مراقبت‌های بالینی برای بیماران در سراسر مطب‌های عمومی موفقیت‌آمیز تلقی شده است. با این حال، یافته‌ها نشان می‌دهند که برخی از مدیران پزشکی عمومی بیش از حد بر شاخص‌های QOF متمرکز شده‌اند که این می‌تواند به پیامدهای منفی برای مراقبت از بیمار منجر شود (Cheraghi-Sohi, McDonald, Harrison, & Sanders, 2012).

برخی از مدل‌های پرداخت به یک نوع خاص بسنده نکرده و ترکیبی از چند روش پرداخت است. به طور مثال یک الگوی پرداخت سه‌جزئی به شرح زیر موجب افزایش رضایت پزشکان داخلی شاغل در بخش دولتی و کاهش شیفت این گروه و همچنین افزایش کیفیت خدمات درمانی و ارتقای خدمات پیشگیری شده است:

- حقوق ثابت: ۵۰٪ پرداختی پزشک را تشکیل می‌دهد و به ازای بسته‌های خدمتی ثابت و معین تعریف شده از سمت وزارت خانه پرداخت می‌شود.
- واحد ارزش نسبی^۱: ۲۵٪ پرداختی پزشک را شامل می‌شود و در قبال جداول از پیش تعیین شده‌ای که تعرفه مشخصی ما به ازای خدمات مختلف لحاظ کرده‌اند واریز می‌شود. خدماتی از قبیل پانسمان، آتل‌گیری، گچ‌گیری، ارائه رژیم غذایی فردی و غیره.
- پانل وزندهی شده: بر مبنای ویژگی‌های جمعیت تحت پوشش شامل سن، جنسیت و درآمد خانوار تعیین می‌شود و ۲۵٪ از واریزی ماهانه پزشک را تشکیل می‌دهد (Trowbridge, Bartels, Koslov, Kamnetz, & Pandhi, 2015).

سیاست‌گذاران نظام سلامت برای القای رفتارهای مورد نظر خود در جهت اهداف نظام سلامت می‌توانند از مدل‌های مختلف پرداخت بهره‌مند گردند. یکی از مهم‌ترین راه‌های انتخاب و استفاده از مدل‌های پرداخت، تأثیرگذاری آن‌ها بر روی شاخص‌های عملکردی مورد نظر سیاست‌گذاران است. شاخص‌های کاهش هزینه‌های نظام سلامت، ارائه خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت، رضایت‌مندی بیماران و پزشکان به عنوان شاخص‌های عملکردی اصلی طرح پزشکی خانواده تعیین شده‌اند. مهم‌ترین خلأ موجود در این راستا فقدان پایلوت‌های بلندمدت برای ارزیابی تأثیرگذاری مدل‌های مختلف نظام پرداخت بر روی شاخص‌های مختلف

1 Relative Value Units

عملکردی پزشک خانواده در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران محسوب می‌شود (مجاهد et al., 2015).

برخی از مطالعات، اولین گام اصلاح مدل ارائه خدمات را تغییر نظام پرداخت می‌دانند. به عنوان مثال یکی از مطالعات اصلاح مدل خانه پزشکی بیمار-محور^۱ کشور آمریکا را در گروه تغییر نظام پرداخت می‌داند. یکی از مشکلات اصلی نظام پرداخت در این مدل، پرداخت براساس تعداد ویزیت و روش درمان (ورودی و فرایند) است که باید به آن، پرداخت براساس نتیجه و ارزش خدمات نیز اضافه شود. از اصلی‌ترین مؤلفه‌های تغییر در مدل پرداخت می‌توان افزایش پرداخت، نگاه بلندمدت به مدل پرداخت، پرداخت‌های تشویقی در کنار پرداخت‌های ثابت را نام برد (Saultz et al., 2015).

۲-۳-۳. قرارداد پزشکی خانواده

موضوع تنظیم قرارداد در بحث استخدام و بقای نیروی انسانی طرح پزشکی خانواده مسئله‌ای انکارناپذیر است که همواره با چالش‌هایی روبرو بوده است. با توجه به ارتباط زیاد این موضوع با نظام پرداخت و جبران خدمات، ذیل بعد مدیریت مالی به آن پرداخته می‌شود. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۹ در سه استان کشور چین صورت گرفت تعدادی از عوامل مؤثر بر تسهیل و یا تضعیف انعقاد قراردادها مورد تاکید قرار گرفته بود که عبارتند از (۱) پایین بودن کیفیت و کمیت عملکرد و جمعیت پزشکان عمومی و خانواده به نسبت کل جمعیت، (۲) فقدان سازوکارهای تشویقی مالی و غیرمالی با هدف ترغیب دانش‌آموختگان دوره پزشکی عمومی برای مشارکت در مراقبت‌های اولیه، و (۳) مدل‌های ارزیابی مبتنی بر کیفیت در فرایند اجراپژوهی مدل پزشکی خانواده (Yuan, Wang, Li, Jia, & Tian, 2019). در مطالعه‌ای دیگر با هدف بررسی عوامل مؤثر در تنظیم قراردادهایی که پزشکان عمومی را تشویق به مشارکت در طرح پزشکی خانواده می‌نماید؛ هفت ویژگی مهم در قراردادها و هرکدام در سه سطح مورد بحث قرار گرفته‌اند (Ezatabadi, Rashidian, Shariati, Foroushani, & Sari, 2016). این ویژگی‌ها شامل موارد زیر است: مدت قرارداد، مدل پرداخت، سازمان یا نهاد متولی قرارداد، حجم جمعیت تحت

پوشش، محدوده جغرافیایی تحت پوشش، امکان ارائه خدماتی فراتر از بسته خدمت تعریف شده و برخورداری از سهمیه پذیرش دوره‌های تخصصی.

در زمینه ارتباط مدل‌های پرداخت و قراردادهای کاری شواهد نشان می‌دهد که پزشکان نسبت به نظام پرداخت سرانه تشویقی^۱ و پرداخت به ازای خدمت، در مقایسه با پرداخت سرانه به تهابی اقبال بیشتری دارند. همچنین طولانی‌تر بودن قراردادهای از نظر ایجاد امنیت شغلی بیشتر با وجود تغییرات ساختاری و سیاسی از دیگر عوامل مؤثر بر ترغیب پزشکان عمومی برای مشارکت در طرح پزشکی خانواده بوده است. در بین ترجیحات و مشوق‌های موجود برای انگیزش و افزایش مشارکت پزشکان در قراردادهای دوطرفه، مهم‌ترین عامل «نوع کارفرما» است که اقبال بیشتری به سازمان‌های بیمه‌گر خصوصی و بخش خصوصی در مقایسه با دانشگاه‌های علوم پزشکی وجود دارد. به علاوه تخصیص سهمیه در آزمون پذیرش دستیاری، قراردادهای طولانی‌مدت‌تر و مدل پرداخت سرانه به همراه پاداش به ترتیب در رتبه‌های بعدی مشوق‌های قراردادی جای دارند (Mohebbifar, Akbarirad, Ranjbar, & Rafiei, 2019).

۳-۳-۲. سازوکارهای کنترل هزینه

در بعد مدیریت منابع مالی طرح پزشکی خانواده، موضوع کاهش هزینه‌ها چه در رابطه با ارائه‌کنندگان خدمت و چه در رابطه با دریافت‌کنندگان خدمت همواره مورد بحث بوده و سازوکارهای مختلفی در این راستا مطرح شده است. در مطالعه کاظمیان و همکاران (2017) در رابطه با کاهش هزینه‌های غیرضروری طرح پزشکی خانواده با رویکرد جامعیت مراقبت‌ها نتایج زیر حاصل شد: به طور کلی با توجه به نتایج به دست آمده برای ضرایب اهمیت و ضرایب کشش می‌توان گفت مراجعات به پزشک خانواده در کاهش هزینه‌های ناشی از مراجعات غیرضروری اهمیت بسیار زیادی دارد. اهمیت و تأثیر شاخص مراقبت‌های پرستاری در کاهش هزینه‌های غیرضروری بسیار اندک بوده و اهمیت و تأثیر مراقبت‌های دارویی بسیار کمتر از مراجعات به پزشک است؛ این در حالی است که انتظار می‌رود شاخص مراجعات به داروخانه ضریب تأثیری نزدیک به مراجعات پزشک در کاهش هزینه‌های غیرضروری داشته باشد. گفتنی است در این پژوهش ضریب تأثیر خدمات آزمایشگاه تشخیصی بر کاهش هزینه‌های غیرضروری با توجه به

محدود بودن بسته خدماتی آزمایشگاه تشخیصی در طرح پزشک خانواده روستایی مناسب ارزیابی شده است (کاظمیان و همکاران، ۲۰۱۷).

مواردی همچون مدیریت منابع، استخدام افراد کارآمد در مرکز ارائه‌کننده، و خرید گروهی تجهیزات و لوازم پزشکی مورد نیاز از جمله مواردی هستند که در زمینه کنترل هزینه‌های طرح پزشکی خانواده در ادبیات مورد تاکید بوده است (Katz & Needham, 2012).

۲-۳-۴. مدیریت منابع انسانی

در بررسی ادبیات پزشکی خانواده با مسائل مختلفی پیرامون حوزه منابع انسانی در این الگوی ارائه خدمت مواجه می‌شویم. به هنگام مقایسه، بعضی از مشاغل، متعارف و جاری هستند؛ زیرا فعالیت‌های آن‌ها یک‌دست شده و تکراری‌اند و بعضی دیگر غیر معمول هستند. برخی نیاز به مهارت‌های گوناگون دارند و مشاغل دیگری میدان عمل محدودتری دارند. در برخی مشاغل افراد به تبعیت دقیق از روندها واداشته می‌شوند و بعضی دیگر به افراد آزادی عمل بیشتری می‌دهند. یک سنخ از کارها زمانی بیشترین توفیق را به همراه دارند که به وسیله گروهی از افراد به صورت جمعی صورت بگیرند و بعضی دیگر به وسیله افرادی که در اصل به صورت مستقل کار می‌کنند. عوامل مختلفی می‌تواند بر انگیزش و رضایت شغلی کارکنان اثرگذار باشد. در بسیاری از پژوهش‌ها مسائل گوناگونی در حوزه حرفه پزشکی خانواده همچون تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری، مهارت‌های ارتباطی، پایداری و رضایت شغلی، و جبهه شغلی و هویت سازمانی، ویژگی‌های شخصیتی، کمبود نیروی انسانی، فرسودگی شغلی، مراقبت‌های تیمی، بازخورد و ارزیابی و حفظ شایستگی و صلاحیت شغلی مورد بررسی قرار گرفته است. جهت اجرای درست پزشکی خانواده عمیق شدن در مسائل مذکور ضروری و اجتناب‌ناپذیر است از این جهت در ادامه به بحث و بررسی بیشتر پیرامون این مسائل خواهیم پرداخت.

۲-۳-۴-۱. تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری

از مسائل مرتبط با تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری تشخیص میزان فشار، حجم و سختی کار است. طراحی یک الگوی مناسب در این راستا، ابتدا مستلزم تعریف پروتکل‌های استاندارد خدمات شامل کلیه خدمات سیستم مراقبت‌های اولیه سلامت است. در ادامه تبیین ارزش معادل هر خدمت بهداشتی یا درمانی بر اساس عواملی نظیر تراکم جمعیت، تجربه پزشک، وضعیت اجتماعی-اقتصادی منطقه و غیره انجام می‌شود (Yin, Yin, Yang, Wang, & Chen, 2020).

یکی از مؤلفه‌های مؤثر بر تاب‌آوری ارائه‌کنندگان خدمت که در ادبیات به آن اشاره شده، موضوع جنسیت است. عامل جنسیت و در واقع نگاه اجتماعی موجود به جایگاه زنان نیز اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. مطالعات مختلفی جهت رفع این عامل صورت گرفته و پیشنهادهایی در سه سطح فردی، گروهی و سیستمی مطرح شده است (Shiner, Watson, Doochan, & Howe, 2020):

- در سطح فردی مواردی از قبیل پیش‌تمرین سناریوهای ممکن مانند تغییر دوره، بارداری و بازنشستگی و ایجاد آمادگی قبلی برای برخورد با هر نوع اتفاقی که پزشک ممکن است در طول زندگی حرفه‌ای خود با آن مواجه شود، داشتن نگرش بلندمدت به زندگی شغلی و سعی در ایجاد تعادل بین زندگی شخصی و حرفه‌ای حائز اهمیت است.
- در سطح گروهی تمهید ساختار، پرسنل، پروتکل‌ها و راهنماهایی که هر فرد حاضر در گروه به هنگام بروز تغییرات غیرمنتظره در مسیر زندگی حرفه‌ای دچار سردرگمی نشود، انتخاب افرادی به عنوان مربی که مسئولیت حمایت‌های عاطفی و اجتماعی را به هنگام بروز چنین مشکلاتی بر عهده گیرد و برقراری یک روحیه حمایتی در فضای کاری از مهم‌ترین موارد معرفی شده است.
- در سطح سیستمی الزام نهادهای قانون‌گذار و سایر ارگان‌های دخیل در سیاست‌گذاری کلان نظام سلامت به آگاه کردن پزشکان از قوانین و حقوق حرفه‌ای خود و برنامه‌ریزی شغلی پزشکان خانواده که دربرگیرنده ساعات کاری انعطاف‌پذیر باشد به عنوان اصلی‌ترین راهکارها مطرح شده است.

۲-۴-۳-۲. مهارت‌های ارتباطی

توانایی برقراری و حفظ ارتباط مؤثر با بیمار، از جمله ویژگی‌های کلیدی هر پزشک هست. این امر در خصوص حرفه پزشکی خانواده جلوه بسیار مهم‌تری می‌یابد؛ چراکه در خط مقدم برخورد با انواع بیماران هستند. برای کمی‌سازی این مقیاس کیفی از روش‌های متفاوتی می‌توان استفاده کرد. (Barańska et al., 2020). یکی از موارد مهم در خصوص مهارت‌های ارتباطی، گفت‌وگوی پزشک با خانواده بیمار در آستانه مرگ در رابطه با نوع درمان ترجیحی آن‌ها برای این مرحله از زندگی بیمار است، به خصوص زمانی که افراد خود نمی‌توانند در این رابطه تصمیم بگیرند. بنابراین یکی از مواردی که باید در گزینش و توانمندسازی رزیدنت‌ها و پزشکان خانواده

مدنظر باشد، مهارت برقراری ارتباط با خانواده بیمار در مراقبت‌های پایان زندگی^۱ و تأمین نیازهای درخواستی بیمار در این لحظات است.

مسئله جدید دیگری که در دنیای پزشکی امروز مطرح شده است، توانایی برقراری ارتباط در ویزیت‌های برخط است که به عنوان یک ویژگی مهم در خصوص به کارگیری پزشکان خانواده مورد توجه است. در این رابطه الگویی برای ارزیابی مهارت‌های بالینی و ارتباطی رزیدنت‌های پزشکی خانواده در جریان ویزیت‌های از راه دور بیماران طراحی و اجرایی شده و نتایج آن مورد بررسی قرار گرفته است. یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های موجود در ثبت الکترونیک داده‌های سلامت مسئله امنیت ارتباط بین پزشک و بیمار بوده که نیازمند ابزاری برای ارزیابی سطح این امنیت در چنین ارتباط‌هایی هستیم. در زمینه مهارت‌های ارتباطی همچنین پاسخ دیر هنگام به بیمار، نبود ارتباط همدلانه و پیام‌های طولانی مهم‌ترین مشکلات عنوان شده‌اند (Kim, Morris, & Heidrich, 2015).

۳-۴-۲. پایداری و رضایت شغلی

مانند هر حرفه دیگری، رضایت شغلی در نگهداشت و تداوم خدمت نیروی انسانی شاغل در طرح پزشکی خانواده حائز اهمیت است. رضایت شغلی به عوامل متعددی بستگی دارد که از جمله آن می‌توان مواردی چون درآمد، فضای کاری، جایگاه اجتماعی، استقلال کاری و غیره را نام برد. در حوزه پزشکی خانواده امکان طبابت خارج از ساعات کاری به صورت ویزیت‌های خانگی از جمله سیاست‌های تشویقی دولت برای جلب هر چه بیشتر مشارکت پزشکان عمومی در این برنامه به شمار می‌رود. به عنوان مثال در نظام سلامت کشور استرالیا سرویس تماس‌های خانگی بعد از ساعت کاری^۲ در این رابطه اجرا می‌شود. در این الگوی ارائه خدمت، پزشکان علاوه بر ساعات کاری عادی در سیستم بهداشتی درمانی ملی، به شکل آزاد قادر به ارائه خدمت در خانه بیماران هستند. میزان رضایت کلی پزشکان در این سرویس متوسط تا بالا گزارش شد که بیشتر از همه ناشی از مؤلفه‌های استقلال و آزادی شغلی، درآمد و میزان مسئولیت‌پذیری در کار بوده است (Ifediora, 2016). همچنین بررسی عوامل مؤثر بر عدم تمایل پزشکان خانواده

1 End of Life Care

2 After-hours House Calls

به ادامه همکاری در طرح^۱ PCMH کانادا نشان داد که ویژگی‌های فردی نقش اندکی در این زمینه داشتند و در مقابل پیچیدگی بیماری بیماران به خاطر به چالش کشیدن ذهن پزشک و ایجاد رضایت شغلی، فضای مناسب همکاری بین‌رشته‌ای در زمینه‌های کاری و وضعیت خانواده‌های تحت پوشش در کنار درآمد بالا جزء عوامل مثبت در افزایش ماندگاری پزشکان در طرح PCMH محسوب می‌شوند (Ammi, Diop, & Strumpf, 2019).

البته در برخی از مطالعات مشخص شد که اثرگذارترین متغیرهای رضایت و تعهد شغلی، متغیرهایی بودند که مربوط به روابط اجتماعی می‌شدند و نه محدودیت زمانی، درآمد یا استقلال پزشک. این یافته می‌تواند مؤلفه اجتماعی قوی کار پزشک خانواده را منعکس کند. این نتیجه نشان می‌دهد که مداخلات با هدف بهبود کیفیت‌های اجتماعی روابط اطراف پزشکان خانواده، مسیر مهمی برای کیفیت بهتر زندگی کاری آن‌ها است (Karsh, Beasley, & Brown, 2010). شواهد گردآوری‌شده نشان می‌دهد که کنترل عواملی همچون تقاضاهای شغلی بالا و نظارت کمتر ممکن است به تعهد سازمانی بهتر کمک کنند و بنابراین، کمبود پزشکان در مراقبت‌های اولیه را کاهش دهند. علاوه بر این، ایجاد تنوع بیشتر در وظایف کاری پزشکان عمومی تأثیرگذار بوده و ممکن است حتی کیفیت مراقبت‌های اولیه را نیز بهبود بخشد و باعث افزایش رضایت شغلی شود (Kuusio, Heponiemi, Sinervo, & Elovainio, 2010). تحقیقات حاکی از آن هستند که پایداری شغلی نیز در تعریف نقش معین و کیفیت ارائه خدمت پزشکان خانواده اثرگذار است. مشاهده شده است که رضایت شغلی کلیدی‌ترین عاملی است که منجر به پایداری شغلی در این قشر می‌شود (Liu et al., 2019).

۴-۳-۲. وجهه شغلی و هویت سازمانی

نتیجه مطالعات در خصوص هویت سازمانی، شکاف رابطه پزشک و سیستم از منظر پزشکان و تصمیم‌گیرندگان و سیاست‌گذاران بوده است. یکی از راه‌حل‌های این مسئله، مشارکت در فعالیت‌های اصلاح مراقبت‌های اولیه توسط خود پزشکان خانواده است که هویت نقش حرفه‌ای پزشک خانواده را از «کارشناس مستقل» به «سرپرست تیم» تبدیل می‌کند (Kreindler et al., 2019). نکته دیگر آنکه جایگاه پزشک خانواده باید به صورت دقیق و محکم در نظام سلامت مشخص شود و مدام این احساس را نداشته باشند که سایر متخصصان مشغول دخالت در امور

محواله به ایشان هستند. همچنین برای ارتقای وجهه پزشک خانواده باید تلاش نمود و در مجامع علمی به آن‌ها بها داده شود و مردم باید توجیه شوند که اهمیت و اولویت پزشک خانواده در چه حدی است (Adarkwah, Schwaffertz, Labenz, Becker, & Hirsch, 2019).

۵-۴-۳-۲. ویژگی‌های شخصیتی

علاوه بر ویژگی‌های شغلی، عامل دیگری که در جذب و ماندگاری پزشکان خانواده به ویژه در مناطق محروم و دورافتاده تأثیرگذار است، ویژگی‌های فردی و شخصیتی پزشکان است. عواملی همچون سن بالا، علاقه شخصی به فعالیت در مناطق کم‌برخوردار، چالش‌پذیری و شخصیت ریسک‌پذیر، تاب‌آوری و ماندگاری بالا، خود‌هدایتی^۱ و انعطاف‌پذیری از مؤلفه‌های مثبت برای سوق پزشکان به فعالیت در مناطق روستایی قلمداد می‌شود (Eley, Laurence, Cloninger, & Walters, 2015). یکی از ویژگی‌های مهمی که برای پزشکان خانواده تعریف می‌شود، نحوه کار تیمی و برخورد و رفتار با بیماران و همکاران است. در یکی از مطالعات، هفت شاخص رفتاری برای تیم‌های پزشکی خانواده دسته‌بندی شده‌است که تعهد، مسئولیت‌پذیری، احترام متقابل، برقراری ارتباط، خیرخواهی، هماهنگی با تیم و استقلال را شامل می‌شود (Gaudet, Kelley, & Am Williams, 2014).

۶-۴-۳-۲. کمبود نیروی انسانی

مسئله کمبود نیروی انسانی نیز از جمله مهم‌ترین دغدغه‌های طرح پزشکی خانواده در ایران به شمار می‌رود. در این رابطه مطالعه گسترده‌ای بر روی نظام سلامت کشور بوسنی و هرزگوین در طول بیست سال پس از جنگ این کشور صورت گرفته‌است. در طول دو دهه اخیر به علت مسائلی همچون درآمد پایین، جایگاه اجتماعی پایین‌تر در مقایسه با متخصصین پزشکی، حجم کاری بالا و نامتناسب با حقوق دریافتی، فعالیت اجباری در مناطق کم‌برخوردار و خارج از اختیار پزشک، کاهش علاقه و تمایل دانش‌آموختگان پزشکی عمومی به ادامه تحصیل در تخصص پزشکی خانواده و مسئله مهاجرت به علت فراهم بودن فرصت‌های شغلی و پیشرفت کاری بیشتر جایگزینی نسل اول پزشکان خانواده در این کشور که به مرحله بازنشستگی رسیده‌اند با نیروهای جوان با تهدید جدی روبه‌رو شده‌است. موضوع فوق برای نظام سلامت کشور ما نیز صدق می‌کند و تأمین نیروی انسانی لازم برای پیاده‌سازی مدل پزشکی خانواده در

1 Self-directedness

مناطق روستایی و شهری یکی از معضلات اصلی پیش روی پیاده‌سازی این مدل است (Hodgetts et al., 2020). با بررسی پیشینه پژوهش، در رابطه با مسئله‌ی کمبود نیروی انسانی، می‌توان به چندین راهکار اشاره کرد:

- نگهداشت پزشکان خانواده موجود: سه عامل اصلی شامل مؤلفه‌های شغلی، شخصی و اجتماعی را می‌توان به عنوان مهم‌ترین عوامل در حوزه نگهداشت پزشکان خانواده به خصوص در مناطق محروم معرفی کرد. مؤلفه‌های شغلی شامل میزان تأمین پزشک، پویایی پزشک، دایره فعالیت و همچنین مؤلفه‌های شخصی شامل حس تناسب با شغل، انتخاب شخصی، حمایت همسر و خانواده و در نهایت مؤلفه‌های اجتماعی شامل قدردانی، ارتباطات اجتماعی، حمایت فعال، امکانات تفریحی، رفاهی هستند (Cameron, 2012).
- افزایش دامنه فعالیت پزشک خانواده: دایره فعالیت پزشک خانواده را در سه حوزه مراقبت‌های سرپایی، مراقبت‌های اورژانس و مراقبت‌های سیار دسته‌بندی کرد. جنسیت مذکر، فاصله کوتاه بین دانش‌آموختگان تا شروع کار، سابقه فعالیت در بیمارستان، حومه شهر و مناطق روستایی، برخورداری از تجربه کاری و دارا بودن مدرک مورد رابطه مستقیمی با دامنه فعالیت بیشتر دارد (Ie, Ichikawa, & Takemura, 2015).
- استفاده از نیروهای تعلیم‌دیده با هزینه‌ی کمتر: در یکی از مطالعات، حضور «پزشکیار»^۱ در نظام پزشکی خانواده ایالت پنسیلوانیا بررسی شد. نتیجه‌ای که حاصل شده است این بود که میزان و گستره‌ی فعالیت PA از پزشک کمتر است، اما میزان حقوق دریافتی پزشکیار نیز تا حد چشم‌گیری از پزشک کمتر است و در نتیجه استفاده از تعداد بیشتری از پزشکیاران را مقرون به صرفه‌تر می‌داند. اما این نکته نباید مغفول بماند که برای جلوگیری از ریسک‌های احتمالی، یک تیم از پزشکیاران زیر

نظر یک پزشک فعالیت کنند (Grzybicki, Sullivan, Oppy, Bethke, & Raab, 2002).

- استفاده از نقش‌های جدید همچون پزشک‌پرستار: با تقسیم وظیفه بین پزشک‌پرستارها و پزشکان عمومی به گونه‌ای که پزشک‌پرستارها بیماران پیچیده اجتماعی را درمان کنند و پزشکان عمومی روی موارد پیچیده پزشکی تمرکز کنند می‌تواند بسیار راهگشا باشد. تخصیص وظایف براساس پیچیدگی را می‌توان براساس جمعیت بیماران، محیط، متخصصان بهداشتی درگیر و نقش‌هایی که ایفا می‌کنند در نظر گرفت (Cody, Gysin, Merlo, Gemperli, & Essig, 2020).
- استفاده از افراد بومی در مناطق محروم و آموزش دانشجویان در مراکز روستایی: بین علاقه دانش‌آموختگان به انتخاب حرفه‌ی پزشکی خانواده در روستا و میزان آموزش‌هایی که در این باره دیده‌اند، رابطه مستقیم یافت شده‌است. همچنین کسانی که زادگاه روستایی دارند، تمایل بیشتری به انتخاب پزشکی خانواده در روستا دارند (Mitra, Gowans, Wright, Brenneis, & Scott, 2018).
- مدیریت قرارداد و استفاده از مشوق‌ها: باید متخصصان بهداشت عمومی را به عنوان کارمند دولتی با قراردادهای بلندمدت برای مناطق شهری مورد نیاز استخدام کرد، اما در خصوص مناطق محروم به دنبال همکاری پاره‌وقت با ایشان بود و اجازه فعالیت‌های دوگانه داد. همچنین می‌توان برای فعالیت‌های اضافی پاداش تعیین نمود (Anonymous, 2015).
- استفاده گسترده‌تر از پزشکی از راه دور: در گزارش بررسی‌های اقتصادی از سازمان همکاری و توسعه اقتصادی به گسترش پزشکی از راه دور و ویزیت آنلاین در جهت تأمین کمبود نیروی انسانی اشاره شده‌است (Anonymous, 2015).

۲-۳-۴-۷. فرسودگی شغلی

یکی از مهم‌ترین معضلات تهدیدکننده منابع انسانی در هر شغلی، موضوع فرسودگی شغلی است که در زمینه نگهداشت پزشکان خانواده نیز از مهم‌ترین چالش‌های پیش رو به حساب می‌آید. می‌توان سه ویژگی مهم خستگی روحی (عاطفی)^۱، زوال هویتی^۲ و رضایت شخصی^۳ را در این خصوص نام برد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که فرسودگی شغلی در میان پزشکان عمومی، به ویژه پزشکان عمومی مجرد، پزشکان عمومی با رضایت شغلی کمتر و کسانی که در محل کار در معرض خشونت قرار دارند رایج است (Gan et al., 2019). همچنین شدت فرسودگی شغلی در افراد مختلف متفاوت بوده و می‌توان آن را براساس شاخص‌هایی که برخی از آن‌ها در بالا ذکر شد سطح‌بندی نمود (Adarkwah et al., 2019).

از جمله راهکارهای غلبه بر فرسودگی شغلی می‌توان به کاهش ساعات کاری پزشکان، کاهش حجم فعالیت‌های ثبت الکترونیک و پرهیز از ثبت داده‌های بدون کاربرد و اضافی، تغییر رویکرد نظام‌های جایگزینی نیروی انسانی و به‌روزرسانی آن، تغییر جو حاکم بر فضای کاری پزشکان به سمت اهمیت قائل شدن برای سلامت روانی و روحی پزشکان و افزایش روحیه همکاری بین اعضای یک تیم ساکن در مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی اشاره کرد (Dillon et al., 2020).

۲-۳-۴-۸. مراقبت‌های تیمی

یکی از ساختارهایی که در طراحی نظام پزشکی خانواده بارها استفاده شده، ساختار مراقبت‌های تیمی^۴ بوده است. این ساختار غالباً به دو صورت اجرا شده است: یکی آن که تیم درمانی متشکل از کارشناسان تغذیه و روانشناسی و مامایی و مراقب سلامت و غیره باشند که زیر نظر یک پزشک به عنوان پزشک خانواده فعالیت کنند؛ و حالت دیگر این است که علاوه بر پزشک خانواده، تیم شامل پزشکان متخصص دیگری مثلاً در حوزه زنان و اطفال و روان‌پزشکی و غیره باشد. به طور معمول بیمارانی که مبتلا به چند بیماری مزمن هستند از مراقبت‌های تیمی بیشترین بهره را می‌برند (Anonymous, 2015; Ngangu et al., 2021; Reiss-Brennan et al., 2016).

1 Emotional Exhaustion

2 Depersonalization

3 Personal Accomplishment

4 Team Based Care

۹-۴-۳-۲. بازخورد و ارزیابی

هر الگوی ارائه خدمتی به منظور این که بتواند به شکل کامل به اهداف از پیش تعیین شده خود برسد و از مسیر تعریف شده اش منحرف نشود، باید به طور مداوم مورد پایش و ارزیابی قرار گیرد. مدل های متعددی به منظور سیستم ارزیابی نظام های ارائه خدمت مطرح شده که یکی از جدیدترین نمونه های آن مدل چهار فازی ای است که در کشور سوئیس به اجرا در آمده است. این مدل مراقبت اولیه که در کشور سوئیس به شکل پایلوت به اجرا در آمده است، با هدف اصلی اضافه نمودن پرستار مراقبت های اولیه به مجموعه پزشک خانواده بوده است (Leuthold et al., 2020).

کالج پزشکان و جراحان آلبرتا و نوا اسکوشیا^۱ از یک برنامه بازخورد چندمنبعی استاندارد شده به نام مرور دستاورد پزشک^۲ برای ارزیابی عملکرد پزشکان استفاده می کنند. این ارزیابی از طریق پرسشنامه هایی که توسط همکاران پزشک، سایر همکاران و بیماران تکمیل می شود، صورت می گیرد. این پرسشنامه ها در پنج حوزه عملی شامل ارتباط مشاوره ای، تعامل با بیمار، خودمدیریتی حرفه ای، صلاحیت بالینی و مدیریت روانی اجتماعی بیماران طراحی شده اند. پزشکان خانواده و متخصص نمونه هایی از رفتارها را ارائه کردند که نشان دهنده عملکرد با امتیاز بالا یا پایین برای پنج حوزه عملی نام برده است (Sargeant, Macleod, Sinclair, & Power, 2011).

مدل اعتباربخشی ارائه کنندگان مراقبت های سلامت به طور فزاینده ای در سراسر جهان مورد استفاده قرار می گیرد. اعتباربخشی از طریق ارزیابی کیفیت فرآیندهای سازمانی و عملکرد آن طبق استانداردهای مکتوب، مصوب و منطبق با استانداردها به وسیله افراد مجرب و متخصص انجام می شود. یکی از اهداف اصلی اعتباربخشی تأمین، حفظ و ارتقای ایمنی بیمار، همراهان و کارکنان به شمار می رود. طرح اعتباربخشی ارائه کننده مراقبت های پزشکی اولیه^۳ در سطح عمل مطرح شده و مورد استفاده قرار گرفته است (Campbell, Chauhan, & Lester, 2010).

1 College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia (CPSNS)

2 Physician Achievement Review (PAR /NSPAR)

3 Primary Medical Care Provider Accreditation

۱۰-۴-۳-۲. حفظ شایستگی و صلاحیت شغلی

در حرفه پزشکی، حفظ صلاحیت و شایستگی شغلی پس از دانش آموختگی و به شکل درازمدت یک چالش بسیار مهم محسوب می‌شود و باید تدابیر دقیقی برای این موضوع اندیشیده شود که وظیفه آن بر عهده نهاد متولی سلامت هر کشور است. به منظور حفظ، ارتقا و به‌روزرسانی دانش پزشکان خانواده و نیز افزایش کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی ارائه‌شده در الگوی پزشکی خانواده، طرح حفظ صلاحیت در نظام سلامت کشور آمریکا اجرا می‌شود تا پزشکان همواره در طول زندگی حرفه‌ای، خود را ملزم به به‌روز کردن و حفظ صلاحیت شغلی خود بدانند. مسئله‌ای همیشگی این طرح، مقایسه اهداف از پیش تعیین‌شده آن با نحوه اجرا و واقعیات تحقیق‌یافته است که بر طبق نظرسنجی‌ای که از نمونه این مطالعه صورت گرفت، فاصله زیادی بین اهداف و واقعیت کارآمدی طرح بوده است. از همین رو پیشنهادهایی در شش زمینه ارائه شد که شامل: ارزش‌ها، هماهنگی، کارایی، ارتباط پذیری، انسجام و حمایت بوده تا میزان مقبولیت و موفقیت این طرح را در بین پزشکان خانواده افزایش دهد و از همین نقطه نظر رضایت عمومی را از کیفیت ارائه خدمات و کارایی مدل پزشکی خانواده بالاتر ببرد (Cook, Holmboe, Sorensen, Berger, & Wilkinson, 2015).

در این رابطه همچنین مطالعه‌ای با هدف تطبیق بین فرهنگی برای استفاده از پرسشنامه خودارزیابی شایستگی‌های بهبود کیفیت در کشور اسلونی صورت گرفته است (Klemenc-Ketiš, Kuhar, Kersnik, Burazeri, & Czabanowska, 2014). این پرسشنامه از ۳۷ مؤلفه در شش بُعد تشکیل شده است. پس از انجام یک مطالعه مقطعی بر روی ۳۹۸ نفر از پزشکان خانواده این کشور که به شکل تصادفی انتخاب شده بودند، روایی و پایایی این پرسشنامه در راستای ارزیابی مداوم مدل پزشکی خانواده با هدف ارتقای مداوم کیفیت خدمات ارائه‌شده به اثبات رسیده است.

در مطالعه‌ای دیگر شایستگی و صلاحیت پزشک خانواده با ۳۲ مؤلفه که در پنج بعد خلاصه می‌شود مورد سنجش قرار گرفته است که شامل: مهارت‌های خدمات بهداشتی، مهارت‌های خدمات مراقبت‌های بهداشتی آنلاین، حرفه‌ای‌گری، مهارت‌های ارتباطی و کار تیمی و ویژگی‌های شخصی (Ni, Wang, Zhou, & Zhang, 2020).

۵-۳-۲. مدیریت دانش و اطلاعات

یکی از مهم‌ترین بخش‌های طرح پزشکی خانواده که به عنوان بازوی اقدام و فعالیت این برنامه عمل می‌کند، بحث دانش و اطلاعات است. مدیریت دانش و اطلاعات در طرح پزشکی خانواده به معنی استفاده از ظرفیت‌های دانش و اطلاعات برای بروز رسانی، جمع‌بندی و بهره‌وری از داده‌ها و اطلاعاتی است که در طرح پزشکی خانواده مورد استفاده قرار می‌گیرد. (Brennan & McGrady, 2015; Buckingham, Donatelle, Thomas Jr, Scherger, & Taylor, 2013).

مدیریت دانش و اطلاعات به عوامل مختلفی بستگی دارد و برای انجام این مهم به نحو صحیح خود، باید همه این عوامل و نقش آن‌ها در اجرای طرح پزشکی خانواده را در نظر گرفت. مبتنی بر جستجوی ادبیات و مرور منابع، هفت مؤلفه اصلی بر بُعد مدیریت دانش و اطلاعات اثرگذار بوده که ذیل هرکدام از آن‌ها، مؤلفه‌های فرعی نیز استخراج شده‌است. در ادامه به بررسی آن‌ها پرداخته خواهد شد.

۱-۵-۳-۲. نقش نیازسنجی در مدیریت دانش و اطلاعات

قبل از تدوین و اجرای برنامه مدیریت دانش و اطلاعات در طرح پزشکی خانواده، نیازسنجی و اولویت‌بندی آن‌ها برای پیگیری و اصلاح در ساختار برنامه ضروری است. این نیازسنجی مبتنی بر شواهد، تجارب و ساختارهای موجود سیاسی و سلامت کشور است که با رویکردهای مختلفی انجام می‌شود. فرایند نیازسنجی باید بر مبنای رویکردهای علمی باشد تا بتواند تمام جوانب مدیریت دانش و اطلاعات را مورد بررسی قرار دهد و در نهایت محصول و بسته‌های خدماتی طرح پزشکی خانواده منطبق بر نیازهای سلامت مردم ساخته و ارائه شود (McEwen, Griffiths, & Schultz, 2015; Sam, Heathcote, Wong, Wooster, & Shah, 2011). در ادامه به مؤلفه‌های فرعی این عامل پرداخته خواهد شد.

نیازها و اولویت‌های سیاست‌گذاران و مدیران

مدیران و سیاست‌گذاران حوزه سلامت و به طور خاص طرح پزشکی خانواده، به دلیل شرایطی که در آن حضور دارند و بر مبنای منابع موجود، اسناد بالادستی و محدودیت‌های قانونی و سیاستی، ممکن است راهبرد خاصی را برای بخشی از برنامه‌های بهداشتی درمانی اتخاذ کنند. در طرح پزشکی خانواده نیز، توجه به نیازهای مورد نظر مدیران و سیاست‌گذاران با توجه به وضعیت موجود، در بخش مدیریت دانش و اطلاعات مهم و حیاتی است. به نظر می‌رسد نیازسنجی و اولویت دانش و اطلاعات بر مبنای نگاه سیاست‌گذاران و مدیران نیز اقدام مهمی

است که جوانب اجرایی و عملیاتی را مدنظر قرار می‌دهد. گاهی دسترسی به برخی پنل‌های مدیریتی منطبق بر اطلاعات خروجی از سیستم بهداشتی و پزشکی خانواده از اولویت‌ها و نیازهای طرح پزشکی خانواده است که توجه به آن مهم است (Doshmangir, Bazyar, 2016; Doshmangir, Mostafavi, & Takian, 2017; Khanassov & Vedel, 2016).

نیاز محیط ارائه خدمت و دریافت‌کنندگان خدمت

یکی از چالش‌های سیاست‌گذاری در حوزه سلامت، عدم توجه به نیازهای بومی و محل ارائه خدمات است. به طوری که هرگونه تصمیم و مصوبه ممکن است در تمام کشور با شرایط مختلف قابلیت اجرا نداشته باشد. در مدیریت دانش و اطلاعات، به دلیل گستردگی کشور و دسترسی اکثر نقاط کشور به برنامه ارائه خدمات بهداشتی درمانی به‌ویژه پزشکی خانواده، نیازسنجی مدیریت دانش و اطلاعات منطبق بر نیازهای محیط ارائه خدمت لازم به نظر می‌رسد (Saigi- Rubió, Jiménez-Zarco, & Torrent-Sellens, 2016; Thompson, 1997).

با وجود انجام مطالعات وسیع و سهم قابل توجهی از ابعاد دانش و اطلاعات پیرامون طرح پزشکی خانواده، همچنان برنامه‌ریزی‌ها مبتنی بر مسائل فنی و تکنیکی رقم می‌خورد؛ درحالی‌که توجه به نیازهای مردم و انتظارات آن‌ها از مدیریت دانش و اطلاعات می‌تواند در راهبری موضوع کمک‌کننده باشد. به گونه‌ای که مدیریت دانش و اطلاعات نیز باید بتواند، ضمن بهره‌گیری از داده‌های خام و در دسترس بودن برای تحلیل مدیران و پژوهشگران، به نیازهای مردم و خدمت‌گیرندگان نیز توجه کند. ایجاد نمایه سلامتی برای هرکدام از خدمت‌گیرندگان، مشخص کردن روند تغییرات سلامتی، تسهیل در دریافت خدمات و ایجاد نظام یکپارچه پرونده سلامت از ابعادی است که به‌عنوان نیاز مردم مطرح است و در نیازسنجی طرح پزشکی خانواده و تحقق مدیریت دانش و اطلاعات باید بدان توجه کرد (Brotman & Yaffe, 1994; Mitchell et al., 1995; Witkin, Altschuld, & Altschuld, 2018).

نیازهای پژوهشی

دانش و اطلاعات مستخرج از طرح پزشکی خانواده می‌تواند در قالب اقدامات پژوهشی و تحقیقات مورد استفاده قرار گیرد. ارائه خدمات در طرح پزشکی خانواده مبتنی بر پرسشگری و بررسی جنبه‌های سلامتی جمعیت تحت پوشش است و داده‌های این بررسی می‌تواند مبنایی برای انجام تحقیقات کاربردی و برای تصمیم‌گیری در ابعاد سلامتی جامعه تحت پوشش، استان

و کشور باشد. به نظر می‌رسد اولویت‌بندی و نیازسنجی برای راه‌اندازی و توسعه مدیریت دانش و اطلاعات باید از منظر نیازهای پژوهشی و تحقیقات نیز مورد توجه باشد. اگر چنانچه نظام سلامت بخواهد از اطلاعات مستخرج طی ارائه خدمات، استفاده مطلوب داشته باشد، باید ابتدا نیازهای پژوهشی و تحقیقات خود را مشخص کند و بر مبنای آن سیستم اطلاعات و مدیریت دانش را ایجاد کند (Hughes et al., 2015; Wilson, Devasahayam, Pollock, Dubrowski, & Renouf, 2021).

از سوی دیگر ابتدای هر برنامه‌ای به شواهد علمی لازمی اجرای آن است. به‌روز بودن زمینه‌های مرتبط با مدیریت دانش و اطلاعات، استفاده از تجارب موفق سایر کشورها، علمی بودن فرایند مدیریت دانش و اطلاعات و بهره‌گیری حداکثری از دانش موجود در پزشکی خانواده می‌تواند زیرساخت مهمی را در موفقیت هرچه بیشتر برنامه فراهم کند. به نظر می‌رسد برخی تصمیمات برای برقراری ساختار و شبکه اطلاعات در برنامه‌های سلامت مبتنی بر شواهد و دانش موجود نیست و این می‌تواند به شکست رویکرد بیانجامد (Barghouti, Halaseh, Said, Mousa, & Dabdoub, 2009; Gopalakrishnan & Ganeshkumar, 2013; Hodges, Inch, & Silver, 2001; Izet Masic, Miokovic, & Muhamedagic, 2008).

نیازهای پشتیبانی و حمایتی

با پیشرفت فناوری، زمینه‌ی دانش و اطلاعات تغییرات اساسی کرده‌است. بسیاری از کشورهای دنیا، با استفاده از فناوری‌های وسیع در قالب اینترنت، رایانه و ابزارهای الکترونیک، مسیر خدمات سلامت خود را راهبری می‌کنند. یکی از ملزومات برقراری نظام اطلاعات و مدیریت آن در واحدهای ارائه خدمات، توجه به نیازهای پشتیبانی و حمایتی است. بدون در نظر گرفتن وضعیت زیرساخت‌ها، فرصت‌ها، امکانات و شرایط موجود در واحدهای ارائه خدمات، مدیریت دانش و اطلاعات در عمل محقق نمی‌شود. نظام سلامت بر مبنای نیازهای پشتیبانی باید، در جهت حمایت از بخش‌های ضعیف اقدام کند و شرایط بهره‌وری از نظام داده‌ای و اطلاعات را ایجاد کرده تا همه بخش‌های سلامت تحت پوشش شبکه وسیع دانش و اطلاعات قرار گیرند (Feng, Cheng, Luo, Xiao, & Zhang, 2020; Shang et al., 2019; WHO, 1995).

نیازسنجی از منظر ابعاد قانونی

اجرای هر بخش از برنامه‌های نظام سلامت از نظر همخوانی با قوانین بالادستی بسیار مهم است. در مدیریت دانش و اطلاعات، حفظ محرمانگی اطلاعات و داده‌های مردم و خدمت‌گیرنده موضوع بسیار مهمی است. از سویی دیگر، شبکه دانش و اطلاعات نیز باید منطبق بر بسترهای قانونی هر کشور و نظام سلامت باشد. دسترسی به اطلاعات افراد، اشتراک داده‌ها، بهره‌مندی کافی از دانش و اطلاعات موجود و تعیین وظایف قانونی هر بخش در تحقق مدیریت اطلاعات، می‌تواند اهمیت نیازسنجی اقدام در این حیطة را از منظر قانونی و همخوانی با سایر اسناد بالادستی نشان دهد (Drozdal et al., 2019; Khanassov & Vedel, 2016; Pedersen, 2015; Shrestha, & Spackman, 2015; Pinto & Bloch, 2017).

۲-۳-۵-۲. اصلاح فرآیندهای موجود

لازمه انجام هر بخش از برنامه‌های نظام سلامت، بررسی وضعیت موجود و اصلاح ساختارهای مورد استفاده فعلی است. با این نگاه، می‌توان از نقاط قوت مورد نظر استفاده کرد و به سمت اصلاحات ساختاری نقاط ضعف حرکت کرد. در برنامه مدیریت دانش و اطلاعات طرح پزشکی خانواده نیز، این رویکرد می‌تواند ضمن جلوگیری از دوباره‌کاری‌ها و تحمیل هزینه‌های اضافی، به جای تدوین یک ساختار جدید و مجزا، با اصلاح ساختارهای موجود پیش رفته و اقدامات لازم انجام گیرد (Potworowski & Green, 2016; Sargent, McCullough, Del Mar, & Lowe, 2017). مهم‌ترین زیرمؤلفه‌ی این عامل، شناخت وضعیت موجود است که در ادامه به تفصیل به آن پرداخته خواهد شد.

شناخت وضع موجود؛ شناسایی نقاط قوت و ضعف

اجرای طرح پزشکی خانواده و ابعاد مدیریت دانش و اطلاعات در آن نیازمند شناخت وضعیت موجود است. برای وضعیت‌شناسی، از ابزارهای مختلف می‌توان استفاده کرد. استفاده از نخبگان کلیدی، منابع موجود، دستورالعمل‌ها و تطبیق با برنامه‌های مشابه سایر کشورها نمونه‌هایی از این ابزارهاست. (Stephanie A. Lenzen et al., 2015; Stephanie Anna Lenzen, Daniëls, van Bokhoven, van der Weijden, & Beurskens, 2017; van der Weijden et al., 2017).

همچنین لازمه راه‌اندازی شبکه دانش و اطلاعات در طرح پزشکی خانواده، شناسایی موانع، نقاط قوت و ضعف، و چالش‌ها است تا با کمک این اقدام شناخت از وضع موجود بهبود یابد. تقویت نقاط قوت و استفاده از فرصت‌ها، برای کاهش ضعف‌ها و مواجهه با چالش‌های موجود

منجر به برنامه‌ریزی بهتر شده و در جهت تقویت نظام داده و اطلاعات حرکت صورت می‌گیرد (Behzadifar et al., 2018; Earl, 1993; Lorenzi, Kouroubali, Detmer, & Bloomrosen, 2009). همچنین با کسب این شناخت می‌توان در جهت اجرای راهکارهای مبتنی بر شواهد در شبکه دانش و اطلاعات طرح پزشکی خانواده اقدام کرد. این اقدام در راستای بررسی همه ابعاد و تصمیم‌گیری جهت اجرا و مدیریت دانش و اطلاعات خواهد بود (Gerard & Lattimer, 2005; Mc Hugh, O'Mullane, Perry, & Bradley, 2013; Osborn et al., 2015; Starfield, Shi, & Macinko, 2005).

۳-۵-۳. همکاری درون‌بخشی و بین‌بخشی

یکی از مهم‌ترین شاکله‌های اجرای موفق هر اقدامی در نظام سلامت، تحقق همکاری درون‌بخشی و بین‌بخشی است. استفاده از ظرفیت‌های موجود در درون و برون نظام مدیریت دانش و اطلاعات می‌تواند نقش حیاتی داشته باشد (Blondiau, 2015; Steffen, 2016). مهم‌ترین زیرمؤلفه‌های مربوط به این بخش شامل موارد زیر است:

جلب حمایت بخش خصوصی و سایر دستگاه‌های مرتبط

از آنجایی که دریافت‌کنندگان خدمت در طرح پزشکی خانواده، ممکن است از خدمت سایر بخش‌ها از جمله بخش خصوصی، داروخانه‌ها و غیره استفاده کنند، دانش و اطلاعات خارج از وزارت بهداشت نیز می‌تواند در تحقق مدیریت بهتر دانش و اطلاعات طرح پزشکی خانواده کمک‌کننده باشد. برقراری پرونده الکترونیک سلامت لازمه طرح پزشکی خانواده مبتنی بر ایجاد ارتباط بین تمام دستگاه‌های ارائه خدمات سلامت در کشور است که افراد از آن به هر دلیلی خدمات دریافت می‌کنند. نظام سلامت باید با این نگاه، نسبت به جلب حمایت‌های بخش خصوصی در زمینه اشتراک داده‌ها و کمک به تحقق مدیریت دانش و اطلاعات اقدام کند. از سویی دیگر مدیریت اطلاعات نیازمند بستریایی است که از مهم‌ترین آن می‌توان ارتباط با ساختارهای مخابراتی و فناوری، جلب حمایت گروه‌های مرجع و نخبگان و دستگاه‌های خدمت‌رسان اشاره کرد. دسترسی کافی به اطلاعات مورد نیاز و همچنین مدیریت آن نیاز به یک برنامه یکپارچه دارد تا حمایت تمام دستگاه‌ها و بخش خصوصی را در پی داشته باشد (Pan, Dib, Wang, & Zhang, 2006; Quah & Neo, 2015; Turner, 2017).

همکاری علمی با دانشگاه‌ها جهت تحقیق و توسعه

از آنجایی که مدیریت دانش و اطلاعات در برنامه‌های سلامت از جمله پزشکی خانواده نیاز به یک نگاه بین‌رشته‌ای دارد، به نظر می‌رسد همکاری بین‌بخشی علمی وزارت بهداشت با سایر مجموعه‌ها از جمله مجموعه‌های دانش‌بنیان، استارت‌آپ‌ها و مجموعه‌های فن‌آور محور حیاتی است (Argyris, 1971; Serenko, 2013).

جلب حمایت رسانه‌ها جهت اطلاع‌رسانی صحیح و کافی به عموم جامعه

لازمه تحقق مشارکت مردمی و همچنین بهبود دسترسی مردم به خدمات طرح پزشکی خانواده، ارتباط مناسب با مردم است که یک روش آن، جلب حمایت رسانه‌هاست. با استفاده از این فرصت، می‌توان در جهت اطلاع‌رسانی بهتر و کافی به مردم اقدام کرد؛ به طوری که با آگاهی از بسته‌های ارائه خدمات، تکمیل نمایه سلامتی افراد در پرونده الکترونیک سلامت و حضور در مراکز ارائه خدمات باعث جمع‌آوری داده‌های بهتر و جامع‌تری از افراد شده و با مدیریت صحیح این اطلاعات، چهره‌ی سلامت منطقه و جمعیت تحت مراقبت، بهتر بررسی و نمایان شود (Aziz, Rahman, Alam, & Said, 2015; Chang, Chen, & Lan, 2013; Shan et al., 2016).

اتصال سامانه‌های داده به وزارت بهداشت

در مطالعات کوهورت و سیستم‌های ارائه خدمات سلامت، ارتباط بین سامانه‌ها و داشبوردها امر شایعی است و در کشورهای مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد. این ارتباط و اتصال سامانه‌ها می‌تواند در تسهیل مدیریت داده‌ها و اطلاعات به مجموعه‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت کمک کند. برخی شاخص‌های اجتماعی، اقتصادی، پزشکی و خدماتی در سامانه‌های سایر دستگاه‌های اجرایی ثبت می‌شود که در صورت اتصال آن به وزارت بهداشت، می‌تواند در مدیریت دانش و اطلاعات کمک نماید (AuYoung et al., 2016; Loskutova et al., 2016; Wexler et al., 2015).

ایجاد سازوکار مناسب جهت همکاری بیشتر تیم سلامت

یکی از چالش‌های موجود مدیریت دانش و اطلاعات، عدم ثبت کافی اطلاعات ارائه خدمات سلامت در سامانه‌هاست. به طوری که ارائه‌کننده خدمات زمان کافی برای ورود داده‌ها به سامانه‌های مرتبط ندارد. از سویی دیگر، فرایندهای ورود داده‌ها امر زمان‌بر و خسته‌کننده‌ای است که باعث کاهش انگیزه کارکنان سلامت می‌شود و در نهایت ثبت اطلاعات به درستی

انجام نمی‌شود. این مسئله در سایر بخش‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت خصوصی و خارج از وزارت بهداشت نیز وجود دارد و در عمل داده‌های کافی و معتبری برای مدیریت دانش و اطلاعات طرح پزشکی خانواده فراهم نمی‌شود. طراحی سازوکاری مناسب جهت همیاری و همکاری تیم سلامت در این زمینه ضروری است. مشوق‌های مادی و معنوی می‌تواند به تیم سلامت در مشارکت در این امر و ورود داده‌ها انگیزه بخشد (Curran, Fleet, & Kirby, 2006; Kolozsvári, Orozco-Beltran, & Rurik, 2014; McDonald & Roland, 2009; Rourke, & Kennard, 2003).

۴-۵-۳-۲. بهره‌گیری از دانش و اطلاعات

بخش مهمی از راهبری نظام سلامت، استفاده از دانش و اطلاعات لازم برای سیاست‌گذاری، وضعیت‌شناسی و شناخت مسائل است که با کمک آن می‌توان برنامه‌های رایج نظام سلامت را پیش برد. تمهید زیرساخت‌ها و اقدامات لازم باید در نهایت به گونه‌ای منجر به استفاده از برنامه مدیریت دانش و اطلاعات باشد که نه تنها برای سلامت فردی مفید باشد، بلکه ضمن مشخص کردن وضعیت سلامت جمعیت تحت پوشش، تصویری شفاف از وضعیت به سیاست‌گذار بدهد تا بر مبنای آن بتواند تصمیمات لازم را اتخاذ نماید. بهره‌گیری از دانش و اطلاعات در بخش‌های مختلف می‌تواند نمود داشته باشد که در ادامه به آن‌ها اشاره خواهد شد.

استفاده جهت پایش مداوم سلامت افراد و سلامت خانوار

مهم‌ترین بهره از ساختار دانش و اطلاعات استخراج‌شده، استفاده در سطح فردی و اجتماعی است. داده‌های حاصل از مراقبت‌های طرح پزشکی خانواده می‌تواند ضمن ارزیابی خطرسنجی افراد، نمایی از سلامت فردی و اجتماعی را نشان دهد تا تیم سلامت و خود فرد بتوانند به طور دائم وضعیت سلامتی را رصد کنند و برای برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و آموزشی اقدام کنند. داده‌های حاصل از مراقبت‌های بهداشتی در صورت مدیریت درست می‌تواند در پیش‌بینی وضعیت سلامتی فرد و خانواده وی نیز مورد استفاده قرار گیرد و مراقبت‌های بهداشتی فردی و خانواده وی نیز منطبق با آن خطرسنجی تعبیه شود (Glasgow, 2006; Schultz & Griffiths, 2016).

همچنین به اذعان مطالعات، یکی از راه‌های مشارکت عمومی افراد برای همراهی در مدیریت دانش و اطلاعات برنامه‌های سلامت، بهره‌مندی آن‌ها از یک نظام پیمایشی فردی برای ارزیابی سلامت فردی یا نمایه سلامتی خود است. به عبارتی علاوه بر پزشک و تیم سلامت، خود فرد

بتواند وضعیت سلامتی خویش را با استفاده از شاخص‌های معتبر ارزیابی کند و این وضعیت مقابل چشم او باشد تا بر مبنای آن خودمراقبتی، خدمات سلامتی پایه و بهره‌مندی ایشان از آن در نظام دارویی، پزشکی و اجتماعی ایجاد شود. این ساختار می‌تواند علاوه بر کمک به چارچوب خدمات درمانی فرد، زیرساخت لازم برای آموزش فرد را نیز فراهم کند که تیم سلامت با مشاهده خطر در برخی شاخص‌های مورد نظر، اقدامات لازم برای مشاوره، غربالگری و سایر اقدامات داشته باشند (Carek & Potts, 2021; El-bar, Levy, Wald, & Biderman, 2013; Jones, Avant, Davis, Saultz, & Lyons, 2004; Torbeck & Wrightson, 2005).

استفاده از داده‌ها جهت پیمایش در سطوح مختلف و تعیین وضعیت شاخص‌ها

انجام هرگونه پژوهش و پیمایش در تمام سطوح نیاز به داده‌ها و اطلاعات کافی دارد تا مورد استفاده قرار گیرد. سامانه‌های موجود که برای مدیریت دانش و اطلاعات مورد استفاده قرار می‌گیرند معمولاً زمینه‌ای برای انجام این مطالعات فراهم می‌کنند. متأسفانه یکی از چالش‌های جدی انجام این مطالعات در کشور و همچنین اعتبار داده‌های مورد استفاده در پژوهش‌ها، عدم مدیریت صحیح داده‌ها و اطلاعات است. مدیریت درست دانش و اطلاعات می‌تواند انجام مطالعات مهم و جامعه‌محور برای نیازسنجی، اولویت‌بندی و وضعیت‌شناسی را تسهیل کند (Aquino, Oliveira, & Barreto, 2009; Jamieson, Kernahan, Calam, & Sivertz, 2013; Scott et al., 2011; Sparkes, Atun, & Bärnighausen, 2019).

همچنین در هر کدام از بخش‌های ارائه خدمات سلامت در طرح پزشکی خانواده، شاخص‌های مهمی وجود دارد که همواره مورد استفاده قرار می‌گیرد. یکی از بخش‌های مرتبط با این شاخص‌ها، اعتبارسنجی آن بر اساس داده‌های معتبر است. نظام داده‌ای و اطلاعات مطلوب می‌تواند منجر به بهبود گزارش‌دهی شاخص‌های مهم سلامتی شود و قابلیت مقایسه و وضعیت‌شناسی منطقه مورد نظر را مشخص می‌کند (Gavagan et al., 2010; Jabbari, 2019).

گزارش‌دهی از سوی جمعیت هدف

بخش مهمی از طرح پزشکی خانواده و سایر برنامه‌های سلامت، برقراری نظام مراقبت دیده‌وری است تا با کمک این نظام مراقبت در جهت وضعیت‌شناسی صحیح و همچنین رهگیری بیماری‌ها اقدام کرد. به نظر می‌رسد مدیریت دانش و اطلاعات مطلوب بتواند شرایط لازم را

برای گزارش‌دهی بیماری‌ها توسط خود مردم فراهم کند. بهره‌گیری از برنامه‌ها و پرونده الکترونیک سلامت مبتنی بر خودگزارش‌دهی جمعیت تحت پوشش می‌تواند به تحقق این هدف یاری رساند (Dolovich et al., 2008; Hudon et al., 2012; Martin, 2007; Phillips et al., 2014).

استفاده از داده‌ها جهت طراحی مطالعات لازم

یکی از نقدهای جدی به نظام داده‌ای و سامانه‌های متعدد سلامت، عدم استفاده بهینه از داده‌هایی است که در آن ثبت می‌شود. به طوری که نه قابلیت استفاده برای انجام تحقیقات را به میزان کافی دارد و نه می‌تواند به صورت تسهیل‌یافته، در اختیار پژوهشگران قرار گیرد تا بر مبنای این داده‌ها، تحلیل‌های لازم را داشته باشند. به نظر می‌رسد ساختار مدیریت دانش و اطلاعات در برنامه‌های سلامت باید به گونه‌ای باشند که توان استفاده از داده‌ها به صورت راحت و نظام‌مند فراهم باشد. همچنین شاخص‌های قابل سنجش در نظام مدیریت دانش و اطلاعات از اعتبار لازم جهت انجام تحقیقات کاربردی برخوردار باشند. چنانچه نتوان از داده‌های کلی با رعایت محرمانگی استفاده کرد، در عمل بهره‌مندی از مدیریت دانش و اطلاعات بی‌معنی خواهد بود و تصمیمات و نیازسنجی‌های لازم در ساختار برنامه سلامت امکان‌پذیر و مبتنی بر واقعیت نخواهد بود. البته در حوزه تحقیقات حساسیت‌های لازم نیز وجود دارد که باید به آن‌ها توجه کرد. (Gharibi & Dadgar, 2020; Halladay et al., 2009; Love, Pearce, Williamson, 2006; Barron, & Shelton, 2006).

استفاده در جهت طراحی بهتر نظام مراقبت

یکی از بخش‌هایی که به طور دائم با نظام داده‌ای و مدیریت دانش و اطلاعات نظام سلامت سروکار دارد، نظام مراقبت است. نظام مراقبت انواع مختلفی دارد و مقامات و سیاست‌گذاران حوزه سلامت، این اطلاعات را برای طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های بهداشتی و فعالیت‌های مربوط به آن به کار می‌گیرند. یک سیستم مراقبت پویا، ظرفیت شناسایی، ارزیابی خطر، پاسخ به موقع به یک تهدید سلامت عمومی را خواهد داشت، زیرا تأخیر در شناسایی و گزارش‌دهی موارد بیماری، می‌تواند موفقیت در پاسخ جهانی به یک همه‌گیری را به خطر بیندازد. از این منظر، مدیریت دانش و اطلاعات باید به ساختار نظام مراقب سلامت کمک کند تا وضعیت شناسی،

پاسخ سریع و تحلیل لازم با کمک نظام مدیریت دانش و اطلاعات قابل انجام باشد (I. Masic, 2008; Tang, Ash, Bates, Overhage, & Sands, 2006; Wang, Kung, & Byrd, 2018).

۵-۳-۲. تأمین زیرساخت‌های لازم

آموزش، اطلاع‌رسانی و توانمندسازی

لازمه تحقق مدیریت اطلاعات در طرح پزشکی خانواده توجه به آموزش تیم سلامت، اطلاع‌رسانی درست مردم و توانمندسازی بخش‌های مختلف برای همکاری بهتر است. در صورت تحقق این سه امر، عمده مشکلات مربوط به مدیریت دانش و اطلاعات از سمت کارکنان و تیم سلامت و همچنین همراهی مردم و دریافت‌کنندگان خدمات حل خواهد شد. یکی از مهم‌ترین کاربردهای مدیریت دانش و اطلاعات، ایجاد یک نمایه سلامتی برای افراد است تا با زیرساخت پرونده الکترونیک سلامت، مردم هم وضعیت سلامت خود را ردگیری کنند و هم در قالب خودمراقبتی و همیاری با تیم پزشکی خانواده، افراد از خدمات استفاده نمایند. بخش مهمی از مردم در ابتدای برنامه‌های مدیریت دانش و اطلاعات باید مورد آموزش قرار گیرند تا با تغییر نگرش، عملکرد مطلوبی در زمینه بهره‌مندی از نمایه سلامتی‌شان داشته باشند.

بخش مهم دیگری از راهبری مدیریت دانش و اطلاعات، ایجاد زمینه‌ای برای ارتباط برخط مردم با تیم سلامت است. با استفاده از زیرساخت‌ها الکترونیک و پرونده الکترونیک سلامت و بهره‌مندی از برنامه‌های گوشی تلفن همراه، می‌توان ارتباط برخط و فعال بین مردم با مراقبین سلامت فراهم شود تا خودمراقبتی و بسته‌های خدمات به بهترین شکل ممکن استفاده شود. کاربردی بودن، مسئله محور بودن، مبتنی بر نیاز بودن و دسترسی راحت از مهم‌ترین ویژگی‌هایی است که باید در انتخاب زیرساخت مورد استفاده به آن‌ها توجه شود. تحقق این امر نیاز به بررسی همه‌جانبه و استفاده از ظرفیت‌های کشور دارد. در این میان شرکت‌های دانش‌بنیان می‌توانند با استفاده از فناوری‌های دیجیتال، پزشکی از راه دور و سایر اقدامات مشابه، نقش مهمی در ارائه مراقبت‌های لازم سلامتی داشته باشند. (Biswas et al., 2009; Duffy, Svenson, Chavez, Kelly, & Wise, 2019; Mahtani et al., 2015; Pritchard et al., 2017; Klotfsten, 2005; Hall et al., 2015; Paré et al., 2014; Pogue, Zhang, & Gladstone, 2021)

الزامات قانونی مدیریت دانش و اطلاعات

ابزارها در مدیریت دانش و اطلاعات باید به گونه‌ای باشد که روایی و پایایی لازم را داشته باشد و شاخص‌های کیفی برای تیم‌های ارزیاب فراهم کند (Agarwal et al., 2020; Pottie et al., 2008).

طراحی مطالعات جامع برای پایش و ارزشیابی

در این راستا لازم است مطالعات جامعی در خصوص ساختار مدیریت دانش و اطلاعات صورت گیرد تا بررسی شود این ساختار در نهایت تا چه میزان توانسته است منجر به ارتقای سلامت، تسهیل در امر گرفتن خدمت توسط عموم افراد جامعه و افزایش خودمراقبتی شود. ارتباط با محققین دانشکده‌ها برای انجام مطالعات، دسترسی به داده‌ها و تسهیل در انجام مطالعات داخلی در این بعد کمک‌کننده است (Hamza & Grierson, 2022; Muldoon et al., 2010).

بهره‌گیری از تیم‌های ارزشیابی بیرونی

شواهد نشان می‌دهد به دلیل وجود تعارض منافع، تمایل بیشتر برای نشان دادن مطلوبیت سیستم‌ها توسط خود افراد اجراکننده وجود دارد. در این راستا بهره‌مندی از تیم‌های ارزشیابی برون‌سازمانی، راهکار بسیار مهمی برای ارزشیابی ساختار مدیریت دانش و اطلاعات است. به عبارتی لازم است با استفاده از پایشگران خارج از سیستم، نسبت به ارزشیابی فرایند و اقدامات مدیریت دانش و اطلاعات اقدام کرد تا ضمن مشخص شدن خلأها و نقاط ضعف و قوت، فرایند ارزشیابی با کیفیت بهتری انجام گیرد. هرچند این مهم در ساختار نظام سلامت اجرایی نمی‌شود اما برای رسیدن به مطلوبیت اقدامات سیستم‌ها، باید به این سمت حرکت کرد (Chanchien, Parajón, Hinshaw, Sanchez, Minkler, & Wallerstein, 2021; Segal, Silverman, & Temkin, 1995).

تدوین چارچوب هزینه- اثربخشی برای خدمات

یکی از روش‌هایی که می‌توان با استفاده از آن در جهت نشان دادن اثربخش بودن اقدامات در طرح پزشکی خانواده عمل کرد، تدوین چارچوب‌های هزینه- اثربخشی است. به این معنی که در صورت تهیه‌ی این چارچوب‌ها و بررسی میزان بهره‌وری ساختار مدیریت دانش و اطلاعات و همچنین ساختار ارائه خدمات پزشکی خانواده، می‌توان به طور ملموس درباره کارایی برنامه اظهار نظر کرد. این مهم می‌تواند در بستر مدیریت دانش و اطلاعات نیز شکل بگیرد. بدین‌صورت که با استفاده از شاخص‌های تعریف‌شده، بتوان هم اثربخشی سلامتی و هم



اثر بخشی هزینه‌ای را سنجید و به نظام سلامت کمک کرد تا ضمن شناخت وضعیت موجود، به اصلاح فرایندهای ارائه خدمات نیز پردازد و خدمات انجام شده باعث بهره‌مندی مردم در زمینه ارتقای سلامت، پیشگیری، تشخیص و... شود (Handley, Shumway, & Schillinger, 2008; Hutchinson, Lance, Guilkey, Shahjahan, & Haque, 2006; Rost, Pyne, Dickinson, & LoSasso, 2005).

۳

اجراپژوهی پایلوت‌های پزشکی خانواده ایران

۳-۱. مقدمه

طرح پزشکی خانواده شهری بعد از اعمال اصلاحات متعدد و طی فراز و نشیب‌های فراوان نهایتاً از تیرماه ۱۳۹۱ در کلیه شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر دو استان فارس و مازندران اجرا شد. بسیاری از سیاست‌گذاران، مدیران کشوری و استانی و مردم در مواجهه با نقاط قوت و ضعف آن قضاوتی ندارند. این فاز به منظور ارزیابی و شناسایی مسائل نسخه‌های ۰۱ و ۰۲ پزشکی خانواده و با تأکید بر نسخه شهری و با استفاده از استراتژی‌های پژوهشی کیفی انجام شده که در ادامه نتایج آن تشریح می‌شود.

۳-۲. روش‌شناسی

۳-۲-۱. روش گردآوری داده‌ها: مطالعه اسنادی، مصاحبه و گروه کانونی

روش‌شناسی این فاز از حیث فلسفه، نفسی، از حیث کارویژه یا هدف کلان، کاربردی و از حیث صبغه و رویکرد، کیفی است. داده‌های پژوهش اعم از داده‌های ثانویه و اولیه بوده و از طریق مطالعه کتابخانه‌ای، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و گروه کانونی گردآوری شده است. اسناد مورد استفاده و خبرگان مورد مراجعه در پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند (غیرتصادفی) انتخاب شده‌اند. اسناد شامل گزارش‌های ارزشیابی پزشکی خانواده بوده که از سوی وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر و برخی از مراکز تحقیقاتی در بازه زمانی ۱۳۸۴ تا ۱۴۰۰ منتشر شده است.^۱ همچنین معیارهای ورود خبرگان به پژوهش عبارت‌اند از: آگاهی و تجربه کافی در زمینه پزشکی خانواده، داشتن سمت اجرایی و یا مدیریتی در طرح پزشکی خانواده، مسلط بودن به موضوع پزشکی خانواده و تمایل به شرکت. در مجموع ۱۱ مصاحبه

۱ فهرست این اسناد عبارت‌اند از پایش عملکرد پزشکی خانواده (۱۳۸۴)، آسیب‌شناسی اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در شهرهای بالای بیست هزار نفر (۱۳۹۲)، جستاری در پزشک خانواده (۱۳۹۴)، ارزشیابی جامع برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر بیست هزار نفر جمعیت (۱۳۹۵) و تجربه اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران (۱۳۹۷).



نیمه‌ساختاریافته با خبرگان براساس پروتکل^۱ صورت گرفت که ویژگی مصاحبه‌شوندگان در جدول ۶ قابل مشاهده هست:

جدول ۶. سوابق خبرگان مصاحبه‌شونده در فاز اجراپژوهی

ر.	سوابق مصاحبه‌شونده	نماد تحلیل
۱	دبیر شورای آموزش پزشکی عمومی	PA
۲	معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مازندران	PB
۳	مدیرکل دفتر سطح‌بندی نظام ارجاع و پزشک خانواده‌ی سازمان نظام پزشکی	PC
۴	پزشک خانواده و معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مازندران	PD
۵	رئیس دانشگاه علوم پزشکی و مدیر کل مرکز توسعه شبکه وزارت بهداشت	PE
۶	رئیس انجمن پزشکان عمومی و پزشک خانواده فارس	PF
۷	معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مازندران	PG
۸	پزشک خانواده مازندران	PH
۹	رئیس دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دبیر شورای آموزش پزشکی عمومی	PI
۱۰	پزشک خانواده و رئیس انجمن پزشکان خانواده مازندران	PJ
۱۱	معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ایران	PK

به منظور تکمیل داده‌های فاز مسئله‌شناسی، علاوه بر مطالعه اسناد و مصاحبه، از ابزار گروه کانونی نیز استفاده شد. در این فاز ۷ ساعت گفتگوی گروه کانونی^۲ با حضور ۹ نفر از خبرگان در قالب دو پنل با تأکید بر بررسی وضعیت موجود، نقاط قوت و ضعف، آسیب‌ها و راهکارهای پایلوت‌های پزشکی خانواده با تأکید بر ساحت اجرا برگزار شد.^۳ اگرچه در مصاحبه‌ها بیشتر بر مباحث عملیاتی تأکید شده، در این پنل‌ها تلاش شد تا از منظر سیاست‌گذاری به مسائل مدل پزشکی خانواده پرداخته شود. خبرگان حاضر شامل تعدادی از مدیران ستادی وزارت بهداشت،

۱ پروتکل مصاحبه‌ها در پیوست ۱ قابل مشاهده هست.

2 Focus Group Discussion

۳ این پنل‌های خبرگانی در مکان فرهنگستان علوم پزشکی و با همراهی گروه آینده‌نگری، نظریه‌پردازی و رصد کلان سلامت فرهنگستان علوم پزشکی برگزار شده‌است.

سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان نظام پزشکی کشور بوده‌اند. محورهای تفصیلی این پنل‌ها در جدول زیر قابل مشاهده هست.

جدول ۷. پنل‌های پیش‌بینی شده در فاز اجراپژوهی

پنل	محورها
اول (مدیریت منابع انسانی و ارائه خدمت)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ مدیریت منابع انسانی، ماندگاری و توانمندسازی تیم پزشکی خانواده ▪ تعیین ترکیب، آموزش و تربیت تیم پزشکی خانواده ▪ آسیب‌شناسی بسته‌های ارائه خدمات سلامت در طرح پزشکی خانواده ▪ برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد در طرح پزشکی خانواده
دوم (تأمین مالی و ارتباطات برون‌بخشی)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تأمین منابع مالی پایدار برای طرح پزشکی خانواده ▪ آسیب‌شناسی ارتباط بیمه‌ها با طرح پزشکی خانواده ▪ نظام پایش و ارزشیابی در بخش‌های مختلف طرح پزشکی خانواده ▪ ارتباط درون و برون‌بخشی در طرح پزشکی خانواده ▪ ارتباط با مردم، آگاهی بخشی و اطلاع‌رسانی طرح پزشکی خانواده
سوم (نظام ارجاع)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ دسترسی به خدمات، برقراری نظام ارجاع و کاهش ارجاعات غیرضروری ▪ پرونده الکترونیک سلامت و کاربری آن در طرح پزشکی خانواده ▪ جاری‌سازی رویکرد پیشگیری محور در طرح پزشکی خانواده

۲-۳. روش تجزیه و تحلیل: تحلیل مضمون

روش تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش، «تحلیل مضمون»^۲ بوده و برای اجرای این روش از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ استفاده شده است. تحلیل مضمون، روش کارآمدی برای شناخت، تحلیل و گزارش الگوهای موجود در داده‌های کیفی به شمار می‌رود. این روش، فرایندی برای تحلیل داده‌های متنی است و داده‌های پراکنده و متنوع را به داده‌های غنی و تفصیلی تبدیل می‌کند. «مضمون» بیانگر چیز مهمی در داده‌ها در رابطه با سؤالات تحقیق است و تا حدی معنی و مفهوم الگوی موجود در مجموعه‌ای از داده‌ها را نشان می‌دهد. مضمون، الگویی

۱ علی‌رغم طراحی پنل و هماهنگی با خبرگان مورد نظر، پنل سوم گروه کانونی به دلیل به حد نصاب نرسیدن تعداد خبرگان، برگزار نشده است.

است که در داده‌ها یافت می‌شود و حداقل به توصیف و سازمان‌دهی مشاهده‌ها و حداکثر به تفسیر جنبه‌هایی از پدیده مورد بررسی می‌پردازد. به طور کلی، مضمون ویژگی تکراری و متمایزی در متن است که به نظر پژوهشگر نشان‌دهنده درک و تجربه خاصی در رابطه با سؤال‌های پژوهش است. شناخت مضمون، یکی از مهم‌ترین و حساس‌ترین گام‌ها در تحقیقات کیفی است و به عبارتی، قلب تحلیل مضمون است. شعور متعارف، ارزش‌های پژوهشگر، جهت‌گیری‌ها، سؤالات تحقیق و تجربه محقق درباره موضوع، در نحوه شناخت مضامین اثرگذار است (عابدی‌جعفری و همکاران، ۱۳۹۰).

تحلیل مضمون به چند روش اجرا می‌شود که یکی از مشهورترین آن‌ها شبکه مضامین^۱ است. شبکه مضمون‌ها، بر اساس روند مشخصی، مضمون‌های پایه^۲ (کدها و نکته‌های کلیدی موجود در متن)، مضمون‌های سازمان‌دهنده^۳ (مضمون‌های به‌دست‌آمده از ترکیب و تلخیص مضمون‌های پایه) و مضمون‌های فراگیر^۴ (مضمون‌های عالی دربرگیرنده اصول حاکم بر متن به‌مثابه یک کل) را نظام‌مند می‌کند. سپس این مضمون‌ها به صورت نقشه‌های شبکه تارنما یا جدول‌های سلسله‌مراتبی، مضمون‌های برجسته هر یک از این سه سطح را همراه با روابط میان آن‌ها نشان می‌دهد (عابدی‌جعفری و همکاران، ۱۳۹۰).

۳-۳. چارچوب تلفیقی اجراپژوهی

اولویت اصلی در مطالعات اجراپژوهی^۵ فهم آن است که چرا یک نوآوری یا مداخله با موفقیت در یک محیط اجرا می‌شود، اما در محیط و شرایط دیگری شکست می‌خورد. بدون چارچوب نظری برای جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها، محققین علم اجرا اغلب تعیین‌کننده‌ها و متغیرهایی از اجرا را شناسایی می‌کنند که فقط در زمینه‌های خاصی که موردکاوی صورت گرفته، اعمال می‌شود. بسیاری از چارچوب‌های نظری اجرا، ساختارهای مشابه یا دارای همپوشانی را

1 Thematic Network

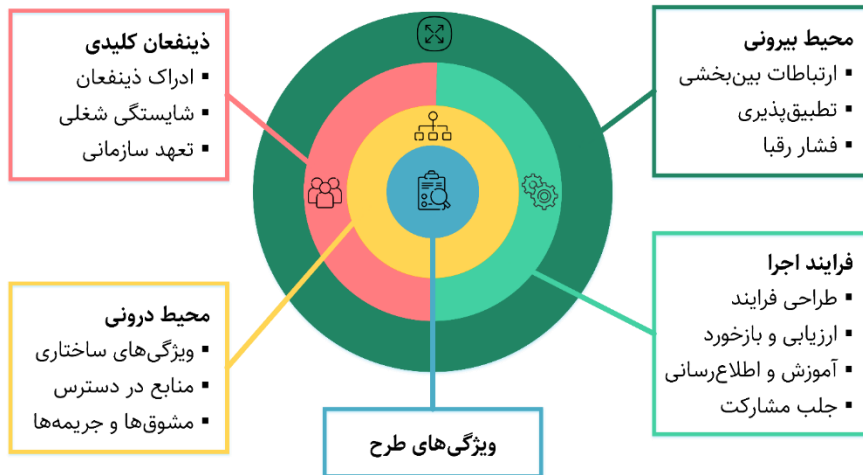
2 Basic Themes

3 Organizing Themes

4 Global Themes

5 Implementation Research

توصیف می‌کنند که هر کدام اصطلاحات و تعاریف متفاوتی دارند (Larsen, Voronovich, Cook, & Pedro, 2013). در سال ۲۰۰۹، دامشرودر^۱ و همکاران در مرکز تحقیقات مدیریت بالینی میسیگان، با بررسی ادبیات علم اجرا و با هدف ادغام نظریه‌های منتشر شده قبلی، چارچوبی واحد و یکپارچه برای هدایت تحقیقات اجرا توسعه داد (Damschroder et al., 2009).



شکل ۱۰. چارچوب اجرا پژوهی منتخب در پژوهش حاضر براساس CFIR نسخه ۲۰۰۹ (DAMSCHRODER ET AL., 2009)

چارچوب تلفیقی اجرا پژوهی^۳ یک چارچوب فرانظری - حاصل ادغام ۱۹ نظریه و مدل در حوزه اجرا- است که گستره‌ای از ساخت‌های مفهومی^۴ مرتبط با پیاده‌سازی استاندارد شده را ارائه می‌کند و می‌تواند در سراسر طیف تحقیقات پیاده‌سازی استفاده شود. این چارچوب شامل ۳۹

1 Damschroder

۲ نسخه ۲۰۰۹ در واقع اولین نسخه این چارچوب است. در سال ۲۰۲۲ و در حین تدوین گزارش حاضر، نسخه دوم این چارچوب منتشر شد و در دسترس محققان گرفت. جهت آشنایی بیشتر ر.ک. <https://cfirguide.org>.

3 Consolidated Framework for Implementation Research

4 Construct

مؤلفه است که در پنج حوزه اصلی طبقه‌بندی شده و همه آن‌ها برای تأثیرگذاری بر اجرا و اثربخشی پیاده‌سازی تعامل دارند (Kirk et al., 2015).

این چارچوب می‌تواند برای توسعه رویکردهای جمع‌آوری داده‌ها و به‌عنوان راهنمایی برای تجزیه و تحلیل، تفسیر و یا گزارش یافته‌های مرتبط با اجرا استفاده شود. همچنین می‌توان آن را در هر مرحله از پیاده‌سازی (قبل، در حین یا پس از اجرا) به کار برد. (Kirk et al., 2015) در این فاز، از چارچوب تلفیقی اجرا پژوهی به عنوان چارچوب استقرایی مضامین مطالعات اجرا استفاده شده است. تطبیق‌پذیری و انعطاف‌پذیری^۱ یکی از ویژگی‌های این چارچوب است و به محققان توصیه می‌شود که متناسب با قلمرو مطالعه از بین مؤلفه‌ها انتخاب نمایند (Damschroder et al., 2009). این ویژگی در مطالعات مختلف آزمون شده که اگر همه مؤلفه‌ها یا ابعاد استفاده نشود، یا به ترتیبی متفاوت از آنچه در چارچوب ذکر شده، استفاده شود، منطق و کاربرد چارچوب از بین نرفته و سؤالات با موضوع مشابه می‌توانند برای کمک به جریان افکار پاسخ‌دهندگان گروه‌بندی شوند (Jorgenson, Juskevicius, Padoveze, & Price, 2022). بر این اساس، در پژوهش حاضر نهایتاً ۱۴ مؤلفه بر اساس ادبیات اجرای پزشکی خانواده و نسخه‌های پایلوت پزشکی خانواده در کشور انتخاب شد. با توجه به اهمیت تعریف دقیق این مؤلفه‌ها خصوصاً در مرحله تجزیه و تحلیل داده‌ها در ادامه هر یک به صورت اجمالی معرفی می‌شود.

جدول ۸. تعریف مؤلفه‌های چارچوب اجراپژوهی منتخب^۱

ر.	بعد	مؤلفه	تعریف
۱	ویژگی‌های طرح ^۲	پیچیدگی	میزان پیچیدگی مسیر اجرا از قبیل زمان مورد نیاز برای اجرای پژوهش، دامنه فعالیت‌ها و تعداد مراحل لازم برای اجرا، تعداد واحدهای سازمانی بالقوه (در مانگاه‌ها، بیمارستان‌ها و...)، و تنوع افراد درگیر در فرایند تغییر
۲	محیط بیرونی	تطبيق پذیری ^۳	شناخت و اولویت‌بندی نیازهای بیماران - اعم از نیازهای سلامت جسمی، اجتماعی، روانی، معنوی و... - و همچنین انطباق با اقتضانات بومی جامعه هدف، موانع و تسهیل‌کننده‌های رفع این نیازها توسط مجری طرح، از جمله ویژگی‌های اجتماعی -

۱ در زمینه تفکیک محیط درونی و محیط بیرونی باید به مرز سیستم یا همان مرز طرح پزشکی خانواده از سوی وزارت بهداشت توجه نمود. با این مقدمه نهادهایی مانند ستاد وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی، بیمارستان‌های دولتی، شبکه بهداشت و درمان، سازمان غذا و دارو و... ذیل آن قرار گرفته و محیط درونی را تشکیل می‌دهد. همچنین محیط بیرونی شامل نهادهایی مانند وزارت تعاون و رفاه، مجلس شورای اسلامی، نظام پزشکی، بیمه تأمین اجتماعی، بیمارستان‌ها و سایر مراکز ارائه‌کننده خصوصی و خیریه و... است. سازمان بیمه سلامت ایران اگرچه هم‌اکنون ذیل وزارت بهداشت قرار دارد، اما چون در بازه زمانی گزارش‌های ارزشیابی پزشکی خانواده ذیل وزارت رفاه بوده، در تحلیل داده‌ها به‌طور استثنا در محیط بیرونی محسوب می‌شود.

۲ در پژوهش حاضر بعد ویژگی‌های طرح تنها شامل مؤلفه پیچیدگی هست. پیچیدگی می‌تواند نمودهای مختلفی داشته باشد از جمله پیچیدگی ساختاری (Structural Complexity) که به ساختارها، فرآیندها یا جریان‌های کاری پیچیده در اجرای یک طرح اشاره دارد. این شامل عواملی مانند وابستگی متقابل بین اجزاء، تعداد مراحل یا وظایف درگیر، و سطح هماهنگی مورد نیاز است؛ پیچیدگی سازمانی (Organizational Complexity) این به پیچیدگی سازمان یا محیط مراقبتی که در آن مداخله اجرا می‌شود مربوط بوده و شامل عواملی مانند فرهنگ سازمانی، اندازه سازمان و وجود سیستم‌ها و فرآیندهای رسمی یا غیررسمی است؛ پیچیدگی سیاسی - اجتماعی (Socio-political Complexity) به عوامل اجتماعی و سیاسی اشاره دارد که بر اجرای یک طرح تأثیر می‌گذارد. این شامل عواملی مانند پویایی قدرت، روابط ذینفعان، اولویت‌های متعارض و سیاست‌ها یا تنظیم‌گری‌های بیرونی است؛ و پیچیدگی ذینفعان (Stakeholder Complexity) که بر تنوع ذینفعان درگیر در فرآیند اجرا و تفاوت‌های بالقوه در نیازها، علایق و دیدگاه‌های آن‌ها تأکید داشته و شامل عواملی مانند سطح درگیری ذینفعان، همکاری و ارتباطات مورد نیاز است.

ر.	بعد	مؤلفه	تعریف
			فرهنگی و مذهبی، سواد سلامت، نگرش‌ها و باورهای مؤثر بر تقاضای خدمات
۳		ارتباطات بین‌بخشی ^۱	میزان شبکه‌سازی و ارتباطات یک سازمان و اعضای آن با سایر سازمان‌ها و گروه‌های رسمی در محیط بیرونی ^۲
۴		فشار رقبا ^۳	فشار رقابتی از سوی رقبایان و بازارهای رقیب پزشکی خانواده برای مقابله با اجرای طرح
۵		ویژگی‌های ساختاری ^۴	ساختار تصمیم‌گیری و سازمان‌دهی مناسب افراد و نهادها، توزیع مناسب مسئولیت و اختیار در تصمیم‌گیری بین اعضا و همچنین تعارض منافع فردی و ساختاری و تعهد سیاسی
۶	محیط درونی	مشوق‌ها و جریمه‌ها ^۵	اعم از مشوق‌های بیرونی مانند ترفیع و افزایش حقوق و مشوق‌های درونی مانند افزایش شان و احترام در راستای پیاده‌سازی برنامه و همچنین مجازات و تنبیه‌ها ^۶
۷		منابع در دسترس	سطح منابع (اعم از مادی و غیرمادی) اختصاص داده‌شده برای اجرا از جمله بودجه، فضای فیزیکی و زمان، سهولت دسترسی به اطلاعات و دانش در مورد مداخله و منابع انسانی ^۷

1 Cosmopolitanism

۲ به عنوان نمونه مسائل مرتبط با تعرفه‌گذاری و برخی مسائل ارتباط با بیمه‌های پایه درمانی در این مؤلفه قرار می‌گیرد. همچنین مسائل مرتبط با مشارکت با نهادهای رسمی مرتبط با این مؤلفه هست (با مؤلفه جلب مشارکت مقایسه کنید).

3 Peer Pressure

4 Structural Characteristics

5 Organizational Incentives and Rewards

۶ به عنوان نمونه مسائل مرتبط با نظام پرداخت و جبران خدمات ارائه‌کنندگان ذیل این مؤلفه قرار می‌گیرد. ۷ تمامی مسائل ناظر به تأمین و دسترسی به منابع انسانی، فیزیکی، داده و... از جمله مسائل مرتبط با تأمین مالی مرتبط با این مؤلفه است.

ر.	بعد	مؤلفه	تعریف
۸	دینفعان کلیدی	ادراک دینفعان ^۱	ادراک دینفعان مختلف داخلی و خارجی اعم از ارائه‌کنندگان مراقبت، دریافت‌کنندگان مراقبت، سیاست‌گذاران، ناظران، قانون‌گذاران و... از کیفیت و شواهد پشتیبان طرح، مزیت‌ها و فواید اجرای طرح، ضرورت طرح، همچنین همسویی بین ارزش‌های ادراک‌شده طرح با جریان‌های کاری و همچنین همسویی با نظام ارزشی موجود کارکنان
۹		تعهد سازمانی ^۲	احساس تعلق و تعهد به طرح و باور به توانایی سازمان در انجام مداخلات مؤثر (فضای روانی حاکم، رضایت شغلی و...)
۱۰		شایستگی شغلی	تعریف دقیق شایستگی‌های مورد نیاز، آموزش تخصصی و برخورداری از سطح مناسبی از توانمندی‌ها و مهارت‌های سخت و نرم شغلی کارکنان برای اجرای برنامه ^۳
۱۱	فرآیند اجرا	طراحی فرایند اجرا	اتخاذ رویکرد افزایشی و تدریجی (فازبندی مداخله به فازهای قابل مدیریت و اجرای تدریجی)
۱۲		آموزش و اطلاع‌رسانی	شناسایی و استفاده از کانال‌های ارتباطی مناسب جهت ارائه اطلاعات و آموزش همگانی (عمومی)، طراحی استراتژی‌هایی برای ساده‌سازی روند اجرا (برنامه شبیه‌سازی یا جلسات تمرین با هدف یادگیری نحوه استفاده از مداخله) ^۴
۱۳		جلب مشارکت	جلب مشارکت و درگیرسازی گروه‌های مختلف در محیط درونی (مانند کارکنان با نگرش‌های مختلف) و گروه‌ها و نهادهای

1 Knowledge and Beliefs about the Intervention

2 Individual Identification with Organization

۳ به عنوان نمونه مسائل مرتبط با آموزش پزشکی و تخصصی (بالینی) ذیل این مؤلفه می‌گنجد (با مؤلفه آموزش و اطلاع‌رسانی مقایسه کنید).

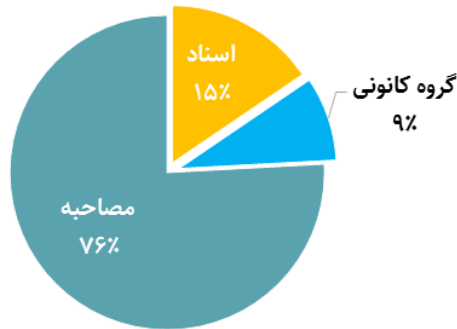
۴ سایر آموزش‌ها (غیر از آموزش بالینی) نظیر آموزش فرایندهای کاری و اداری به کارکنان و همچنین آموزش‌های همگانی و عمومی جامعه ذیل این مؤلفه می‌گنجد.

ر.	بعد	مؤلفه	تعریف
			غیررسمی محیط بیرونی (نظیر مردم، انجمن‌ها، سازمان‌های مردم‌نهاد و...) در اجرای برنامه ^۱
۱۴		بازخورد و ارزیابی ^۲	نظارت و ارزیابی، طراحی سازوکار و بازخورد همراه با گزارش‌های منظم فردی و تیمی در مورد پیشرفت کار، کیفیت اجرا و تجارب کسب‌شده

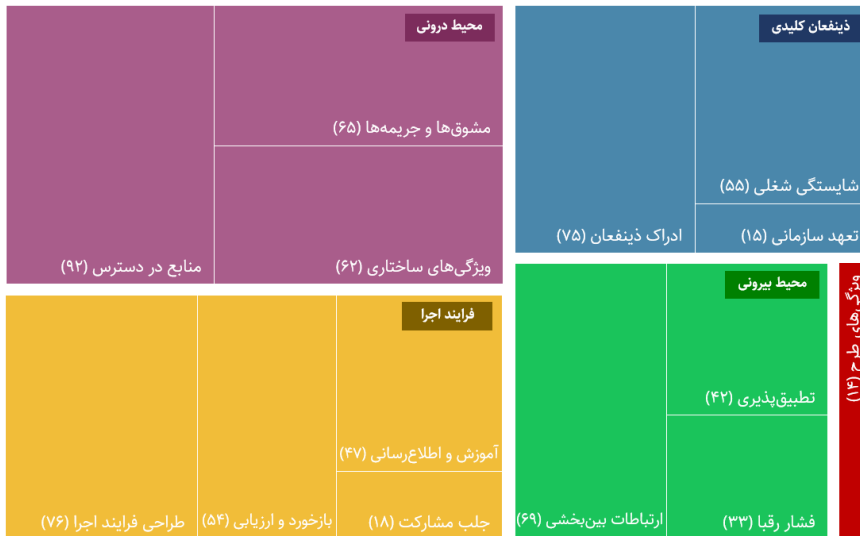
۳-۴. یافته‌های اجراپژوهی

با کدگذاری اولیه داده‌های این فاز اعم از اسناد و گزارش‌های ارزشیابی پایلوت‌ها، جلسات مصاحبه با خبرگان و همچنین پنل‌های گروه کانونی مجموعاً ۷۸۷ کد ناظر به مسائل پایلوت‌های پزشکی خانواده استخراج شد که توزیع آن‌ها برحسب ابزار گردآوری داده‌ها در نمودار زیر قابل مشاهده است. در ادامه در فرایند تحلیل مضمون ۷۱۷ کد مورد استفاده قرار گرفت و سایر کدها به عنوان کدهای پرت شناسایی شد. در میان مؤلفه‌های مختلف چارچوب اجراپژوهی، مسائل ناظر به مؤلفه‌های محیط درونی وزارت بهداشت به عنوان مجری اصلی طرح پزشکی خانواده، دارای بیشترین فراوانی بوده است.

۱ شامل مشارکت در محیط درونی و در محیط بیرونی به غیر از نهادهای رسمی (مشارکت بیرونی با نهادهای رسمی ذیل ارتباطات بین‌بخشی قرار می‌گیرد).



نمودار ۳. توزیع کدهای شناسایی شده در فاز اجرا پژوهی برحسب ابزار گردآوری داده‌ها



شکل ۱۱. فراوانی مسائل پایلوت‌های پزشکی خانواده (کدهای پایه) در فاز اجرا پژوهی

۳-۴-۱. محیط بیرونی

۳-۴-۱-۱. ارتباطات بین‌بخشی

اجرای کامل طرح پزشکی خانواده در ایران مستلزم هماهنگی و انسجام در سطوح مختلف، از سطح وزارت خانه‌ای نظیر وزارت رفاه، وزارت کشور، وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت تا سطح بیمه‌ها و صداوسیما و سطوح اجرایی نظیر مراکز ارائه‌کننده پزشکی خانواده است. با وجود این، مسائل متعددی در زمینه ارتباطات بین‌بخشی وجود داشته که با تجزیه و تحلیل داده‌ها ۶۹ کد استخراج شد که پس از بازنگری مجدد، ۴۱ کد در قالب ۳ مضمون پایه طبقه‌بندی شد.

جدول ۹. مضامین پایه مؤلفه ارتباطات بین‌بخشی

مضمون پایه	فراوانی کد
عدم توجه به فرابخشی بودن اجرای پزشکی خانواده	۱۳
نقش مبهم سازمان‌های بیمه‌گر از نظارت تا تولید	۲۰
پوشش ناکافی بسته خدمات توسط سازمان‌های بیمه‌گر	۸
مجموع	۴۱

عدم توجه به فرابخشی بودن اجرای پزشکی خانواده

اجرای طرح پزشکی خانواده تنها به وزارت بهداشت محدود نمی‌شود. براساس نظر خبرگان، بیش از ۷۰ درصد اجرای این طرح به بخش‌هایی خارج از وزارت بهداشت وابسته است، بنابراین در صورت عدم رضایتمندی و همکاری دیگر بخش‌ها، طرح با شکست مواجه خواهد شد. در نسخه‌ی ۰۲ نیز تشکیل ستاد راهبری به منظور تسهیل ارتباطات بین‌بخشی پیشنهاد شده است. با این وجود، نوعی از هم‌گسیختگی سیاستی در اجرای طرح پزشکی خانواده وجود دارد به طوری که تنها وزارت بهداشت، بیمه‌ها و سازمان برنامه در طرح دخیل شده‌اند و نقش سایر ذینفعان به درستی تبیین نشده است. یکی از مسائل دیگر به عقیده خبرگان آن است که شوراهای فرمانداری‌ها و استانداری‌ها با وجود اینکه صرفاً وظیفه نظارتی دارند، گاهی در فرایندهای درمانی تیم پزشکی خانواده مداخله می‌کنند. همچنین به دلیل بلندمدت بودن اجرای پزشکی خانواده، یکی از مسائل پرتکرار در نظام حکمرانی تغییر دوره‌های ریاست جمهوری، مجلس شورای اسلامی، سیاست‌های بودجه‌ریزی و... است که منجر به تغییر سیاست‌های طرح پزشکی خانواده در این دو دهه شده است. از این جهت لازم است تا ضمانت اجرایی حاکمیتی برای ثبات سیاست‌های پزشکی خانواده و همچنین عدم دخالت‌های سلیقه‌ای و شخصی وجود داشته باشد.

همچنین مطابق آیین‌نامه اجرای نسخه‌های پزشکی خانواده، اعضای ستاد ملی پزشکی خانواده و اعضای ستاد هماهنگی کشوری ملزم به تشکیل جلسات جهت بررسی پیشبرد برنامه و حل چالش‌ها و مسائل آن هستند. با وجود این، تعداد اندک جلسات برگزار شده پاسخگوی مسائل مرتبط با طرح پزشکی خانواده نبوده است.

نقش مبهم سازمان‌های بیمه‌گر از نظارت تا تولیت

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که حتی در دستورالعمل‌های اولیه پزشکی خانواده نیز هماهنگی لازم بین بیمه‌ها و وزارت بهداشت وجود ندارد و هر دو منتظر ابلاغیه از سوی نهادهای بالاتر هستند. بیمه‌ها به جای ایفای نقش نظارتی، وارد سیاست‌گذاری طرح پزشکی خانواده شده درحالی‌که نقش نمایندگان پزشکان و تیم پزشکی خانواده در سیاست‌گذاری‌ها بسیار کم‌رنگ بوده و زمینه‌ساز ناهماهنگی این گروه‌ها شده‌است. این ابهام‌ها باعث شده تا گاهی سازمان تأمین اجتماعی در امر درمان و وزارت بهداشت در خرید خدمات دخالت کنند. محدودیت اختیارات بیمه‌ها باعث شده تا در حال حاضر صرفاً به عنوان صندوق منابع مالی طرح نقش ایفا کنند درحالی‌که اگر بتوانند در حوزه‌های مرتبط با خود، خرید راهبردی داشته باشند، اثربخشی و انگیزه بیمه‌ها جهت همکاری با طرح افزایش می‌یابد. مرتبط با نقش نظارتی، لازم است بیمه‌ها در زمینه وضعیت شاخص‌های مختلف پس از اجرای پزشکی خانواده و نظام ارجاع، اهتمام به تولید و انتشار آن‌ها به صورت شفاف داشته باشد؛ هرچند تاکنون اقدامی در این زمینه انجام نشده‌است.

به علاوه در تدوین راهنماهای بالینی مرتبط با طرح خصوصاً در سطح اول خدمات سلامت، همکاری لازم وجود نداشته و خود باعث شد قراردادهای سازمان‌های بیمه‌گر با تیم سلامت به موقع منعقد نشود. مسئله دیگر در زمینه قراردادها آن است که مقدار پرداختی و زمان پرداخت توسط بیمه‌ها مشخص شود و در صورت عدم ایفای تعهد، بیمه‌ها نیز به صورت متقابل جریمه شوند.

یکی دیگر از مسائل مورد تاکید، ناظر به تعیین کسورات و تنبیه نسبت به ارائه‌کنندگان بوده که بر عهده وزارت بهداشت است اما بیمه‌ها در این مورد دخالت می‌کنند. درحالی‌که این موارد باید به سازمان نظام پزشکی ارجاع شود و در صورت لزوم کسورات و تنبیهات در نظر گرفته شود. همچنین برخی خبرگان معتقدند که کسورات اعمال شده از سوی بیمه‌ها نسبتاً زیاد است و به ابزاری برای سودآوری تبدیل شده و آموزش‌های لازم برای کاهش کسورات نیز به تیم سلامت ارائه نمی‌شود. از طرفی بیمه‌ها به منظور خرید راهبردی و صیانت از حق بیمه‌شدگان، باید اختیاراتی داشته باشند که هم بیمه از کارکرد خرید خدمت راهبردی دور نشود و هم اینکه اجحافی در حق ارائه‌کنندگان صورت نگیرد.

پوشش ناکافی بسته خدمات از سوی سازمان‌های بیمه‌گر

به منظور تحقق اهداف طرح، بیمه‌ها لازم است تا حد ممکن مسئولیت پوشش بسته‌های خدمات مورد نیاز پزشکی خانواده را بر عهده بگیرند. این در حالی است که خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت توسط بیمه‌ها پوشش داده نمی‌شوند. از سویی دیگر، تعدد و تکرار بیمه‌ها و ضوابط آن‌ها، هماهنگی را برای پوشش بسته خدمات پزشکی خانواده دشوار می‌کند. درحالی‌که تجمیع منابع مالی یا ادغام بیمه‌ها و یا هر ساز و کاری که بتواند پوشش بسته خدمات پزشکی خانواده را تسهیل کند به عنوان یکی از الزامات طرح از سوی خبرگان مورد تأکید است.

۲-۱-۳. تطبیق‌پذیری

با تجزیه و تحلیل داده‌ها ۴۲ کد استخراج شد که پس از بازنگری مجدد، ۳۸ کد مرتبط با مضمون «سازمان‌دهنده تطبیق‌پذیری» شناسایی شدند که در ادامه در قالب ۲ مضمون پایه طبقه‌بندی شد.

جدول ۱۰. مضامین پایه مؤلفه تطبیق‌پذیری

فراوانی کد	مضمون پایه
۲۰	ضعف در تطبیق‌پذیری فرهنگی و بومی‌سازی پزشکی خانواده
۱۸	ضعف بسته خدمات در زمینه سلامت روانی، اجتماعی و معنوی
۳۸	مجموع

ضعف در تطبیق‌پذیری فرهنگی و بومی‌سازی پزشکی خانواده

از مسائل جدی نسخه‌های پزشکی خانواده در کشور تاکنون بی‌توجهی به مؤلفه‌های فرهنگی در طراحی و بومی‌سازی متناسب با ویژگی‌های جامعه هدف بوده است. این امر مستلزم حدی از انعطاف‌پذیری در دستورالعمل‌ها پزشکی خانواده است؛ چراکه برحسب شرایط ممکن است نیازمند تغییراتی باشد. به عنوان مثال اگر در منطقه‌ای برای تشکیل تیم سلامت، مراقب سلامت وجود ندارد، مرکز ارائه‌کننده این مجوز را داشته باشد تا از سایر کارشناسان مرتبط نیاز خود را تأمین کند. علاوه بر در نظر گرفتن ویژگی‌های جامعه‌شناختی در مرحله طراحی، در مرحله اجرا نیز شکل‌گیری اعتماد بین تیم سلامت و مردم، مستلزم درگیر شدن پزشک خانواده با مسائل فرهنگی و اجتماعی جامعه هدف است. در غیر این صورت مردم استقبال نخواهند کرد و منجر به نارضایتی و عدم همکاری آنان خواهد شد. از این‌رو خبرگان تأکید داشته‌اند که هر فرد صرفاً

یک پزشک را از ابتدا تا انتهای فرایند بهداشتی درمانی خود انتخاب نموده و رابطه بلندمدتی مبتنی بر اعتماد بین فرد و پزشک شکل بگیرد. این مورد حتی به پزشک کمک می‌کند که در بیماری‌های آتی آن فرد نیز با توجه به شناخت کاملی که پیدا کرده، با دیدگاه جامع‌تری فرآیند درمان را پیگیری کند.

یکی دیگر از مصادیق بومی‌سازی در به‌روزرسانی مستمر و پویای بسته‌های خدماتی نمود می‌یابد که تاکنون توجه چندانی به آن نشده است. متناسب با شرایط ساختاری و تغییرات اقلیمی، آداب غذایی، سبک زندگی و بیماری‌های جدید منطقه هدف، بسته خدمات باید دائماً به‌روزرسانی شود. به عنوان مثال اخیراً با گسترش همه‌گیری کووید-۱۹، دستورالعمل‌های پیشگیری و درمانی آن در قالب بسته‌های خدمات، لازم بود ارائه شود که این مهم رخ نداد. همچنین در نظر گرفتن نیازهای جامعه در تربیت نیروهای انسانی ضروری است. بدین منظور در تعیین ترکیب و تربیت نیروی انسانی باید نیازهای جامعه و تقاضای کنونی را در نظر گرفت و متناسب با آن نیروی انسانی تربیت شود.

ضعف بسته خدمات در زمینه سلامت روانی، اجتماعی و معنوی

به تصریح خبرگان، بسته‌های خدمات فعلی -در نسخه‌های ۰۱ و ۰۲ پزشکی خانواده- کامل نیستند به عنوان مثال عارضه‌هایی نظیر کمردرد یا زانودرد با وجود اینکه شایع هستند ولی بسته خدمت مشخصی ندارند. همچنین در زمینه سایر ابعاد سلامتی غیر از سلامت جسمی، تمهیدات مشخصی در نظر گرفته نشده با وجود اینکه این ابعاد بر روی یکدیگر اثرگذار هستند.

۳-۴-۱-۳. فشار رقبا

از مجموع ۳۳ کد مستخرج از داده‌های پژوهش پس از بازنگری ۳۰ کد مرتبط با «فشار رقبا» شناسایی شد که در قالب ۳ مضمون پایه طبقه‌بندی شدند.

جدول ۱۱. مضامین پایه مؤلفه فشار رقبا

فراوانی کد	مضمون پایه
۶	تعارض منافع در یکپارچه‌سازی بیمه‌های سلامت
۱۰	ضعف در همراهی پزشکان متخصص با پزشکی خانواده
۱۴	بی‌توجهی به نقش بخش غیردولتی در اجرای پزشکی خانواده
۳۰	مجموع



تعارض منافع در یکپارچه‌سازی بیمه‌های سلامت

یکپارچه‌سازی صندوق‌های بیمه سلامت در کشور موضوعی است که از دیرباز مورد توجه سیاست‌گذاران سلامت کشور بوده و با توجه به شرایط اقتصادی حاکم بر جامعه، منجر به بهبود عدالت اجتماعی در سلامت خواهد شد. این یکپارچگی لزوماً به معنای ادغام منابع بیمه‌های مختلف نیست، بلکه هاهنگی و یکپارچگی قواعد و سیاست‌های بیمه‌ای موضوعیت دارد. با وجود این، تعارض منافع اشخاص و سازمان‌ها باعث شکل‌گیری مقاومت‌هایی در این زمینه شده و تامین منابع مالی پزشکی خانواده را با چالش مواجه ساخته است. مسئله دیگر وجود نابرابری در ارائه و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی خصوصاً وابسته به سطح شغلی و اجتماعی افراد است که از سوی سازمان‌های بیمه‌گر تشدید شده است. بیمه‌های سازمانی نظیر بیمه‌های وابسته به بانک‌ها و یا ادارات مختلف نظیر شرکت نفت، نیروهای مسلح، شهرداری و... در مقایسه با بیمه‌های پایه سلامت کشور، گستره و تنوع بالاتری از خدمات را پوشش می‌دهند. این مسئله به عقیده برخی از خبرگان منجر به شکل‌گیری نابرابری‌های در دسترسی به خدمات شده است و اهمیت یکپارچه‌سازی بیمه‌های مختلف سلامت در کشور را دوچندان می‌کند.

ضعف در همراهی پزشکان متخصص با پزشکی خانواده

به تصریح خبرگان، مقاومت محسوسی از سوی برخی از پزشکان متخصص شناخته شده و معتمد جامعه در برابر اجرای کامل طرح پزشکی خانواده مشاهده می‌شود که به نوبه خود مانع مهمی در موفقیت این طرح به شمار می‌آید. عدم همراهی برخی متخصصان پزشکی در پایلوت استان فارس مسائل متعددی ایجاد کرده است؛ چراکه تعداد متخصص‌های این استان در مقایسه با برخی مناطق دیگر خیلی زیاد بوده است و نقش محوری در تصمیم‌سازی‌های بخش دولتی و خصوصی دارند.

همچنین لازمه برقراری و تکمیل نظام ارجاع در طرح پزشکی خانواده، همراهی دلسوزانه و متعهدانه پزشکان متخصص و فوق تخصص سطوح دوم و سوم در ارائه بازخورد به پزشکان خانواده به صورت دقیق و منظم و تکمیل پرونده الکترونیک سلامت مراجعین از سطح یک است. نقایص موجود در این فرایند، شکاف عمیقی بین اهداف برنامه‌ریزی شده و محقق شده پزشکی خانواده ایجاد کرده است. التزام عملی پزشکان سطوح مختلف به نظام ارجاع مستلزم

وضع مقررات پشتیبان، تمهید مشوق‌ها و جریمه‌های متناسب و در نظر گرفتن ترجیحات ارائه‌کنندگان سطوح مختلف در طراحی و اجرای برنامه هست. یکی از مسائل پرتکرار در این زمینه آن است که متقاعد کردن پزشکان سطوح دو و سه جهت مشارکت در اجرای نظام ارجاع در حالی که با عدم تحقق وعده‌های پیش‌بینی شده یا تأخیر سازمان‌های بیمه‌گر در بازپرداخت خدمات مواجه شده، موجب سلب اعتماد آن‌ها شده است.

بی‌توجهی به نقش بخش غیردولتی در اجرای پزشکی خانواده

از مسائل مورد بحث در طرح پزشکی خانواده، عدم توجه به ارائه‌کنندگان خدمت غیردولتی هست؛ چراکه از سویی به‌عنوان یکی از ذینفعان اصلی، عدم رضایت و همکاری آنان با طرح، فرایند اجرای طرح پزشکی خانواده را با چالش مواجه می‌سازد و از سوی دیگر، در صورت همکاری می‌توان از ظرفیت ارائه خدمت این بخش‌ها نیز استفاده کرد.

بخش خصوصی اعم از بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مطب‌های پزشکان بخش خصوصی درصد قابل‌توجهی از حجم مراجعات مردم را شامل می‌شود که نمی‌توان در طراحی طرح پزشکی خانواده آن را نادیده گرفت. بخش خصوصی به علت نگرانی‌هایی بابت کاهش حجم ارجاعات، تقویت سطح اول مراقبت‌های اولیه سلامت و نظارت و کنترل بر نرخ ارجاع و تجویز خدمات، در برابر همراهی و پیوستن به این برنامه ملی مقاومت نشان داده است. این امر تأثیر منفی انکارناپذیری بر حسن اجرای طرح گذاشته و نیازمند توجه نهادهای تنظیم‌گر و متولیان سلامت و امضای قراردادهای تفاهم‌نامه‌های تأمین‌کننده منافع طرفین است. در صورتی که در طرح پزشکی خانواده، پزشکان شاغل در بخش خصوصی ملزم به ترک ارائه خدمت در بخش خصوصی باشند، وزارت بهداشت نیز باید مشوق‌های مناسب را تأمین نماید. تجارب قبلی نشان می‌دهد این مشوق‌های مالی از سویی با گذشت زمان بی‌ارزش شده و از سوی دیگر به علت عدم تعهد وزارت بهداشت در پرداخت مشوق‌های قبلی، اعتماد پزشکان از بخش دولتی سلب شده است.

از راهکارهای این چالش می‌توان به هویت‌بخشی به بخش خصوصی و طراحی نقش آن، به عنوان یکی از شرکای اجرای طرح پزشکی خانواده تحت تنظیم‌گری وزارت بهداشت اشاره کرد. یافته‌ها حاکی از آن است که با وجود ضرورت حضور بخش غیردولتی در طرح پزشکی خانواده، قوانین و مقررات نظارتی و نظام‌های ارزشیابی عملکرد مناسب ناظر به این ارائه‌کنندگان خصوصاً

بخش خصوصی وجود ندارد. همچنین در مورد جلب همکاری بخش خصوصی، عدم حضور فعال این ارائه‌کنندگان در منطقه مورد نظر نیز مطرح بوده و عواملی نظیر آب‌وهوا، دسترسی جغرافیایی و وضعیت اقتصادی منطقه در این امر دخیل است. این عدم تمهید در همکاری و هماهنگی با بخش خصوصی، انجمن‌های علمی پزشکی و نظام پزشکی از معضلات بزرگ اجرای طرح پزشکی خانواده عنوان شده است. برای تبادل نظر و ارتباط مداوم با گروه‌های مختلف می‌توان کمیته‌هایی متشکل از نمایندگان ارائه‌کنندگان خدمت و مسئولین امر برای بحث و گفت‌وگو ایجاد کرد.

به علاوه باید جایگاه مراکز توان‌بخشی و مراکز ترک اعتیاد (مراکز آموزشی درمانی سوءمصرف مواد)^۱ در طرح ملی پزشکی خانواده تعریف شود و سازمان‌های بیمه‌گر طرف قرارداد، طرح‌های تشویقی مناسبی بدین منظور ارائه نمایند. توجه به تأمین اعتبار مراکز ارائه خدمات پاراکلینیک نظیر مراکز پاتولوژی، مراکز تصویربرداری، آزمایشگاه‌ها و مراکز توان‌بخشی از بودجه طرح اهمیت بسزایی دارد. این مراکز به شکل انکارناپذیری در ارتباط تنگاتنگ با خدمات پزشکی خانواده هستند و تاکنون مسائل متعددی در جلب مشارکت آن‌ها وجود داشته است.

علاوه بر بخش خصوصی، سایر ارائه‌کنندگان خدمات مانند مراکز تحت مالکیت نیروهای مسلح، سازمان‌های خیریه، بانک‌ها و... نیز حضور دارند که باید نقش آن‌ها شفاف و تبیین شود. پزشکی خانواده، چتری مراقبتی برای خانواده‌ها است و در صورت عدم هماهنگی با سایر ذینفعان، ممکن است آنان به مخالفان برنامه و عاملان شکست طرح مبدل گردند. ارائه خدمات سلامت الزاماً با راه‌اندازی مراکز دولتی متعدد امکان‌پذیر نیست و اگر نظام سلامت نتواند با ایجاد همکاری بین‌بخشی، ارائه خدمت را بگستراند، هزینه‌های اضافی تحمیل خواهد شد. خرید راهبردی خدمت می‌تواند در حل این مسئله راهگشا باشد و خدمت‌رسانی در طرح پزشکی خانواده را بهبود بخشد.

۲-۴-۳. محیط درونی

۱-۲-۴-۳. مشوق‌ها و جریمه‌ها

از مجموع ۶۵ کد مستخرج از داده‌های این فاز، ۵۳ کد پس از بازنگری انتخاب و در قالب ۳ مضمون پایه طبقه‌بندی شدند. مهم‌ترین مسائل این مؤلفه ناظر به مشکلات و پیامدهای نظام پرداخت فعلی طرح پزشکی خانواده است.

جدول ۱۲. مضامین پایه مؤلفه مشوق‌ها و جریمه‌ها

فراوانی کد	مضمون پایه
۱۴	ناکارآمدی مدل‌های قراردادی پزشکان خانواده
۱۲	عدم بهره‌مندی از مشوق‌ها و تسهیلات غیرمادی
۲۷	نظام پرداخت متعارض با اهداف پزشکی خانواده
۵۳	مجموع

ناکارآمدی مدل‌های قراردادی پزشکان خانواده

مبحث قرارداد جزو مهم‌ترین سرفصل‌ها برای سیاست‌گذاران و کارفرمایان حوزه سلامت است. قراردادهای فعلی طرح پزشکی خانواده، جذابیت و حاشیه اطمینان کافی برای ترغیب پزشکان عمومی به مشارکت در این طرح را ندارد. همچنین وجود ابهامات زیاد در متن از نقاط ضعف این قراردادها به شمار می‌رود. در کنار موضوع قرارداد، قوانین و مقررات متقنی برای فعالیت پزشکان خانواده به منظور کاهش استرس شغلی و دغدغه‌های جانبی پزشکان خانواده و افزایش تمرکز و تعهد کاری پزشکان لازم است. از مسائل مهم در این زمینه جلوگیری از فعالیت هم‌زمان پزشکان خانواده در بخش‌های مختلف یا در شیفت‌های مختلف است که نیاز است از طریق قوانین الزام‌آور و همچنین تأمین مالی کافی مرتفع شود.

عدم بهره‌مندی از مشوق‌ها و تسهیلات غیرمادی

برای افزایش رضایت شغلی تیم پزشکی خانواده در کنار توجه به تأمین مالی کافی باید به ابعاد غیرمادی رضایت شغلی نیز توجه ویژه داشت که از آن جمله می‌توان به در نظر گرفتن امتیاز و سهمیه ویژه در آزمون پذیرش دستتاری، مشارکت دادن پزشک خانواده در مسئله تصمیم‌گیری‌های مربوط به بهداشت و درمان مناطق تحت پوشش خود، اعطای تسهیلات مسکن در منطقه کاری تیم پزشکی خانواده و از این قبیل موارد اشاره کرد. از سویی دیگر، توجه

به مشوق‌ها و تسهیلات غیرمادی در مسائلی مانند کمبود سرانه پزشک در مناطق محروم، حیاتی است. این مهم خود را در یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های حال حاضر تأمین نیروی انسانی وزارت بهداشت خصوصاً در طرح پزشکی خانواده، نشان داده‌است. مقوله‌ای که تلاش شده تا با سیاست‌های افزایش ظرفیت پذیرش رشته‌های گروه پزشکی در کنکور سراسری، تعریف سهمیه‌ای تحت عنوان سهمیه مناطق محروم و الزام به فعالیت ورودی‌های این نوع سهمیه به مدت سه برابر طول تحصیل در مناطق محروم تعریف شده تا حدودی مرتفع شود ولی به نظر می‌رسد تا مشکلات بنیادی و اساسی زمینه‌ساز عدم رغبت پزشکان به حضور در این مناطق رفع نشود، سیاست‌های مزبور به توفیق چندانی دست پیدا نخواهند کرد.

نظام پرداخت متعارض با اهداف پزشکی خانواده

از بارزترین مسائل اجرای پزشکی خانواده در کشور، عدم همراهی لازم پزشکان متخصص و فوق تخصص حاضر در سطوح دوم و سوم در تکمیل نظام ارجاع و ارائه بازخورد به پزشکان خانواده ارجاع‌دهنده است که باعث تضعیف یکپارچگی زنجیره ارجاع و عدم تحقق اهداف طرح شده‌است. مدل پرداخت به عنوان یکی از علل مؤثر در این مسئله شناسایی شده‌است. در بین مدل‌های پرداخت متعددی که در منابع مختلف به آن‌ها اشاره شده، دستیابی به یک مدل جامع که در آن رضایت تیم پزشکی خانواده و کارفرما را در یک نقطه بهینه تأمین نماید سخت به نظر می‌رسد. با وجود این، مدل پیشنهادی خبرگان که می‌تواند ضمن حفظ و ارتقای کیفیت و حجم ارائه خدمات بهداشتی درمانی، از منظر تأمین اعتبار نیز با مشکل مواجه نشود، مدل‌های پرداخت سرانه در کنار پاداش‌ها یا تنبیه‌های مبتنی بر عملکرد با پیش‌بینی درصدهای بازدارندگی است که بتواند جلوی ارجاعات غیرضروری را نیز بگیرد. طبیعتاً محدودیت‌های موجود در بودجه طرح پزشکی خانواده و از سویی جلب نظر پزشکان عمومی برای فعالیت در این کسوت باید در مدل پرداختی پیش‌بینی شود. در این زمینه فاصله زیادی بین مدل‌های ذکر شده در نسخه‌های پزشکی خانواده و تحقق این مدل‌های پرداخت وجود دارد. به نظر خبرگان، یکی از بهترین منابع تأمین اعتبار چنین مدل‌هایی بازچرخش پاداش‌ها و کسورات عملکردی پزشکان است؛ بدین‌صورت که منبع تأمین پاداش پزشکانی که مطابق استانداردهای تعریف شده عمل می‌کنند، از محل کسورات پرداختی پزشکانی خواهد بود که خلاف چارچوب نظام ارجاع عمل می‌نمایند و حجم درخواست‌های پاراکلینیکی و ارجاعات آن‌ها از حد انتظار و تعریف شده بیشتر

است. همچنین یکی دیگر از مسائل پرتکرار در مدل‌های پرداخت فعلی پزشکی خانواده، عدم تناسب بین درجه سختی کار و حقوق و مزایای دریافتی عنوان شده است. به علاوه مدل «پرداخت به ازای خدمت» برای برخی از اعضای تیم پزشکی خانواده یا ارائه‌کنندگان خدمات سطوح بالاتر با ایجاد تقاضای القایی می‌تواند اهداف طرح را تهدید کند. مسئله دیگر تبعیض‌های رخ داده بین تسهیلات مادی و غیرمادی اعضای تیم پزشکی خانواده است که کمتر مورد توجه بوده است. در این زمینه یکی دیگر از مسائل مورد تأکید خبرگان، ارتباط مالی پزشک خانواده با مراقبین سلامت بوده است که مسائل متعددی در پی داشته است. به عنوان مثال از نقدهای وارد به این شیوه پرداخت، ثبات مقدار سرانه تخصیص یافته به پزشکان با وجود افزایش میزان حقوق مراقبین سلامت است که این امر منجر به مقاومت برخی از پزشکان خانواده در پرداخت حقوق تصویب شده و به دنبال آن خدشه‌دار شدن رابطه آن‌ها با مراقبین سلامت شده بود.

۲-۲-۳-۴. منابع در دسترس

با تجزیه و تحلیل اولیه داده‌ها، مرتبط با مضمون «سازمان‌دهنده منابع در دسترس» ذیل مضمون فراگیر محیط درونی، ۹۲ کد استخراج شد که پس از بازنگری نهایتاً ۷۲ کد ذیل ۴ مضمون پایه طبقه‌بندی شدند.

جدول ۱۳. مضامین پایه مؤلفه منابع در دسترس

فراوانی کد	مضمون پایه
۲۰	تأمین مالی ناکافی و ناپایدار پزشکی خانواده
۲۲	کمبود منابع انسانی توانمند و کارآمد برای اجرای پزشکی خانواده
۱۷	فقدان زیرساخت‌های فناوری جهت مستندسازی، کنترل هزینه و پایش
۱۳	عدم تأمین زیرساخت‌ها و منابع فیزیکی مورد نیاز
۷۲	مجموع

تأمین مالی ناکافی و ناپایدار پزشکی خانواده

از مهم‌ترین چالش‌های طرح پزشکی خانواده توزیع نامتناسب منابع و عدم تخصیص بودجه کافی است. با توجه به اینکه اقدامات و مداخلات طرح پزشکی خانواده در بلندمدت تأثیر خود را نشان می‌دهد و نگاه سازمان‌های بیمه‌گر برای اثربخشی، به صورت محدود و زودبازده است، این امر در تأمین منابع مشکلاتی جدی به وجود آورده است. از سویی دیگر، سازمان برنامه

به‌عنوان تأمین‌کننده بخشی از منابع مالی طرح پزشکی خانواده، گاهی با توجه به برآوردها و انتظارات مختلف، در زمینه تخصیص بودجه لازم و به‌موقع متناسب با نیاز برنامه همکاری لازم را ندارد. همچنین عدم پیش‌بینی منابع مالی پایدار در نسخه‌های گذشته طرح پزشکی خانواده به عنوان یکی از چالش‌ها مطرح شده است.

کمبود منابع انسانی توانمند و کارآمد برای اجرای پزشکی خانواده

مسائل تأمین منابع انسانی باعث شده تا خدمات با کیفیت و کمیت مورد انتظار به جمعیت هدف ارائه نشود و نهایتاً سلامت عمومی لطمه ببیند. به نظر خبرگان، بالا بودن جمعیت تحت پوشش تیم پزشکی خانواده نیز این مسئله را تشدید کرده؛ هرچند جمعیت تحت پوشش پزشکان خانواده مبتنی بر برخی محاسبات تعیین شده، اما بسته‌های خدمتی متنوع و خدمات سلامتی فراتر از برآوردها باعث می‌شود جمعیت تحت پوشش بالاتر از ظرفیت‌های اجرایی باشد. همچنین ناهمخوانی نیروی انسانی از نظر تنوع تخصصی با الزامات ذکرشده در طرح پزشکی خانواده یکی دیگر از مسائل است؛ در نتیجه از بخش قابل‌توجهی از خدمات طرح پزشکی خانواده که ارائه «خدمات بهداشتی و پیشگیری» است، در خلال توجه به نظام ارجاع و ارائه حجم زیاد خدمات درمانی، نادیده گرفته می‌شود. از سویی دیگر کمبود نیروی انسانی در بخش ارائه خدمات اولیه بهداشتی هیچ‌گاه به چشم نمی‌آید. به‌طور خاص عدم استفاده از مراقبین سلامت تخصصی در پایگاه‌های پزشکی خانواده می‌تواند منجر به عقیم ماندن بسته‌های مراقبت‌های بهداشتی شود. از پیامدهای دیگر تقلیل تعداد اعضای تیم پزشکی خانواده، کم‌توجهی به طب پیشگیری و برنامه‌های سلامت همگانی است.

فقدان زیرساخت‌های فناوری جهت مستندسازی، کنترل هزینه و پایش

از مهم‌ترین ابزارهای لازم برای پایش و هدایت خدمات، فناوری اطلاعات و ارتباطات قوی است که در پایلوت‌های گذشته پزشکی خانواده مسائل متعددی از جمله عدم اتصال سامانه‌ها با یکدیگر، استانداردهای غیریکپارچه، هزینه‌های بالای نگهداشت و عدم ادغام در فرایند ارائه خدمت داشته است. لازمی پایش و ارزشیابی درست از طرح پزشکی خانواده، داشتن داده‌ها و اطلاعات جامع، روا و معتبر است که تاکنون به‌طور کامل تحقق نیافته است. بدون داشتن این الزام، تحقق برنامه‌ریزی و بررسی وضعیت موجود امکان‌پذیر نیست و آینده طرح دچار چالش جدی خواهد شد.

عدم تأمین زیرساخت‌ها و منابع فیزیکی مورد نیاز

شواهد نشان می‌دهد یکی از مسائل این بخش، کمبود یا فقدان زیرساخت‌های لازم برای خدمات پزشکی خانواده است. این شامل کمبود امکانات مراقبت‌های سلامت، کلینیک‌ها و مراکز پزشکی خانواده، به ویژه در مناطق روستایی و محروم است. زیرساخت‌های فیزیکی ناکافی دسترسی به مراقبت‌های سلامت اولیه را به‌ویژه برای جمعیت‌های دور دست با مشکل مواجه می‌سازد. همچنین توزیع ناعادلانه این زیرساخت‌ها و منابع بین مناطق شهری در مقایسه با مناطق روستایی و دور افتاده، منجر به ناعدالتی در دسترسی به خدمات شده است.

تجهیزات و لوازم پزشکی ناکافی یا فرسوده، یکی دیگر از مسائل این بخش است به طوری که حتی در زمینه برخی از لوازم تشخیصی ساده نیز در برخی از مراکز ارائه‌کننده کمبود وجود دارد. همچنین مشکلات حمل و نقل و بعد مسافت برای تیم پزشکی خانواده مورد تأکید بوده است. بدون در نظر گرفتن شرایط مناسب جهت حضور تیم پزشکی در مناطق مختلف، ارائه خدمت و دسترسی به خدمات امکان‌پذیر نخواهد شد. همچنین شواهد نشان می‌دهد عدم تدارک امکانات لازم برای تیم سلامت مستقر در مناطق محروم منجر به تهدید ماندگاری تیم‌های سلامت، کاهش رضایت شغلی و نهایتاً کاهش کیفیت خدمات شده است.

۳-۲-۴-۳. ویژگی‌های ساختاری

با تجزیه و تحلیل اولیه ۶۱ کد مرتبط با مضمون «سازمان‌دهنده ویژگی‌های ساختاری» ذیل مضمون فراگیر محیط درونی شناسایی شد که پس از بازنگری نهایتاً ۵۴ کد ذیل ۳ مضمون پایه طبقه‌بندی شده است.

جدول ۱۴. مضامین پایه مؤلفه ویژگی‌های ساختاری

فراوانی کد	مضمون پایه
۱۱	اجرای شتاب‌زده پزشکی خانواده و عدم بسترسازی
۲۳	ضعف در مدیریت تعارض منافع فردی و ساختاری در پزشکی خانواده
۲۰	عدم تناسب سازمان‌دهی طرح با ظرفیت ارائه‌کنندگان خدمت
۵۴	مجموع

اجرای شتاب‌زده پزشکی خانواده و عدم بسترسازی

اجرای طرح‌های کلانی از قبیل پزشکی خانواده مستلزم برنامه‌ریزی‌های مبتنی بر شواهد علمی و میدانی، طراحی نقشه راه و ترسیم قدم به قدم مسیر پیش رو است تا بتوان با اطمینان هرچه بیشتر در مسیر تغییر قدم برداشت. ذینفعان مختلف را با خود همراه ساخت. عدم دقت کافی به موارد ذکر شده مسئله دیگری بود که در مصاحبه‌ها به آن اشاره شد. تعجیل در اجرای طرح، منجر به عقیم ماندن طرح شد و طرح پزشکی خانواده شهری تنها توانست در دو استان مازندران و فارس به بقای خود ادامه دهد. عدم گسترش طرح در سطح کشوری، برای این دو استان نیز مخاطراتی به همراه داشت؛ چراکه طرح پزشکی خانواده دیگر دغدغه مسئولان کشوری نبود و نهاد سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی برای پزشک خانواده در سطح کلان وجود نداشت. در نتیجه این دو استان اکثراً در حل مسائل، خود باید به دنبال رفع موانع و حفظ این طرح می‌بودند و تعهدی از جانب نهادهای کشوری احساس نمی‌شد.

از سویی دیگر پزشکی خانواده برنامه‌ای کوتاه‌مدت با اهداف خرد نیست و تغییر نظام ارائه خدمت درمان-محور کنونی به نظامی سلامت-محور مستلزم وجود برنامه‌ای کلان است که برای سال‌های پیش رو طراحی شده باشد و اجرای آن فارغ از دولت و مجریان هر برهه باشد. به نظر بسیاری از خبرگان نسخه‌های فعلی پزشکی خانواده از این جهت دچار مسائل جدی هستند. هم‌چنین در حین برنامه‌ریزی، بی‌توجهی به تفاوت‌های مناطق مختلف کشور از نظر وضعیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، ساختار فرهنگی، شاخص‌های اپیدمیولوژیک و... از مسائل پرتکرار بوده است. در همین راستا هم‌زمان با تعیین اصول ثابت پزشکی خانواده به عنوان هسته اصلی، پیشنهاد شده است که اختیاراتی به مسئولین در سطح استان‌ها تفویض شود تا قدرت اتخاذ تصمیمات مناسب به فراخور شرایط را داشته باشند. یکی دیگر از مصادیق بسترسازی، ایجاد پشتوانه‌های قانونی برای طرح هست. نسخه‌های پیشین پزشکی خانواده با وجود تمهیدات مناسبی در طراحی، به دلیل خلأهای قانونی موجود، در عمل با شکست مواجه شدند.

ضعف در مدیریت تعارض منافع فردی و ساختاری در پزشکی خانواده

از مهم‌ترین مسائلی که بارها به آن اشاره شد، بحث تعارض منافع ذینفعان در تصمیم‌گیری‌ها و اجرای طرح بوده است. به عنوان مثال حضور متخصصین پزشکی در کمیته‌های تصمیم‌سازی وزارت بهداشت و جایگاه‌های مدیریتی، خود حاکی از این مسئله است. مدل پزشکی خانواده به وضوح توانایی نظام سلامت را در مدیریت سلامت افراد در سطح اول ارائه خدمت بالا

خواهد برد و در نتیجه مراجعات غیرضروری به متخصصین کمتر خواهد شد که این رخداد، تهدیدکننده تقاضای متخصصان پزشکی است. در سطح آموزش نیز این تعارض منافع قابل مشاهده است؛ به این معنا که توانمندسازی دانشجویان برای ایفای نقش پزشک خانواده و جامعیت در ارائه خدمت توسط آن‌ها، به نوعی بازار متخصصان را محدود خواهد کرد و در این راستا اقدام جدی جهت تربیت نیروی انسانی کارآمد جهت ارائه خدمت در سطح اولیه تاکنون صورت نگرفته است. هم‌چنین علاوه بر تعارض منافع حقیقی، باید در سطح حقوقی و ساختاری نیز به تعارض منافع توجه ویژه داشت. اجرای طرح پزشکی خانواده، بعضی نهادها را متضرر خواهد کرد و استقلال حرفه‌ای تخصص‌های مختلف را تحت الشعاع قرار خواهد داد. هم‌چنین ممکن است بر درآمدهای اختصاصی دانشگاه‌های علوم پزشکی - به عنوان یکی از منابع اصلی بودجه دانشگاه‌ها - تأثیر منفی بگذارد.

تعارض رویکرد سلامت محور طرح با رویکرد درمان محور بیمه‌ها، تخصص محوری در نظام آموزش پزشکی، عدم جایگاه اجتماعی و شغلی پزشکی خانواده، تعارض منافع برخی از سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران با مدل پزشکی خانواده و... از جمله مسائلی است که رویکردهای تخصص محور و درمان محور در نظام سلامت کشور رقم زده است. در نتیجه به نظر خبرگان حتی پزشکی خانواده نیز علی‌رغم رویکرد سلامت-محور در طراحی، عملاً در اجرا غالباً به صورت درمان-محور پیگیری شده است. به نظر خبرگان، مانع بودن ساختار فعلی نظام سلامت و رویکرد غالب ذینفعان باعث شده تا بسیاری از وعده‌ها و شعارهای داده شده از سوی دولت‌های مختلف در زمینه پزشکی خانواده، هیچ‌گاه جامه عمل نپوشد.

با توجه به این مسائل، نظام ارائه خدمت باید به گونه‌ای اصلاح و طراحی شود که پزشکی خانواده تهدیدی برای نهادهای مختلف تلقی نگردد و ذینفعان بخش دولتی و بخش خصوصی همسو با هم به سمت ارزش‌های این طرح حرکت کنند. علاوه بر مشکلات ذکر شده که پیرو حضور متخصصان پزشکی در جایگاه‌های تصمیم‌گیری و برنامه‌سازی ایجاد شده، ذکر این مسئله نیز حائز اهمیت است که مدل پزشکی خانواده مستلزم استفاده از تخصص‌های غیرپزشکی مختلفی از قبیل سیاست‌گذاری سلامت و اقتصاد سلامت است و توجه صرف به متخصصان پزشکی که اکثراً در زمینه علوم اقتصاد و مدیریت تبحر کافی را ندارند، به عقیده خبرگان زمینه‌ساز تداوم مسائل قبلی خواهد بود.

عدم تناسب سازمان‌دهی طرح با ظرفیت ارائه‌کنندگان خدمت

سازمان‌دهی شامل تعریف مشاغل و روابط کاری، تعیین وظایف مختلف و ارتباط آن‌ها با یکدیگر، تنظیم و تخصیص منابع و طراحی ساختاری است که اهداف طرح را ممکن می‌سازد. از پایه‌های اصلی در برنامه‌ریزی‌های نظام سلامت، توجه به نیازها، خواسته‌ها و ظرفیت‌های ارائه‌کنندگان خدمت است. لازمه جذب نیروی انسانی مناسب، عدم وجود اجبار برای حضور در طرح بوده و باید افراد، حضور در این تیم را به صورت آگاهانه و اختیاری انتخاب کنند. هم‌چنین باید نیروی انسانی جذب‌شده از حیث تخصص، تنوع لازم را داشته باشد. از دیگر مسائل پرتکرار در مصاحبه‌ها، عدم توجه به ظرفیت تیم پزشکی خانواده و تحمیل وظایفی فراتر از توان بوده‌است. به عنوان مثال در نسخه ۰۲ تیم پزشکی خانواده متشکل از ۱۷ نفر است اما در مقام عمل، پزشک خانواده در مطب خود همراه با یک مراقب سلامت مشغول ارائه خدمات است و پیرو آن حجم کاری افراد زیاد می‌شود. این امر از طریق ایجاد فرسودگی شغلی باعث کاهش سطح کیفیت خدمات ارائه‌شده و نارضایتی تیم پزشکی خانواده و مردم از یک‌سو و وارد کردن داده‌های غیردقیق در پرونده‌های سلامت از سوی دیگر شده‌است. به علاوه در طرح پزشکی خانواده انعطاف کافی در ساعات کاری پزشکان وجود نداشته و گاهی شرایط زندگی ارائه‌کنندگان خدمت به خوبی در نظر گرفته نشده‌است. هرچند در استان مازندران تجاربی در زمینه حل این مشکلات وجود دارد.

۳-۴-۳. ذینفعان کلیدی

۳-۴-۳-۱. ادراک ذینفعان

ادراک ذینفعان به عنوان یکی از مضامین سازمان‌دهنده ذیل بعد ذینفعان کلیدی محسوب می‌شود. نتیجه اولیه تجزیه و تحلیل اسناد، گروه‌های کانونی و مصاحبه‌ها، ۷۵ کد بود که پس از بازنگری ۵۸ کد مرتبط در قالب ۴ مضمون پایه طبقه‌بندی شده‌است.

جدول ۱۵. مضامین پایه مؤلفه ادراک ذینفعان

مضمون پایه	فراوانی کد
انگاره‌های ذهنی متعارض در خصوص پزشکی خانواده و نظام ارجاع	۲۵
عدم اعتقاد به خلق ارزش از طریق رویکرد سلامت‌محوری	۱۳
عدم ثبات در سیاست‌گذاری طرح پزشکی خانواده	۹

۱۱	بی‌عدالتی و تبعیض در اجرای پزشکی خانواده و نظام ارجاع
۵۸	مجموع

انگاره‌های ذهنی متعارض در خصوص پزشکی خانواده و نظام ارجاع

شواهد نشان می‌دهد که ذینفعان مختلف از جمله سیاست‌گذاران، ارائه‌کنندگان و مردم، در زمینه تعریف و چستی نظام ارجاع و پزشکی خانواده، انگاره‌های ذهنی متعدد و بعضاً متعارضی دارند که مبنای موافقت یا مخالفت آن‌ها با طرح می‌شود. به تعبیر دقیق، پزشکی خانواده تبدیل به یک مشترک لفظی شده که معانی متفاوتی از آن برداشت می‌شود. «پزشک خانواده به مثابه محدودیت دسترسی» و گاهی در نوع شدیدتر آن «به‌مثابه محرومیت» یکی از انگاره‌هاست که در نگاه بخشی از مردم و سیاست‌گذاران وجود دارد؛ چراکه نظام ارجاع - خصوصاً اگر به صورت اجباری اجرا شود - می‌تواند دسترسی به پزشکان سطوح دوم و سوم را هدفمند و تا حدی محدود نماید. در این نگاه، نظام ارجاع «موانع غیرضروری» ایجاد می‌کند و روند دریافت مراقبت‌های تخصصی را طولانی می‌کند. زمان انتظار برای ارجاع، صف‌های طولانی انتظار برای گرفتن نوبت و بوروکراسی‌های اداری می‌تواند دسترسی به موقع به درمان‌های ضروری را با مشکل مواجه سازد.

متناسب با انگاره فوق، «پزشک خانواده به مثابه محدودکننده قدرت انتخاب» خصوصاً از سوی افرادی که کنترل بیشتری بر تصمیمات و انتخاب مراقبت‌های سلامت خود دارند، ترویج می‌شود. آن‌ها ممکن است احساس کنند که در توانایی خود برای انتخاب متخصص یا جستجوی نظرات دوم^۱ بدون ارجاع از سوی پزشک خانواده محدود شده‌اند. همچنین افرادی که ارجاعات متعدد یا تغییرات مکرر در متخصصان را تجربه می‌کنند ممکن است نظام ارجاع را به

۱ در نظام سلامت، نظر دوم (Second Opinion) به درخواست بیمار برای دریافت مشاوره یا ارزیابی از یک پزشک دیگر - پس از مراجعه به پزشک اول - برای تأیید یا ارائه دیدگاه‌های جایگزین در مورد تشخیص، برنامه درمانی یا وضعیت پزشکی اشاره دارد. نظر دوم به‌ویژه در مواردی که تشخیص نامشخص بوده یا برنامه درمانی پیچیده یا خطرناک است، می‌تواند مهم باشد و به بیمار برای اطمینان از درک جامعی از وضعیت خود و گزینه‌های درمانی موجود کمک می‌کند. توجه به این نکته مهم است که درخواست نظر دوم لزوماً به این معنا نیست که بیمار به پزشک خانواده اصلی خود اعتماد ندارد، بلکه اغلب به عنوان راهی برای جمع‌آوری اطلاعات و دیدگاه‌های تکمیلی به منظور اتخاذ آگاهانه‌ترین تصمیم ممکن در مورد مراقبت‌های سلامت انجام می‌شود.

عنوان «مخل تداوم و استمرار مراقبت‌ها» درک کنند. وجود چالش‌های ارتباطی و انتقال اطلاعات بین پزشکان مراقبت‌های اولیه و متخصصان در نظام ارجاع می‌تواند این انگاره را تشدید کند. یکی دیگر از انگاره‌های ذهنی «پزشک خانواده به‌مثابه سطح‌بندی خدمات» است. افراد دارای این ادراک نقش پزشک خانواده را تقلیل داده و تا حدی می‌پذیرند که برای مراجعه به سطوح تخصصی، ابتدا باید به پزشک خانواده خود مراجعه نمایند. این ادراکات مختلف می‌تواند در تعریف حقوق و تکالیف متقابل هر یک از سه طرف ارجاع‌کننده، ارجاع‌شونده و پزشک مورد ارجاع، مؤثر باشد.

گاهی نیز «پزشک خانواده به‌مثابه پزشک فردی» ترویج می‌شود که در این نگاه، واحد دریافت‌کننده خدمت از خانواده به فرد تقلیل یافته؛ درحالی‌که پزشک خانواده در معنای گسترده آن مسئول سلامتی تمامی اعضای یک خانواده -صرف‌نظر از سن، جنس و موقعیت شغلی- است. به نظر برخی ذینفعان نیز تفکیک نظام ارجاع و پزشکی خانواده در نظام سلامت ایران ممکن نیست و هیچ‌کدام بدون دیگری کارایی لازم را نخواهد داشت. یکی دیگر از مصادیق مهم در زمینه انگاره‌های ذهنی، تقلیل پزشکی خانواده (سلامت‌محوری) از جهت‌گیری کلان سیاست‌گذاری‌ها و راهبردهای مختلف نظام سلامت به «پزشکی خانواده به‌مثابه یک برنامه» هم‌عرض سایر برنامه‌ها و طرح‌های نظام سلامت است که تبعات فراوانی را به همراه داشته است. می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که عمده این انگاره‌های ذهنی فوق‌منجر به شکل‌گیری نگرشی منفی نسبت به طرح، خصوصاً از سوی آحاد مردم شده است.

عدم اعتقاد به خلق ارزش از طریق رویکرد سلامت‌محوری

با وجود الزامات مورد تأکید در برنامه‌های توسعه کشور و قوانین بالادستی بر ضرورت اجرای پزشکی خانواده و نظام ارجاع، برخی از سیاست‌گذاران و ارائه‌کنندگان خدمات، باوری به خلق ارزش از طریق رویکرد سلامت‌محور به‌ویژه از طریق مدل پزشکی خانواده ندارند. این باور ممکن است به دلیل عوامل مختلفی از جمله عدم آگاهی یا تجربه مزایای پزشکی خانواده و یا منافع و اولویت‌های رقیب از جمله منافع مادی شکل گرفته باشد. ترویج رویکرد سلامت‌محور خصوصاً از طریق پزشکی خانواده نیازمند تلاش جمعی متخصصان پزشکی، مردم و سیاست‌گذاران است که تاکنون مورد اهتمام جدی نبوده است.

مطالعات و تحقیقات مبتنی بر شواهد تجربی که اثربخشی و مقرون به صرفه بودن مراقبت‌های اولیه و پزشکی خانواده را در بهبود نتایج سلامت و کاهش هزینه‌های مراقبت نشان دهد؛ پوشش‌های عمومی که نقش حیاتی پزشکی خانواده را در مراقبت‌های پیشگیرانه، مدیریت بیماری‌های مزمن، و ارتقای کلی سلامت برجسته می‌کند؛ جلب مشارکت فعالانه سیاست‌گذاران و متخصصان پزشکی در تصمیم‌سازی‌ها و گفتگوها خصوصاً پیرامون اهمیت رویکرد سلامت‌محور و مزایای منحصربه‌فرد پزشکی خانواده در ارتقای سلامت عمومی می‌تواند تا حدی بخشی از مسئله که ناشی از ناآگاهی بوده‌است را مرتفع سازد. هرچند همان‌طور که تأکید شد منافع یا اولویت‌های رقیب نیز نقش جدی در مخالفت‌ها دارد که در سایر عناوین تا حدی به آن پرداخته می‌شود.

عدم ثبات در سیاست‌گذاری طرح پزشکی خانواده

شواهد نشان می‌دهد که بی‌ثباتی در سیاست‌گذاری طرح پزشکی خانواده باعث نگرانی بسیاری از ذینفعان شده‌است. ناپایداری این سیاست‌ها شامل تغییرات در شبکه ارائه‌کنندگان خدمات مانند تغییر در ترکیب تیم سلامت یا سرانه جمعیت تحت پوشش هر تیم، تغییرات در مزایای ارائه‌شده طرح مثلاً تغییرات در بسته خدمات طرح یا نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان، یا تغییر در ساختار کلی هزینه‌های طرح مانند تغییرات سهم سازمان بیمه‌گر و مردم در پرداخت هزینه‌های پزشکی خانواده یا نوسانات متعدد بودجه تخصیص‌یافته به طرح بوده‌است. با توجه به اینکه پزشکی خانواده تاکنون حداقل وعده و طرح اصلی پنج وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از بعد انقلاب تاکنون بوده، تغییر مستمر سیاست‌ها در اجرای پزشکی خانواده حتی تا جزئی‌ترین تغییرات نظیر سرفصل‌های آموزشی، نااطمینانی‌هایی نسبت به آینده طرح ایجاد کرده‌است. ادراک عدم ثبات در خصوص آینده طرح پزشکی خانواده خصوصاً از سوی پزشکان عمومی و نظام آموزش پزشکی، حائز اهمیت تلقی می‌شود.

بی‌عدالتی و تبعیض در اجرای پزشکی خانواده و نظام ارجاع

یکی از مسائل پرتکرار خصوصاً در برخی از مناطق تحت پایلوت پزشکی خانواده، عدم تبعیت بسیاری از سیاست‌گذاران و مجریان طرح از پزشکی خانواده و نظام ارجاع بوده که گاهی با احساس تبعیض از سوی جامعه همراه بوده‌است. دریافت خدمات خارج از طرح پزشکی

خانواده برای خود یا اعضای خانواده، عدم حضور یا مشارکت در جلسات ستاد کشوری پزشکی خانواده و... از جمله مصادیق عدم تبعیت سیاست‌گذاران و مجریان بوده است.

۲-۳-۴. تعهد سازمانی

تعهد سازمانی از عواملی است که در اسناد، مصاحبه‌ها و گروه‌های کانونی، با وجود اینکه گستردگی زیادی نداشت، اما مورد تأکید منتقدین و سیاست‌گذاران بود. در نتیجه تجزیه و تحلیل داده‌ها، ۱۵ کد استخراج شد که پس از بازنگری مجدد، ۱۳ کد مرتبط شناسایی و در قالب ۴ مضمون پایه طبقه‌بندی شدند.

جدول ۱۶. مضامین پایه مؤلفه تعهد سازمانی

مضمون پایه	فراوانی کد
جایگاه اجتماعی نامناسب پزشکان عمومی و خانواده	۵
فقدان حمایت سیاسی از طرح پزشکی خانواده	۲
تعلق پایین واحدهای مجری دانشگاه‌های علوم پزشکی	۴
رضایت شغلی پایین تیم پزشکی خانواده	۲
مجموع	۱۳

جایگاه اجتماعی نامناسب پزشکان عمومی و خانواده

شواهد نشان می‌دهد بسیاری از دانشجویان پزشکی که علاقه‌مند به باقی ماندن در کشور هستند، به دنبال پذیرش در یکی از رشته‌های آزمون دستیاری تخصصی بوده و کمتر کسی علاقه دارد تا در سطح پزشک عمومی باقی بماند. دلیل این عدم اقبال به پزشکی عمومی (پزشکی خانواده)، کم‌ارزش شدن جایگاه پزشک خانواده در نظام سلامت درمان‌محور فعلی است که طی یک چرخه معیوب، این مسئله به صورت مداوم تشدید شده است. تخصص‌گرایی در نظام آموزش پزشکی و همچنین زیرساخت‌های مراقبت‌های سلامت، و مواجهه محدود بیماران با مراقبت‌های اولیه و مراجعه مستقیم به پزشکان متخصص نیز در کمرنگ شدن این جایگاه اجتماعی نقش داشته است. آموزش و آگاهی عمومی در زمینه اهمیت مراقبت‌های اولیه، همچنین آموزش و توسعه حرفه‌ای پزشکان عمومی، تشویق به همکاری و ارتباط بین پزشکان

عمومی و متخصصان و تقویت نقش دروازه‌بانی^۱ در نظام ارجاع، از عواملی است که جایگاه پزشکان خانواده را به آن‌ها باز می‌گرداند.

فقدان حمایت سیاسی از طرح پزشکی خانواده

از جمله پرتکرارترین مسائل این بخش، ضعف در حمایت سیاسی از طرح است. گاهی تعارضات منافع فردی و ساختاری به حدی است که در صورت عدم جلب اراده سیاسی رئیس‌جمهور برای پشتیبانی طرح، عملاً آن طرح ابتر می‌ماند. به عقیده‌ی برخی صاحب‌نظران، پزشکی خانواده نیز به همین سرنوشت دچار شده‌است؛ به طوری که حضور ذینفعان رسمی و غیررسمی قدرتمند و متعدد در وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مختلف، مانع از پیشرفت صحیح طرح شده‌است و اجرای آن نیازمند قدرت بالاتری نسبت به وزیر بهداشت است. همچنین عدم تبعیت بسیاری از مسئولین و مجریان از نظام ارجاع نیز باعث ضعف در پیروی مردم شده‌است.

تعلق پایین واحدهای مجری دانشگاه‌های علوم پزشکی

همراهی برخی از معاونت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی با معاونت بهداشت به عنوان متولی پزشکی خانواده، پایین بوده و حمایت چندانی از طرح نشده‌است. به طور خاص تحقق نظام ارجاع از سوی معاونت بهداشت بدون حمایت و تعهد بخش فناوری اطلاعات یا معاونت پشتیبانی و توسعه دانشگاه، غیرممکن است.

رضایت شغلی پایین تیم پزشکی خانواده

در صورتی که طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع، نتواند فرایندهای شغلی یک پزشک را تسهیل کند، عملاً از طرف پزشک مورد پذیرش واقع نخواهد شد. این اتفاق برای پزشکان متخصص به شکل دیگر رخ می‌دهد و ممکن است اجرای طرح باعث کاهش درآمد آن‌ها شود و با تهدید رضایت شغلی، تبدیل به یک مانع برای اجرای طرح خواهند شد. شواهد نشان می‌دهد رضایت شغلی گروه‌های مختلف از طرح پزشکی خانواده به میزان کافی نبوده‌است. در خصوص این مسئله، راهکارهای متعددی از سوی خبرگان از جمله اصلاحات نظام جبران خدمات یا افزایش گردشگری سلامت در حوزه‌های تخصصی و درمانی و... مطرح شده که موضوع این بخش نیست.

۳-۴-۳-۳. شایستگی شغلی

شایستگی شغلی به عنوان یکی از مضامین سازمان‌دهنده ذیل بعد ذینفعان کلیدی محسوب می‌شود. با توجه به اینکه از ارکان اصلی در طرح پزشکی خانواده، سرمایه‌های انسانی زبده و ماهر هستند، این مؤلفه در فاز اجرا پژوهی مورد بررسی قرار گرفت. نتیجه اولیه تجزیه و تحلیل اسناد، گروه‌های کانونی و مصاحبه‌ها، ۵۲ کد بود که پس از بازنگری ۴۷ کد مرتبط در قالب ۲ مضمون پایه طبقه‌بندی شده است.

جدول ۱۷. مضامین پایه مؤلفه شایستگی شغلی

مضمون پایه	فراوانی کد
ضعف در توانمندسازی و آموزش تیم پزشکی خانواده	۳۴
عدم کفایت شایستگی‌های حوزه انسانی، ارتباطی و اخلاقی	۱۳
مجموع	۴۷

ضعف در توانمندسازی و آموزش تیم پزشکی خانواده

با وجود اینکه آموزش پزشکی در ایران به یک بلوغ نسبی و کافی رسیده، خبرگان در حوزه پزشکی خانواده معتقدند که نظام آموزش فعلی پزشکان عمومی غالباً با حیطه‌های تخصصی و فوق تخصصی پزشکان در آینده مرتبط و نزدیک است؛ درحالی‌که نقش یک پزشک عمومی به عنوان پزشک خانواده، کسب توانمندی‌ها و مهارت‌هایی در حوزه‌ی مراقبت‌های اولیه سلامت است. این مسئله نه تنها در آموزش پزشکان دیده می‌شود، بلکه هنگامی که تیم پزشکی خانواده پا به میدان می‌گذارند، مهارت‌های لازم را ندارند. روش‌های مختلفی برای حل این مسائل پیشنهاد شده است که عبارت‌اند از: کاهش مدت آموزش پزشکی عمومی و طراحی دوره آموزشی کوتاه‌مدت پزشکی خانواده به طوری که فرد هم‌زمان بتواند ارائه خدمت کند^۱، آموزش‌های غیرحضوری تیم پزشکی خانواده، آموزش‌های پودمانی^۲ و مبتنی بر نیازسنجی‌های شغلی و دوره‌های بازآموزی.

همچنین آشنایی ناکافی ارائه‌کنندگان تمامی سطوح خدمت از قوانین، فرایندها، دستورات عمل‌ها و پروتکل‌های پزشکی خانواده و نظام ارجاع و نقص آموزش ضمن خدمت از

1 Vocational Education

2 Modular Education

مسائل پرتکرار در این مضمون بوده است. حتی برخی شواهد نشان می‌دهد که این فقدان آگاهی در سطوح خیلی پایه وجود دارد تا حدی که فلسفه و فواید طرح به خوبی درک نشده است. خبرگان برای این مسائل بر راهکارهایی نظیر طراحی دوره‌هایی از قبیل کارشناسی ارشد سلامت عمومی^۱ برای پزشکی خانواده یا آموزش از راه دور تأکید کرده‌اند. هم‌چنین دریافت‌کنندگان خدمت نیز در صورت آشنایی با هدف ارجاع و اعتماد به طرح پزشکی خانواده - که می‌تواند تضمین‌کننده سلامت آن‌ها با فرایندهای اثربخش و مقرون به صرفه باشد - از ارجاع پیروی خواهند کرد و کمتر ارجاع معکوس رخ خواهد داد.

برخی بر این باورند که استفاده از متخصصین پزشکی خانواده به عنوان فردی جامع‌الشرایط که فراتر از پزشک عمومی است و می‌تواند به درستی ایفای نقش کند، می‌تواند راه‌حل بسیاری از مسائل فوق باشد. در مقابل برخی نیز انتقاداتی در زمینه تعریف پزشکی خانواده به عنوان یک تخصص پزشکی در فضای آموزش پزشکی ایران دارند.

عدم کفایت شایستگی‌های حوزه انسانی، ارتباطی و اخلاقی

این مضمون با مضمون قبلی مرتبط بوده اما به دلیل اهمیت آن مجزا شده است. برای تغییر فرهنگ نظام سلامت از درمان در بیمارستان به سمت جامعه‌محوری، لازم است ارائه‌کنندگان بیشتر در بطن جامعه حضور و فعالیت داشته باشند که جز با شایستگی‌های ارتباطی و انسانی کافی، ممکن نیست. در داده‌های این فاز بارها به این مسئله اشاره شده که پزشکان و مراقبین سلامتی وجود داشته‌اند که با وجود دانش تخصصی بالاتر به دلیل مهارت‌های ارتباطی ضعیف‌تر نتوانسته‌اند بیماران را از فعالیت‌های تشخیصی و درمانی خود راضی نگه دارند. یکی از نقاط قوت و بالقوه تیم پزشکی خانواده در مقایسه با پزشکان متخصص و فضای درمان‌محور داشتن ارتباط صحیح‌تر و عمیق‌تر با جامعه است.

۳-۴-۴. فرآیند اجرا

۳-۴-۴-۱. آموزش و اطلاع‌رسانی

در خصوص مضمون سازمان‌دهنده «آموزش و اطلاع‌رسانی» ۴۷ کد استخراج شد که پس از بازنگری و چک مجدد، ۳۵ کد در ۲ مضمون پایه طبقه‌بندی شد.

جدول ۱۸. مضامین پایه مؤلفه آموزش و اطلاع‌رسانی

فراوانی کد	مضمون پایه
۱۱	ضعف در ارائه و آموزش بسته‌های خدمت در سطوح مختلف
۲۴	ضعف در آموزش همگانی در زمینه پزشکی خانواده و نظام ارجاع
۳۵	مجموع

ضعف در ارائه و آموزش بسته‌های خدمت در سطوح مختلف

اجرای فرایندهای درمانی مختلف و متنوع برای یک بیماری مشخص، از جمله مسائل پزشکی خانواده خصوصاً در سطوح دو و سه هست. از این رو ارائه بسته‌های خدمت برای سطوح مختلف و راهنماهای بالینی جامع برای هر یک پزشکان اعم از پزشکان خانواده و یا پزشک متخصص متناسب با تخصص آن‌ها ضروری است. در این زمینه لازم است پزشکان دستورالعمل یکسانی برای معالجه بیماری‌ها در سراسر کشور اجرا نمایند.

ضعف در آموزش همگانی در زمینه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

از مسائل پرتکرار، فقدان یا ضعف در آموزش عمومی در زمینه طرح پزشکی خانواده عنوان شده است. آماده‌سازی زمینه‌ی ذهنی مردم نیازمند برنامه‌ای جامع و گسترده با استفاده از ابزارهای مختلف نظیر فضای مجازی و صداوسیما است. با آموزش مواردی نظیر آن‌که «پزشک خانواده کیست»، «ضرورت اجرای طرح چیست»، و «نظام صحیح ارجاع چگونه است» می‌توان مردم و ذی‌نفعان را با خود همراه کرد. عدم پذیرش و باور نسبت به جایگاه پزشکان خانواده باعث شده تا برخی از افراد صرفاً جهت دریافت کد ارجاع به پزشک متخصص - بدون هرگونه معاینه از سوی پزشک خانواده - حتی برای بیماری‌های بسیار ساده، به پزشکان خانواده مراجعه کنند. بنابراین فرهنگ‌سازی نظام ارجاع در کنار پزشکی خانواده با توجه به آداب و رسوم هر منطقه ضروری است. همچنین شواهد نشان می‌دهد که ارجاع اجباری (و عدم ایجاد سازوکار برای مراجعه آزاد و مستقیم به سطوح دو و سه خدمات) یا محدود کردن حق انتخاب مردم در زمینه انتخاب پزشک خانواده موجب نارضایتی می‌شود؛ اگرچه آموزش همگانی می‌تواند تا حدی این تراحم را کاهش دهد. از سویی دیگر عدم رعایت سطوح ارجاع به معنی درست اجرا نشدن طرح است و در نتیجه عدم کاهش هزینه‌ها شرایط نگران‌کننده‌ای را ایجاد می‌کند.

۲-۴-۳. بازخورد و ارزیابی

در خصوص مضمون سازمان‌دهنده «بازخورد و ارزیابی» که ذیل مضمون فراگیر فرآیند اجرا است، ۵۴ کد استخراج شد که پس از بازنگری و چک مجدد، ۴۸ کد در ۳ مضمون پایه طبقه‌بندی شد. مضمون بازخورد و ارزیابی به مباحثی همچون نظارت و ارزیابی، طراحی سازوکار و بازخورد کمی و کیفی همراه با گزارش‌های منظم فردی و تیمی در مورد پیشرفت کار، کیفیت اجرا و تجارب کسب‌شده اشاره دارد. ارزیابی برای شناسایی مسائل طرح و یافتن راه‌حل‌های آن نقش مهمی دارد و باید در دو سطح طراحی مناسب نظام پایش و اجرای مؤثر آن صورت گیرد.

جدول ۱۹. مضامین پایه مؤلفه بازخورد و ارزیابی

مضمون پایه	فراوانی کد
عدم طراحی مدل ارزیابی هوشمند و کارآمد	۲۸
عدم مطالعه و استفاده از نتایج ارزیابی	۱۱
فقدان پایگاه اطلاعاتی برای نظارت و ارزیابی	۹
مجموع	۴۸

عدم طراحی مدل ارزیابی هوشمند و کارآمد

طرح‌های نظارتی باید یک سری ویژگی از جمله به‌روز بودن و تغییر فرایندها متناسب با نیاز، سنجش هوشمندانه با توجه به پراکندگی جغرافیایی ارائه‌کنندگان خدمات، سخت‌گیرانه نبودن نظام پایش، نظارت جامع بر همه گروه‌های شغلی فعال در طرح پزشکی خانواده و ارزشیابی توأمان وجوه بالینی و اجرایی را داشته باشند. از نظر خبرگان در حال حاضر ویژگی‌های مذکور و ارزیابی هدفمند در طرح پزشکی خانواده به درستی مورد توجه قرار نگرفته است.

در زمینه طراحی و استفاده از استانداردها و شاخص‌های ارزیابی، از یک سو پزشکی خانواده خود رویکردی برای رسیدن به اهداف نظام سلامت است، در نتیجه با مقایسه اطلاعات جمع‌آوری‌شده پس از اجرا با پیش از اجرای طرح، میزان دستیابی به اهداف نظام سلامت مشخص خواهد شد؛ از سویی دیگر استانداردها و شاخص‌هایی می‌توانند درون خود طرح و با توجه به اهداف پزشکی خانواده تعریف شوند. عدم اجماع در مورد شاخص‌ها بین ذینفعان

مختلف، چه در انتخاب و چه اولویت‌بندی شاخص‌های ارزیابی، از مسائل این حیطة است. به علاوه استانداردها و شاخص‌های ارزیابی عمدتاً از جنس سنجه‌های فرآیندی مانند تعداد ویزیت بیماران یا رعایت راهنماهای بالینی بوده و کمتر به نتایج سلامتی و تجربیات بیمار معطوف بوده‌است.

تعریف نقش بیمار در ارزیابی سیستم و بازخورد بیمار در ارزیابی اثربخشی اقدامات پزشکی خانواده بسیار حائز اهمیت است. با وجود این، فقدان سازوکارهای بازخورد بیماران یکی دیگر از مسائل حوزه ارزیابی است که ارزیابی کل‌نگر طرح را محدود کرده‌است. همچنین سایر روش‌های ارزیابی عملکرد ارائه‌کنندگان خدمات نظیر معاینه دوره‌ای بیماران و تحلیل روند درمانی و مراقبتی آن‌ها و بررسی پرونده‌های پزشکی کمتر اعمال شده‌است. به علاوه ارزیابی‌های نامنظم یا ناکافی مانع شناسایی مسائل و اجرای به موقع بهبودهای لازم شده و یکی از معضلات جدی است.

نظام ارجاع یکی از بخش‌هایی است که به بازخورد نیاز داشته و نیازمند پیوند و ارتباط دوطرفه هست؛ یعنی زمانی که بیمار از سطح یک به سطح دو معرفی می‌شود، سطح دو با ارائه بازخورد مناسب، تیم پزشکی خانواده را از ادامه روند تشخیصی و درمانی مطلع سازد و تیم پزشکی خانواده باید پیگیر بیمار ارجاع‌شده به سطوح بالاتر از زمان معرفی تا اتمام کارهای درمانی یا تسکینی باشند. اعمال یک سری محدودیت‌ها از جمله تعیین میزان ارجاع، تعیین سقف خدمات پاراکلینیکی، تعریف قوانین و مقررات تنظیمی سازمان بیمه مبتنی بر راهنماهای بالینی و تعیین فرانشیز در ویزیت‌ها باعث اثرکنترلی بر میزان تجویزها و بار مراجعین می‌شود؛ درحالی‌که از نگاه خبرگان این محدودیت‌ها به درستی طراحی یا حتی اجرا نمی‌شوند.

عدم مطالعه و استفاده از نتایج ارزیابی

یکی دیگر از مسائل حوزه ارزیابی، عدم مطالعه و استفاده از نتایج پایش‌های انجام‌شده است. همان‌گونه که در موارد قبلی نیز اشاره شد اگرچه این پایش‌ها اشکالات فراوانی دارند، اما می‌توان با بررسی آن‌ها به نتایج قابل استناد و حائز اهمیت دست یافت. همچنین می‌توان با استفاده از اطلاعات جمع‌آوری‌شده در سامانه‌هایی همچون سامانه سیب، تا حدودی وضعیت موجود طرح را مورد سنجش قرار داد. به زعم بسیاری از خبرگان مطالعات اندکی در این زمینه صورت گرفته‌است.

فقدان پایگاه اطلاعاتی برای نظارت و ارزیابی

نقایص جمع آوری و مدیریت داده ها می تواند چالش های مهمی در ارزیابی مدل پزشکی خانواده ایجاد کند. در برخی موارد، داده ها به طور نظام مند جمع آوری نشده یا ممکن است ناقص باشند، که دستیابی به اطلاعات دقیق و معتبر را برای ارزیابی دشوار می کند. همچنین جمع آوری اطلاعات پراکنده در قالب یک پایگاه یکپارچه حائز اهمیت است. اطلاعات پراکنده ای که شاید هرکدام به تنهایی راهگشا نباشند، زمانی که در کنار هم مورد بررسی قرار گرفته شوند، موجب شفافیت در بسیاری از شاخص ها و مسائل خواهد شد. در طرح پزشکی خانواده فقدان چنین پایگاه اطلاعاتی ای یکی از مسائل پرتکرار بوده است.

۳-۴-۴-۳. جلب مشارکت

ذیل مضمون سازمان دهنده «جلب مشارکت» با توجه به تحلیل اولیه اسناد، مصاحبه ها و گروه های کانونی ۱۸ کد مرتبط با این مؤلفه استخراج که در ادامه پس از بازنگری به ۱۳ کد تقلیل یافت که در قالب ۳ مضمون پایه طبقه بندی شده اند.

جدول ۲۰. مضامین پایه مؤلفه جلب مشارکت

فراوانی کد	مضمون پایه
۳	عدم مشارکت نخبگان در سیاست گذاری پزشکی خانواده
۵	عدم هماهنگی میان سطوح مختلف نظام ارجاع و وزارت بهداشت
۵	فقدان بسیج عمومی مردم و سازمان های مردم نهاد
۱۳	مجموع

عدم مشارکت نخبگان در سیاست گذاری پزشکی خانواده

برای آن که طرحی در مسیر پیشبرد اهداف خود به درستی پیاده سازی شود، نه تنها به سیاست گذاری دقیق و اجرا صحیح این سیاست ها نیاز است، بلکه باید در تحکیم و تداوم آن با حضور و مشارکت نخبگان و افراد توانمند علمی و اجرایی اهتمام شود. از نظر برخی خبرگان، نیروهای نخبه در فرایند سیاست گذاری و اجرا، مشارکت لازم را نداشته اند.

فقدان تخصص و دیدگاه های متنوع، ترجمه دانش محدود به سیاست ها و راهبردهای موثر پزشکی خانواده، نمایندگی ناکافی ذینفعان، اعتبار و مشروعیت محدود، و افزایش احتمال

تصمیم‌گیری‌های متاثر از اهداف سیاسی یا منافع شخصی از جمله پیامدهای جلب مشارکت پایین‌نخبگان بوده‌است.

عدم هماهنگی میان سطوح مختلف نظام ارجاع و وزارت بهداشت

اشکالی اساسی که بسیاری از متخصصان در این حوزه به آن اشاره کردند فقدان سازوکار ارجاع به عنوان یک نظام (سیستم) است. یک سیستم دارای عناصر و اعضای مختلف با روابط متقابل از پیش تعیین‌شده در سازوکار ارجاع پزشکی خانواده دیده نمی‌شود. روابط بین ارجاع‌دهنده، ارجاع‌شونده و کسی که به او ارجاع داده می‌شود به درستی تعریف نشده، اینکه چه زمانی و با چه شاخص‌هایی ارجاع انجام شود، پس از ارجاع به سطح دو و سه با چه سازوکاری به سطح اول پس‌خوراندن ارائه شود و در نهایت چگونه ادامه درمان توسط پزشک خانواده صورت پذیرد؛ هیچ‌کدام از این موارد به درستی مشخص نشده‌است. همین امر موجب نارضایتی مردم از مدل ارجاع به سطح دو و همچنین وقوع ارجاعات معکوس در پزشکی خانواده شده‌است. با توجه به نظر خبرگان، ساده بودن فرآیندهای اداری، طراحی راهنماهای بالینی دقیق برای ارجاع، وجود پرونده الکترونیک سلامت و مدیریت اطلاعات بیماران از جمله مواردی است که جهت اجرایی شدن نظام ارجاع حائز اهمیت است.

هم‌چنین هماهنگی لازم بین بخش‌های مختلف وزارت بهداشت وجود ندارد و جزیره‌ای عمل کردن بخش‌های مختلف، پیشبرد اهداف برنامه را مختل کرده‌است. یکی از مصادیق آن، فقدان ارتباطات کافی پژوهشی نظام مراقبت‌های سلامت اولیه با مراکز پژوهشی حوزه سلامت است. هم‌چنین با توجه به نقش سلامت‌محوری طرح پزشکی خانواده، پزشک باید بتواند نقایص و مسائل مرتبط با سلامت و محیط منطقه تحت پوشش خود را بررسی کرده و با ارتباط با سازمان‌های مرتبط در راستای حل آن‌ها گام بردارد، هرچند تاکنون بستر مناسبی برای آن وجود نداشته‌است.

فقدان بسیج عمومی مردم و سازمان‌های مردم‌نهاد

تجربه اجرای شبکه بهداشت و درمان نشان می‌دهد که اجرای پزشکی خانواده بدون بسیج اجتماعی برای استفاده از ظرفیت تمامی نهادها مقدور نیست. کارکرد این بسیج اجتماعی از سازمان‌های مرتبط با پزشکی خانواده تا رسانه‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد، در حیطه‌های متعددی

نظیر آگاهی بخشی عمومی، حمایت از دستورکارگذاری پزشکی خانواده در سیاست گذاری نظام سلامت، ظرفیت سازی برای ارائه کنندگان خدمات، تامین منابع مالی و فیزیکی خصوصا توسعه زیرساخت ها و تامین تجهیزات در مناطق محروم، و حمایت از پروژه های تحقیقاتی و تولید شواهد برای پزشکی خانواده است. یافته ها نشان می دهد که عمده این کارکردها در نسخه های پیشین پزشکی خانواده مغفول بوده است.

مردم نیز باید نسبت به نقاط قوت و وجوه مثبت طرح از جمله کاهش هزینه، دسترسی راحت تر و ارتقای سلامت عمومی آگاهی یابند و از طریق آموزش مراقبین سلامت، به سوی استفاده از مراقبت های لازم ترغیب شوند. خبرگان هم چنین درباره عدم مشارکت مراجعین در پرونده بالینی خود سخن گفته اند؛ در واقع خود دریافت کننده خدمت به خدمتی که ثبت می شود و به طور کلی پرونده بالینی خود دسترسی ندارد و نمی تواند در ویرایش آن مشارکت کند و یا حتی آن را ببیند.

۴-۴-۳. طراحی فرآیند اجرا

از مهم ترین مؤلفه های بعد فرآیند اجرا، مضمون سازمان دهنده طراحی فرآیند اجرا است. این مؤلفه به فازبندی مداخله با فازهای قابل مدیریت و اجرای آن به وسیله اتخاذ رویکرد افزایشی و تدریجی اشاره دارد. با توجه به تحلیل اولیه اسناد، مصاحبه ها و گروه های کانونی ۷۶ کد مرتبط با این مؤلفه استخراج که در ادامه پس از بازنگری به ۵۵ کد تقلیل یافت که در قالب ۴ مضمون پایه طبقه بندی شدند.

جدول ۲۱. مضامین پایه مؤلفه طراحی فرآیند اجرایی

فراوانی کد	مضمون پایه
۲۹	فقدان جهت گیری ثابت در اجرای طرح پزشکی خانواده
۱۱	فقدان جامعیت در تدوین طرح پزشکی خانواده
۸	عدم ابتدای طرح پزشکی خانواده بر شواهد علمی و اسناد سیاستی مرتبط
۷	عدم اجرای کامل و صحیح طرح پزشکی خانواده فعلی
۵۵	مجموع

فقدان جهت‌گیری ثابت در اجرای طرح پزشکی خانواده

همان‌گونه که از تعریف مؤلفه طراحی فرآیند اجرا مشخص است، قاعدتاً مضامین مربوط به این مؤلفه بر چگونگی اجرای مدل پزشکی خانواده متمرکز هستند، اما قبل از ورود به مرحله اجرا مواردی وجود دارد که تأثیر مستقیمی بر فرآیند اجرا داشته و توجه به این مسائل حائز اهمیت است. یکی از این موارد کم و کیف طراحی مدل اجرایی پزشکی خانواده است.

عدم وجود برنامه مشخص برای اجرا و گسترش مدل پزشکی خانواده یکی از مشکلات اساسی این طرح به شمار می‌آید. این امر موجب شد تا با وجود گذشت چند سال از شروع اجرای طرح در دو استان مازندران و فارس، این طرح در استان‌های دیگر اجرایی نشود. روشن است که در بسیاری از موارد با جابجایی رؤسای جمهور و تغییر سیاست‌ها، اجرای طرح پزشکی خانواده دچار اختلال می‌شود. از این‌رو فقدان برنامه کلی و همچنین جهت‌گیری ثابت در طرح پزشکی خانواده و دستورالعمل‌های آن در طول دوره‌های مختلف مشهود هست، برنامه‌ای که نه‌تنها با جابجایی وزرای بهداشت، بلکه با تغییر دولت‌ها نیز دچار دگرگونی نشود و مسیر ثابتی را در جهت اهداف تعیین شده طی نماید.

مبنتی بر نظرات خبرگان، یکی از علل اصلی نبود برنامه عملیاتی، شتاب‌زدگی در اجرای طرح عنوان شده است. این شتاب‌زدگی موجب شده تا بسیاری از عوامل تأثیرگذار بر اجرای این طرح از قلم بیفتند و مشکلات عدیده‌ای ایجاد شود. همچنین در طراحی مدل پزشکی خانواده، توان اجرایی نظام سلامت مورد توجه قرار نگرفته و باری بیش از حد بر سیستم تحمیل شده است. اجرای مدل آن‌چنان ناگهانی بوده که بسیاری از مصاحبه‌شوندگان از این مورد به عنوان نوزادی که نارس متولد شده و هنوز زمان تولد او نبوده، تعبیر کرده‌اند.

فقدان جامعیت در تدوین طرح پزشکی خانواده

یکی از اشکالاتی که نسبت به طرح پزشکی خانواده مطرح شده عدم جامعیت در تدوین آن است. به عنوان مثال، در محیط خارجی طرح، توجهی به رابطه مدل پزشکی خانواده و شبکه بهداشت نشده و در نتیجه بین این دو هماهنگی لازم وجود ندارد. درون طرح هم موارد بسیاری وجود دارد که هنگام طراحی مدل در نظر گرفته نشده است. در این خصوص می‌توان به عدم طراحی راهنماهای بالینی مناسب، عدم طراحی بسته‌های خدمت در سطوح دو و سه نظام ارجاع

و نادیده گرفتن پیامدهای برخی از تصمیمات همچون رایگان بودن خدمات که منجر به افزایش بار کاری پزشکان در ابتدای طرح شده بود، اشاره کرد.

عدم ابتدای طرح پزشکی خانواده بر شواهد علمی و اسناد سیاستی مرتبط

به‌زعم بسیاری از خبرگان، طراحی مدل پزشکی خانواده بر اساس شواهد علمی و اسناد سیاستی بالادستی نبوده‌است. عدم همخوانی طرح پزشکی خانواده با اسناد سیاستی مرتبط باعث ایجاد ناهماهنگی و اختلال در پیشبرد این طرح شده‌است. همچنین موارد بسیاری موجود است که نشان می‌دهد طرح پزشکی خانواده به قدر کافی مبتنی بر شواهد علمی نیست. از مهم‌ترین این موارد می‌توان فقدان سازوکار ارزشیابی مبتنی بر شاخص‌های سلامت، فقدان روش‌های اثربخش توزیع هزینه‌ها، تخصیص سرانه جمعیتی -بیش از متوسط‌های جهانی- به هر پزشک خانواده یا تیم مراقب سلامت^۱ و خانواده‌محور نبودن طراحی خدمات را ذکر کرد.

عدم اجرای کامل و صحیح طرح پزشکی خانواده فعلی

علاوه بر مشکلات ناظر بر تدوین برنامه اجرا و فازهای آن، موضوع حائز اهمیت دیگر عدم اجرای طرح پزشکی خانواده بر اساس طراحی فعلی آن به صورت صحیح و کامل است. بسیاری از صاحب‌نظران بر این باورند که همین طرح پزشکی خانواده موجود نیز به خوبی اجرا نشده و چه بسا نظام سلامت با اجرای صحیح و کامل پزشکی خانواده طراحی شده به نتایج مفیدی دست می‌یافت.

۱ این مسئله حاصل تحلیل نظرات خبرگان بوده و در این زمینه مطالعه جامعی صورت نگرفته‌است. ضمن اینکه مطالعات انجام‌شده غالباً محدود به منطقه‌ای خاص یا بخشی از یک نظام ارائه خدمت بوده؛ اما به عنوان نمونه سرانه جمعیت تحت پوشش یک پزشک خانواده یا یک تیم پزشکی خانواده بسته به ساختار نظام سلامت کشورهای مختلف - (Primary Care Panel Size, Patients Per Family Physician) در تعدادی از کشورها عبارتند از: انگلیس ۱۷۰۰ تا ۲۰۰۰ بیمار، کانادا ۱۲۰۰ تا ۳۹۰۰ بیمار، دانشگاه ویسکانسین آمریکا ۱۸۰۰ بیمار و ایران (مبتنی بر نسخه ۰۲ پزشکی خانواده - بند ۳۲) ۵۰۰ تا ۳۰۰۰ بیمار. اگرچه برخی مطالعات، بر میزان استاندارد ۲۵۰۰ بیمار برای پزشکان تمام‌وقت تأکید کرده‌اند (Caleb Alexander, et al. 2005) اما در مقابل برخی دیگر آن را غیرواقعی و فراتر از ظرفیت تیم ارائه‌کننده خدمت توصیف نموده‌اند (جهت مطالعه بیشتر ر.ک. (Raffoul, et al., 2016; Paige, et al., 2020; Murray, et al., 2007; Kivlahan, et al., 2017).

۵-۴-۳. ویژگی‌های طرح

۱-۵-۴-۳. پیچیدگی

در پژوهش حاضر، ذیل ویژگی‌های طرح، تنها به مؤلفه پیچیدگی پرداخته شده است. «پیچیدگی» به دشواری درک شده یا ماهیت چندوجهی مداخله یا زمینه‌ای که در آن اجرا می‌شود اشاره دارد. در چارچوب تلفیقی اجراپژوهی تأکید می‌شود که مداخلات نظام سلامت اغلب در سیستم‌های پیچیده تعبیه شده‌اند که شامل اجزای متعدد، تعاملات گسترده و روابط بین ذینفعان مختلف است. با تجزیه و تحلیل داده‌ها ۱۴ کد اولیه استخراج شد که پس از بازنگری، نهایتاً ۱۰ کد مرتبط با این مؤلفه در قالب ۳ مضمون پایه طبقه‌بندی شده است.

جدول ۲۲. مضامین پایه مؤلفه پیچیدگی

مضمون پایه	فراوانی کد
ابهام و کثرت در وظایف تیم پزشکی خانواده	۴
پیچیدگی همکاری میان‌رشته‌ای در طراحی و اجرا	۳
پیچیدگی در مدیریت و یکپارچه‌سازی اطلاعات سلامت	۳
مجموع	۱۰

ابهام و کثرت در وظایف تیم پزشکی خانواده

پزشکان خانواده اغلب با چالش‌هایی در رابطه با ابهام نقش اصلی خود روبرو هستند، به طوری که مسئولیت‌ها و دامنه عمل آن‌ها به وضوح تعریف نشده است. این امر می‌تواند منجر به سردرگمی ارائه‌کنندگان مراقبت‌های سلامت و بیماران شود و بر اجرای برنامه‌های پزشکی خانواده تأثیر بگذارد. به علاوه تعدد وظایف محول شده به تیم پزشکی خانواده باعث شده تا بعضاً نقش اصلی مورد انتظار لطمه ببیند. به عنوان مثال خبرگان تأکید داشتند که پرونده‌نویسی و تهیه آمار از سوی بهورزان، منجر به محدود شدن فعالیت‌های بهداشتی آنان شده است. همچنین محدودیت زمانی ایجاد شده به دلیل حجم بالای بیماران و وظایف اداری، در به‌روزرسانی دانش پزشکی پزشکان خانواده نیز تأثیرات منفی داشته است.

پیچیدگی همکاری میان‌رشته‌ای در طراحی و اجرا

چندبعدی و میان‌بخشی بودن طرح پزشکی خانواده مستلزم بهره‌گیری از متخصصان علوم غیرپزشکی از جمله سیاست‌گذاری، اقتصاد، جامعه‌شناسی و... در مراحل طراحی و اجرای

است که تاکنون مورد غفلت قرار گرفته است. همچنین همکاری مؤثر تیم پزشکی خانواده با سایر حرفه‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامت مانند متخصصان پزشکی، پرستاران، داروسازان و مددکاران اجتماعی برای مراقبت جامع از بیمار بسیار حیاتی است. با وجود این، شواهد نشان می‌دهد که پیچیدگی هماهنگی و برقراری ارتباط با رشته‌های مختلف، چالش‌هایی را به‌ویژه در موقعیت‌هایی با محدودیت منابع - اعم از مالی، انسانی، فیزیکی، آموزشی و... - ایجاد کرده است. به علاوه پزشکان خانواده با بیمارانی با نیازهای مراقبتی متنوع و پیچیده از جمله شرایط مزمن متعدد و تنوعی از عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامتی آن‌ها مواجه بوده و مدیریت این پیچیدگی نیازمند مراقبت جامع و هماهنگی و همکاری با سایر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های سلامت بوده که تاکنون چالش‌هایی را به همراه داشته است.

پیچیدگی در مدیریت و یکپارچه‌سازی اطلاعات سلامت

تیم پزشکی خانواده جهت اتخاذ تصمیمات بالینی آگاهانه نیازمند دسترسی به اطلاعات دقیق و به‌موقع است. با وجود این، مدیریت و یکپارچه‌سازی داده‌ها از منابع مختلف، پرونده الکترونیک سلامت و سیستم‌های اطلاعات سلامت^۱ می‌تواند پیچیده باشد و نیازمند فرآیندهای مدیریت اطلاعات کارآمد است. همچنین یکی از مسائل مؤثر بر این پیچیدگی، فقدان نوآوری و به‌روزرسانی فرایندهای ارائه خدمت است چراکه بسیاری از فناوری‌های جدید مانند فناوری‌های حوزه سلامت الکترونیک - مانند پزشکی از راه دور، سلامت همراه و اینترنت اشیا - با ادغام فرایندهای ثبت داده و ارائه خدمت، باعث بهبود مدیریت اطلاعات سلامت شده است.

۴

تحلیل پویایی‌های مدل اجرائی پزشکی خانواده

۴-۱. مقدمه

با افزایش سیستم‌های پیچیده در دنیا و روابط غیرخطی و متقابل بین اجزای یک سیستم، دیگر تفکر سنتی مبتنی بر تفکر خطی قادر به درک ماهیت سیستم نیست و مدل‌سازی‌های پیچیده‌تری برای درک عمیق‌تر روابط و پویایی‌های سیستم لازم است. پویایی به معنای تغییر در طول زمان و شامل الگوهای مختلف تغییر مانند رشد، فروپاشی و نوسانات است. در این فصل ضمن معرفی روش‌شناسی پویایی‌های سیستم، متغیرهای مؤثر بر اجرای پزشکی خانواده، حلقه‌های علی‌ابعاد مختلف مدل پزشکی خانواده و دلالت‌های سیاستی آن‌ها تشریح می‌شود.

۴-۲. روش‌شناسی پویایی‌های سیستم

۴-۲-۱. مراحل پویایی‌شناسی سیستم

پویایی‌شناسی سیستم^۱ روش مدل‌سازی برای درک پویایی‌های یک سیستم اعم از سیستم اجتماعی، اقتصادی و مدیریتی با محوریت بازخوردها است. این روش به شکل امروزی در سال ۱۹۶۰ توسط فارستر و همکارانش در دپارتمان مدیریت موسسه فناوری ماساچوست مطرح شد (Forrester, 1968). از جمله ویژگی‌های اصلی این روش‌شناسی، می‌توان به وجود سیستم پیچیده، تغییر رفتار سیستم از زمانی به زمان دیگر و همچنین وجود بازخورد در حلقه‌های بسته اشاره کرد. این بازخوردها، منشأ تغییرات و اطلاعات جدیدی درباره وضعیت سیستم است که منجر به تصمیمات بعدی می‌شود (مداح، ۱۳۹۰). به علت تعاملات بین بخش‌های مختلف یک سیستم، فهم رفتار سیستم تنها از طریق مطالعه و شناخت همه اجزا و ارتباط بین آن‌ها در قالب یک سیستم امکان‌پذیر هست (Martínez & Kuri, 2011). در واقع رویکرد پویایی‌های سیستم بر این اصل استوار است که بررسی سیستم‌ها به صورت ایستا، به‌تنهایی تمامی جوانب پدیده‌ها در نظر نمی‌گیرد (Shi & Gill, 2005) و نرخ تغییرات کوچک می‌تواند در بلندمدت سیستم را دستخوش تغییر بزرگی کند (اخلاصی و طلوعی، ۱۳۹۰).

۱ عبارات پویایی‌های سیستم و پویایی‌شناسی سیستم هر دو در زبان فارسی به عنوان معادل «System Dynamics» استفاده می‌شود و در این فصل بجای یکدیگر استفاده شده‌است.

استرمن (۲۰۰۰) مراحل پنج‌گانه‌ای را برای پویایی‌شناسی سیستم ذکر می‌کند که عبارت‌اند از: تعریف دقیق مسئله، تعیین فرضیه‌های پویا (ایجاد حلقه‌های علی و نمودارهای جریان و حالت)، شبیه‌سازی مدل، تست اعتبار، طراحی خط‌مشی‌های مختلف و ارزشیابی سناریوها (Sterman, 2000) که در جدول زیر قابل مشاهده است.

جدول ۲۳. مراحل روش‌شناسی پویایی‌های سیستم (STERMAN, 2000)

مرحله	عنوان	توضیح
اول	تعریف دقیق مسئله ^۱	در این مرحله مدل‌ساز(ها) باید مسئله واقعی را پیدا کند، متغیرها و مفهوم‌های کلیدی را بشناسد، افق زمانی تحلیل را تعیین کند و سیاست‌های آن مسئله را به صورت پویا مشخص نماید.
دوم	تعیین فرضیه‌های پویا ^۲	مدل‌ساز باید فرضیه‌هایی را در خصوص چگونگی تحریک و تغییر مسئله در طول زمان توسعه دهد. در این مرحله نیاز است که ترسیم نمودارهای حلقوی علی و معلولی و در ادامه تبدیل آن‌ها به نمودارهای جریان و حالت صورت گیرد.
سوم	فرمول‌بندی و شبیه‌سازی ^۳ مدل	در این مرحله با تعریف ارتباطات بین متغیرها به صورت معادلات ریاضی و استفاده از نرم‌افزارهای شبیه‌سازی، رفتارهای سیستم شبیه‌سازی می‌شود. نمودارهای علی بر ساختار بازخوردهای یک سیستم و نمودارهای جریان و حالت بر بسترهای فیزیکی به وجود آورنده آن بازخوردها تمرکز دارد؛ که در قالب انواع متغیرهای حالت، جریان و کمکی ^۴ توانایی شبیه‌سازی مدل را فراهم می‌کنند.
چهارم	تست ^۵ اعتبار	هدف از تست کردن مقایسه رفتار شبیه‌سازی‌شده مدل با رفتار واقعی سیستم است. تست را می‌توان در ابعاد مختلف ساختار مدل، رفتار متغیرها و یا دلالت‌های سیاستی مورد نظر اعمال کرد.

1 Problem Articulation

2 Formulation of Dynamics Hypothesis

3 Formulation of a Simulation Model

4 Level (Stock, State), Flow (Rate), and Auxiliary Variables

5 Testing

زمانی که مدل‌ساز(ان) نسبت به ساختار و رفتار مدل اطمینان نسبی یابد، از آن برای طراحی، شبیه‌سازی و ارزشیابی خط‌مشی‌ها برای پیشرفت و بهبود مسئله استفاده می‌کند. در این حالت تأثیرات متقابل خط‌مشی‌های مختلف نیز باید در نظر گرفته شوند چراکه سیستم‌های واقعی غیرخطی هستند.	طراحی و ارزشیابی خط‌مشی ^۱	پنجم
--	--------------------------------------	------

مدل اجرایی پزشکی خانواده نیز به‌مثابه سیستمی پیچیده و پویا است که از یک‌سو، شامل متغیرهای متعددی با روابط متقابل با یکدیگر است، و از سوی دیگر این متغیرها ثابت نبوده و دائماً در طول زمان به‌صورت ارادی یا غیرارادی تغییر می‌کنند. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف «ارائه تصویر کل‌گرا از متغیرهای مؤثر بر اجرای پزشکی خانواده در ایران» فرایند مدل‌سازی را تا ترسیم حلقه‌های علی با استفاده از نرم‌افزار شبیه‌سازی ونسیم^۲ دنبال کرده‌است. ادامه مراحل بر اساس رویکرد پویایی‌های سیستم کیفی^۳ اجرا شده‌است.

در این رویکرد مفاهیم پویایی‌شناسی سیستم و استدلال کیفی برای تجزیه و تحلیل و درک سیستم ترکیب می‌شوند (Ford, 1999). این رویکرد بر درک ساختار و رفتار سیستم‌ها از طریق استفاده از روابط علی کیفی به‌جای تکیه بر داده‌های کمی دقیق تمرکز دارد. مراحل آن اعم از تعریف مسئله، تشکیل نمودار حلقه‌های علی، استدلال کیفی^۴، تجزیه و تحلیل رفتار، تحلیل سناریو، بینش‌ها و توصیه‌ها می‌شود (Coyle, 2001; Tegegne, Moyle, & Becken, 2018).

۲-۲-۴. اجزای مدل پویایی‌شناسی سیستم

▪ **متغیرها:** متغیرها^۵ اجزای اساسی هستند که کمیت‌ها یا ویژگی‌های سیستم مورد مطالعه را نشان می‌دهند و قابلیت افزایش یا کاهش (به‌صورت کمی یا کیفی) دارند. برحسب مرز

1 Policy Design and Evaluation

2 Vensim (DSS version 6.4E)

3 Qualitative System Dynamics

۴ این استدلال شامل تجزیه و تحلیل نمودار حلقه‌های علی و شناسایی حلقه‌های بازخورد، متعادل کردن و تقویت فرآیندها، تأخیرها و سایر عوامل کلیدی است که رفتار سیستم را شکل می‌دهد.

5 Variables

سیستم، متغیرها به انواع درون‌زا^۱، برون‌زا^۲ و خارجی^۳ قابل تقسیم هست^۴. در پژوهش حاضر حدود اختیارات و مداخلات وزارت بهداشت - به عنوان مجری اصلی مدل پزشکی خانواده - مبنای تعیین مرز سیستم بوده و سایر متغیرهای مؤثر بر مدل و خارج از این حیطه، به عنوان متغیرهای برون‌زا شناسایی شده‌است. همچنین متغیرها از حیث قابل تفکیک به متغیرهای سطح یا حالت^۵، تغییر یا جریان^۶، کمکی^۷ و پارامتر^۸ نیز هستند که موضوع پژوهش حاضر نیست.

■ **نمودار حلقه‌های علی^۹:** این نمودارها رابطه اثرگذاری یک متغیر بر متغیر دیگر را نشان می‌دهد. برای مدل‌سازی این علیت از پیکان‌هایی با قطب‌های مثبت (تأثیر مستقیم) و منفی (تأثیر معکوس) استفاده می‌شود. وقتی مجموعه‌ای از متغیرها در یک مسیر متصل بسته به یکدیگر وصل می‌شوند یک حلقه علی را تشکیل می‌دهند. حلقه‌های علی می‌تواند

1 Endogenous

2 Exogenous

3 Excluded

۴ متغیرهای برون‌زا، خارج از سیستم مورد مطالعه بوده و تحت تأثیر پویایی خود سیستم نیستند. آن‌ها ورودی‌ها یا نیروهای محرکه‌ای را نشان می‌دهند که بر سیستم تأثیر می‌گذارند اما به طور مستقیم تحت تأثیر تعاملات داخلی یا بازخورد درون سیستم قرار نمی‌گیرند. متغیرهای درون‌زا، درون سیستم هستند و تحت تأثیر پویایی و تعاملات درون خود سیستم قرار می‌گیرند. آن‌ها متغیرهایی هستند که در طول زمان در نتیجه حلقه‌های بازخورد، فرآیندهای انباشتگی و روابط بین اجزای مختلف در سیستم تغییر می‌کنند. متغیرهای درون‌زا توسط پویایی‌های داخلی سیستم تعیین می‌شوند و تحت تأثیر ورودی‌های برون‌زا و تعامل سایر متغیرهای درون‌زا قرار می‌گیرند. نهایتاً متغیرهای خارجی یا استثناسازنده متغیرهایی هستند که به دلایل مختلف از جمله تأثیر اندک بر رفتار سیستم یا محدودیت‌های پژوهش از مدل پویایی سیستم حذف می‌شوند.

5 Level or Stock

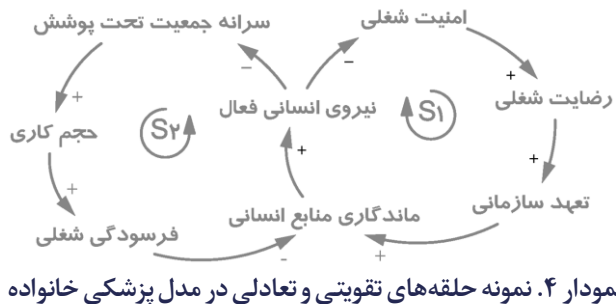
6 Flows

7 Auxiliary

8 Parameters

9 CLD: Casual Loop Diagram

به دو صورت بازخورد مثبت (تقویتی)^۱ و حلقه بازخورد منفی (تعادلی)^۲ وجود داشته باشد. به عنوان مثال در نمودار زیر، حلقه S1 از نوع تعادلی بوده و به مرور زمان به تعادل پایدار می‌رسد (البته این تعادل دائمی نیست و عوامل محیطی ممکن است آن را بر هم زند)، درحالی‌که حلقه S2 از نوع تقویتی بوده و با مقادیر متغیرها دائماً در طول زمان افزایش یا کاهش می‌یابد. همچنین تأثیر مثبت یا منفی بین متغیرها در نمودار قابل مشاهده است.^۳



نمودار ۴. نمونه حلقه‌های تقویتی و تعادلی در مدل پزشکی خانواده

۳-۲-۴. روش‌های گردآوری داده‌ها

داده‌های مورد استفاده در این مرحله حاصل ترکیب یافته‌های فاز اول و دوم پژوهش و همچنین تلخیص و تحلیل تیم مدل‌سازی بوده است. در فاز اول، داده‌ها از طریق مطالعه کتابخانه‌ای و با استفاده از استراتژی پژوهشی فراترکیب گردآوری و تحلیل شده‌است. همچنین در فاز دوم با استفاده از مطالعه اسنادی، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و گروه کانونی، داده‌ها گردآوری و با تحلیل مضمون قیاسی براساس چارچوب تلفیقی اجراپژوهی، تحلیل شده‌است. یافته‌های حاصل از این دو فاز، نهایتاً در جلسات متعدد جمعی اعضای پروژه و در تعامل مستمر با برخی از متخصصان حوزه پویایی‌شناسی سیستم، منجر به استنباط و استخراج متغیرها و حلقه‌های علی مدل اجرایی پزشکی خانواده شده‌است.

1 Reinforcing Loops

2 Balancing Loops

۳ در این گزارش به سایر اجزای مدل‌های پویایی‌شناسی سیستم‌ها نظیر تأخیرها، نمودارهای جریان و حالت، فرمول‌بندی ریاضی و... پرداخته نمی‌شود.

۳-۴. پدیده پویای مورد مطالعه و هدف مدل سازی

مدل پزشکی خانواده را می توان به عنوان یک نظام پویا در نظر گرفت زیرا شامل اجزای مختلف به هم پیوسته ای است که به طور مستمر بر یکدیگر تأثیر می گذارند. همانند یک سیستم پویا، مدل پزشکی خانواده با حلقه های بازخورد، وابستگی های متقابل و تغییرات در رفتار و ساختار آن قابل تفسیر هست. پزشکی خانواده شامل مؤلفه هایی کلیدی متعددی از جمله پزشکان خانواده، بیماران، زیرساخت های مراقبت ها، دانش پزشکی و عوامل اجتماعی است که هر یک از این اجزا در شکل دادن به عملکرد کلی سیستم نقش دارند. علاوه بر این، اجزای مدل پزشکی خانواده به هم پیوسته و وابسته به یکدیگر هستند. پزشکان خانواده به طور مستقیم با بیماران خود تعامل دارند، بیماری ها را تشخیص داده و درمان می کنند، مراقبت های پیشگیرانه را ارائه می دهند و شرایط مزمن را مدیریت می کنند. آن ها همچنین در بستر نظام ارجاع با سایر متخصصان پزشکی همکاری می کنند. علاوه بر این، پزشکان خانواده برای تصمیم گیری به دانش پزشکی، دستورالعمل ها و شیوه نامه های بالینی مبتنی بر شواهد متکی هستند. از سوی دیگر، بیماران برای نیازهای سلامت خود به پزشک خانواده متکی هستند و از نسخه های آنان تبعیت می کنند.

حلقه های بازخورد یکی دیگر از ویژگی های اساسی سیستم های پویاست. به عنوان مثال در مدل پزشکی خانواده، حلقه های بازخورد بین پزشکان خانواده و بیماران وجود دارد؛ اگر وضعیت بیمار تحت مراقبت پزشک خانواده بهبود یابد، ممکن است بیمار بازخورد مثبتی ارائه دهد و به تعامل درمانی خود ادامه دهد. به طور مشابه، اگر یک بیمار عوارض جانبی یا نارضایتی را تجربه کند، ممکن است به پزشک خانواده دیگری مراجعه کند یا به دنبال گزینه های مراقبت جایگزین باشد. همچنین سیستم های پویا قادر به انطباق و تکامل^۱ در پاسخ به تغییرات محیطی یا پویایی درونی خود هستند. به طور مشابه، مدل پزشکی خانواده باید با دانش پزشکی جدید، پیشرفت های فناوری و نیازهای متغیر بیماران و آحاد جامعه سازگار شود. پزشکان خانواده باید به طور مداوم مهارت ها و دانش خود را برای ارائه مراقبت های با کیفیت بالا به روز کنند. همچنین مدل پزشکی خانواده در لایه کلان ممکن است به دلیل تغییر در خط مشی های نظام سلامت، ساختار بودجه ریزی سلامت یا مدل های خرید خدمت دچار تغییراتی شود.

از سویی دیگر، سیستم‌های پویا اغلب ویژگی‌هایی نوظهور^۱ از خود نشان می‌دهند که فراتر از ویژگی‌ها یا رفتارهایی هستند که از اجزای منفرد ناشی می‌شود. در مدل پزشکی خانواده، ویژگی‌های نوظهور ممکن است شامل بهبود نتایج بیمار، تداوم مراقبت، رضایت بیمار، مدیریت مؤثر سلامت جمعیت و کاهش هزینه‌های مراقبت باشد. این نتایج از کنش‌ها و تعاملات جمعی پزشکان خانواده، بیماران و سیستم مراقبت سلامت به عنوان یک کل^۲ پدید می‌آیند. همچنین می‌توان در پزشکی خانواده به عنوان یک سیستم پویا شاهد رفتارهای غیرخطی^۳ بود، به این معنی که تغییرات کوچک در یک جزء یا ورودی می‌تواند منجر به اثرات مهم و گاهی غیرمنتظره در سراسر سیستم شود.

با درک مدل اجرایی پزشکی خانواده به عنوان یک سیستم پویا، سیاست‌گذاران، ارائه‌کنندگان خدمات و سایر ذینفعان می‌توانند تعاملات پیچیده و وابستگی‌های متقابل درون مدل را بهتر تحلیل نمایند. این درک می‌تواند فرآیندهای تصمیم‌گیری را ارتقا دهد، اصلاحات سطح سیستم را تسهیل کند، و ارائه مراقبت مؤثر و بیمارمحور را تقویت کند. در نظام سلامت ایران با وجود اهتمام تولیت نظام سلامت در پیش‌برد طرح پزشکی خانواده، در عمل میزان دستیابی به اهداف برنامه، چندان قابل دفاع نیست. بخشی از علت این ناکامی در مقام برنامه‌ریزی قابل بررسی است که کم و بیش مطالعاتی در این زمینه صورت گرفته‌است؛ اما بخش دیگری از علت عدم موفقیت‌ها، به نقص در فرایند اجرای طرح مرتبط است. اجرای طرح پزشکی خانواده تحت تأثیر عوامل متعددی است که شناخت آن‌ها و درک روابط بین آن‌ها کمک شایانی به اجرای هرچه بهتر این طرح خواهدکرد. در نتیجه هدف از مدل‌سازی در این فاز از پژوهش، «ارائه‌ی رویکردی کل‌نگر در زمینه متغیرهای مؤثر بر اجرای طرح پزشکی خانواده در ایران» خواهدبود.

با توجه به گستره‌ی مؤلفه‌های اثرگذار بر اجرای طرح پزشکی خانواده در کشور از متغیرهای مدیریت منابع انسانی تا آموزش پزشکی و ارائه‌ی خدمت، همچنین پیچیدگی سطح تحلیل و یافتن ارتباط بین مؤلفه‌ها و وجود ارتباطات غیرخطی، امید می‌رود اتخاذ نگاهی کل‌نگر و

1 Emergent Properties

2 Whole

3 Nonlinear Behavior

بهره‌گیری از روش‌شناسی پویایی‌های سیستم، به فهم بهتر پیچیدگی‌های اجرای چندسطحی طرح پزشکی خانواده و دستیابی به نقاط اهرمی جهت مداخله کمک نماید.

اگرچه در پژوهش حاضر به دلیل رویکرد پویایی‌های سیستم کیفی، تعیین «افق زمانی»^۱ تأثیر زیادی بر تحلیل‌ها و دلالت‌های سیاستی ندارد؛ اما در صورت شبیه‌سازی مدل با توجه به پویایی‌های مدل اجرایی پزشکی خانواده، حداقل یک دوره چندساله تا یک دهه (افق میان‌مدت) لازم است تا بتوان سناریوها و خط‌مشی‌های احتمالی را تحلیل نمود.

۴-۴. تجزیه و تحلیل داده‌های مدل‌سازی

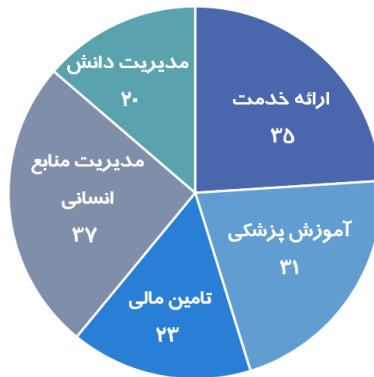
رویکردها و تکنیک پویایی‌شناسی کیفی در پژوهش حاضر عبارت‌اند از: نگاشت مفهومی^۲ (سازمان‌دهی و طبقه‌بندی مفاهیم مرتبط و متغیرها)، توصیف روایی^۳ (توصیف‌های کیفی از رفتار سیستم، توالی رویدادها، روابط علت و معلولی و پویایی‌ها) و تحلیل کیفی بازخوردها^۴ (شامل شناسایی حلقه‌های بازخورد تقویتی و تعادلی و تأثیر آن‌ها بر رفتار سیستم) بوده‌است (Hovmand, 2014; J. A. M. Vennix, 1996; J. am Vennix, 1999).

۱ افق زمانی (Time Horizon) شامل مدت زمانی است که مدل پویایی‌های سیستم در طی آن شبیه‌سازی و تحلیل می‌شود. تعیین افق زمانی به طور معمول بر اساس اهداف خاص مطالعه، پویایی مدل‌سازی شده و در دسترس بودن داده‌ها صورت می‌گیرد.

2 Conceptual Mapping

3 Narrative Descriptions

4 Qualitative Feedback Analysis



نمودار ۵. توزیع متغیرهای اولیه برحسب ابعاد مدل اجرایی پزشکی خانواده

با نداشت مفهومی داده‌ها، در گام اول ۱۴۶ مفهوم و متغیر مرتبط با اجرای پزشکی خانواده احصا شد (نمودار ۵) که پس از چند مرحله غربالگری نهایتاً به ۷۴ متغیر تقلیل یافت و سایر متغیرها به عنوان متغیر خارجی شناسایی شدند^۱. به منظور طبقه‌بندی این متغیرها از چارچوب مفهومی فصل دوم گزارش حاضر استفاده شده است^۲. در ادامه توصیف روایی و تحلیل کیفی بازخوردها با تأکید بر حلقه‌های مطلوب و معیوب در هر یک از ابعاد پنج‌گانه مدل اجرایی تشریح می‌شود. معیار اصلی تفکیک این دو نوع، نسبت آن حلقه با تحقق اهداف مدل پزشکی خانواده -اعم از تسهیل‌گری یا مانعیت- است و هر یک می‌تواند اعم از حلقه‌های تقویتی یا تعادلی باشد.

۱-۴-۴. بعد ارائه خدمت پزشکی خانواده

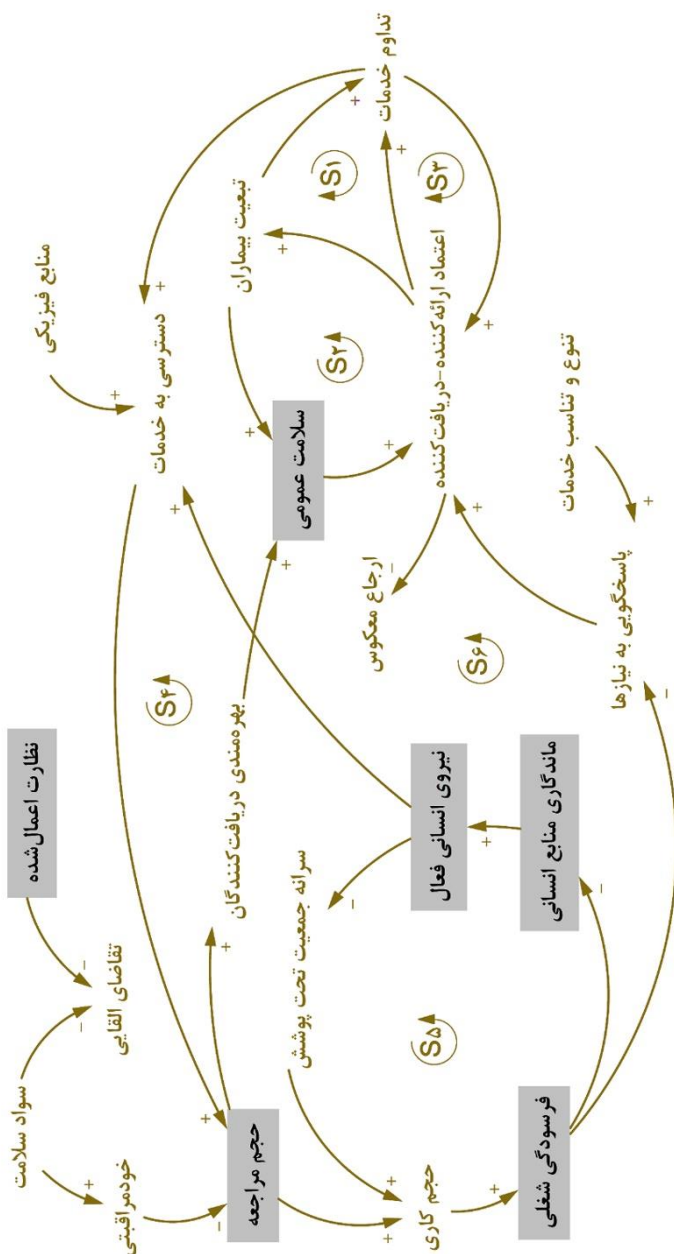
در نمودار ۶، روابط و حلقه‌های علی متغیرهای مؤثر بر ارائه خدمت در مدل پزشکی خانواده دیده می‌شود^۳. در این بعد، متغیرهای متعددی بر اجرای پایدار پزشکی خانواده مؤثر است از جمله دسترسی به خدمات، استمرار و تداوم خدمات، نیروی انسانی فعال در طرح، تنوع و تناسب بسته خدمات و... که با واسطه متغیرهای دیگر یا بدون واسطه بر یکدیگر اثرات متقابل دارند.

۱ برای مشاهده لیست متغیرهای نهایی و منتخب ر.ک پیوست ۲.

۲ برای مشاهده همپوشانی‌های بین ابعاد مختلف و متغیرهای مشترک ر.ک. عنوان مدل تجمیعی اجرای پزشکی خانواده.

۳ در نمودارهای علی ابعاد مختلف، متغیرهایی که پس‌زمینه خاکستری مشاهده می‌شود، در بیش از یک بعد استفاده شده است.

اگرچه «دسترسی به خدمات» پیش‌بینی شده در طرح، از جمله مهم‌ترین شاخص‌های ارزشیابی پزشکی خانواده است، اما باید توجه کرد که افزایش دسترسی به خدمات از طریق افزایش «حجم مراجعات» می‌تواند منجر به افزایش حجم کاری ارائه‌کنندگان خدمت شود. در صورتی که هم‌زمان با پیشبرد و توسعه طرح پزشکی خانواده، تربیت نیروی انسانی و جذب آن‌ها در طرح به عنوان «نیروی انسانی فعال» و به دنبال آن کاهش «سرانه جمعیت تحت پوشش هر تیم سلامت» مورد توجه واقع نشود، فرسودگی شغلی ایجادشده از سوی ماندگاری نیروی کار در طرح را کم کرده و از سوی دیگر می‌تواند به ضعف در پاسخگویی به نیازهای جمعیت و پیرو آن نارضایتی دریافت‌کنندگان خدمت بینجامد. این چرخه معیوب برخی از پایلوت‌های پزشکی خانواده را در گذشته تحت تأثیر قرار داده است. به مرور زمان اعتماد بین مردم و تیم ارائه‌کننده خدمات که لازمه به ثمر رسیدن اهداف طرح است، خدشه‌دار شده و تبعیت بیماران از دستورالعمل‌های بهداشتی-درمانی کاهش خواهد یافت. با کم‌شدن پیگیری اقدامات مرتبط با سلامت از سوی بیماران و تیم پزشکی خانواده و به تعبیری دیگر کاهش تداوم و استمرار خدمات، نهایتاً دسترسی به خدمات کاهش خواهد یافت.



نمودار ۶. حلقه‌های علی بعد ارائه خدمت پزشکی خانواده (یافته‌های پژوهش)

همچنین یکی از نقاط اهرمی در بعد ارائه خدمت و این چرخه، تعیین «میزان جمعیت تحت پوشش» یک تیم سلامت است که همواره در نسخه‌های گذشته پزشکی خانواده، محل اختلاف بوده است. این می‌تواند منجر به حلقه‌ای معیوب، تقویتی و تکرارشونده شود به این صورت که هرچه جمعیت تحت پوشش افزایش یابد، به دنبال آن حجم کاری و فرسودگی شغلی زیاد شده و با کاهش نیروی انسانی فعال در طرح، سیاست‌گذار مجبور است این سرانه جمعیتی را مجدداً افزایش دهد. بر اساس مدل یکی از مداخلات ممکن جهت کاهش یا خنثی کردن اثر این چرخه معیوب، تقویت «سواد سلامت»- با توجه به اینکه در بسته‌های خدمات پزشکی خانواده نیز بر آموزش بیمار تأکید شده- و به دنبال آن افزایش خودمراقبتی و کاهش مراجعات است که می‌تواند بر کاهش حجم کاری تیم‌های سلامت مؤثر باشد.

همان‌گونه که پیش‌تر ذکر شد، «اعتماد بین مردم و تیم ارائه‌کننده خدمت» و تجربه مثبت از دریافت خدمات، یکی از مهم‌ترین رخدادهایی است که جهت نهادینه شدن طرح پزشکی خانواده و پذیرش عمومی آن، باید در دستور کار نظام سلامت قرار گیرد. مبتنی بر مدل‌سازی، تبعیت ایجادشده در نتیجه شکل‌گیری این اعتماد، وضعیت سلامت را هم در سطح فردی و هم در سطح اجتماعی بهبود خواهد بخشید که این امر، خود منجر به تقویت اعتماد مذکور خواهد شد.

همچنین یکی از مسائل اجرای طرح پزشکی خانواده در استان‌های فارس و مازندران، ارجاع معکوس (ارجاع نامطلوب)^۱ بود. منظور از ارجاع معکوس، مراجعه بیماران به پزشک خانواده خود صرفاً جهت دریافت کد ارجاع به پزشکان متخصص سطوح بالاتر - به جای مراجعه اولیه به پزشک خانواده و ارجاع در صورت قضاوت بالینی و نیاز بیمار- است. در صورت توانایی تیم سلامت در جلب اعتماد افراد، این مسئله نیز می‌تواند مرتفع شود و مردم عمدتاً از تیم پزشکی خانواده خود درخواست خدمات مناسب را خواهند داشت.

از سویی دیگر بهره‌مندی در نظام سلامت به توانایی افراد جهت استفاده از خدمات تعریف‌شده اشاره دارد که این توانایی خود وابسته به عوامل متعددی از جمله میزان دسترسی

۱ باوجود رایج شدن اصطلاح ارجاع معکوس، به نظر می‌رسد ارجاع نامطلوب به عنوان معادل Adverse Referral واژه مناسب‌تری است. این مسئله ذیل گونه‌شناسی الگوهای ارجاع (Referral Patterns) در ادبیات قابل بررسی است.

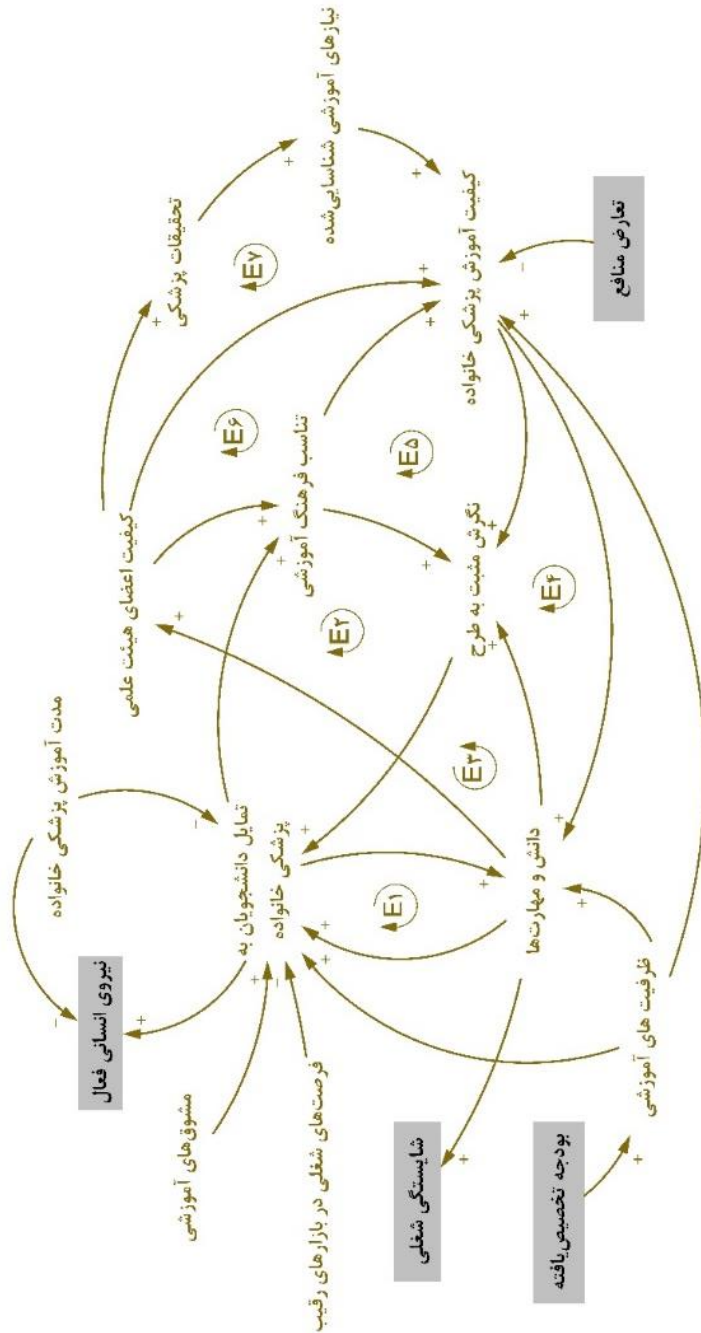
(Levesque, Harris, & Russell, 2013)^۱، تحصیلات، و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت است. با توجه به مدل، مراجعات بیشتر منجر به بهره‌مندی افراد جامعه از خدمات سلامت شده و از این طریق نیز سلامت عمومی ارتقا خواهد یافت.

۲-۴-۴. بعد آموزش پزشکی خانواده

در نمودار ۷، روابط و حلقه‌های علی متغیرهای مؤثر بر نظام آموزشی پزشکی خانواده مشاهده می‌شود. تربیت نیروی انسانی متناسب با اهداف طرح، یکی از مهم‌ترین مقوله‌ها در زمینه اجرای پزشکی خانواده است. در این راستا باید تأثیرات متقابل دو رکن اصلی آموزش یعنی دانشجویان و اساتید مورد توجه واقع شود.

متغیر دانش و مهارت‌ها خصوصاً دانش و مهارت‌های متناسب با محیط میدانی پزشکی خانواده، یکی از مسائل جدی در پایلوت‌های گذشته بوده‌است. آموزش مؤثر محتواهای مربوط به پزشکی خانواده چه در دوره پزشکی عمومی و چه در دوره تخصصی پزشکی خانواده -در صورت شکل‌گیری رشته تخصصی- و به عبارتی کسب «دانش و مهارت‌های مورد نیاز» مستلزم تمایل دانشجویان به فلسفه این مدل ارائه خدمت است. بر روی تمایل دانشجویان و کارکنان عوامل مختلف دیگری از جمله مدت آموزش پزشکی خانواده، مشوق‌های آموزشی و فرصت‌های شغلی در بازارهای رقیب اثرگذار است. حلقه‌های مطلوب و تقویتی -مانند نگرش «تمایل به دانش به نگرش- خود را دائماً در طول زمان بازتولید و تقویت کرده و از این جهت در سیاست‌گذاری این عرصه حائز اهمیت است.

۱ دسترسی (Access) به مراقبت ابعاد گوناگونی دارد. پنج بعد اصلی دسترسی عبارت‌اند از: آگاهی (Approachability) به معنای شناسایی و آگاهی کلی از خدمات مورد نیاز از سوی بیماران و اشخاص؛ مقبولیت (Acceptability) ناظر به تأمین عوامل و متغیرهای فرهنگی اجتماعی مورد انتظار بیماران -مانند جنسیت و اعتقادات- در مواجهه با خدمات؛ فراهم بودن (Availability) به معنای دسترسی از نظر جغرافیایی و دسترسی به موقع و در زمان نیازمندی؛ به‌صرفه بودن از لحاظ مالی (Affordability) غالباً به عنوان تأمین استطاعت مالی جهت بهره‌مندی از خدمات؛ و تناسب (Appropriateness) نشان‌دهنده تناسب بین خدمات و نیازهای اشخاص، شناسایی درمان صحیح، و کیفیت فنی و بین فردی خدمات ارائه‌شده است (Levesque, Harris, & Russell, 2013).



نمودار ۷. حلقه‌های علی بعد آموزش پزشکی خانواده (یافته‌های پژوهش)

از طرفی با توجه به وضعیت کنونی کشور و فقدان هیئت علمی متخصص در پزشکی خانواده، نگاه سیاست‌گذاران هم‌زمان با تربیت نیروی انسانی مناسب، باید به تربیت هیئت علمی کافی و شایسته نیز معطوف باشد. این امر نیز اهمیت ایجاد تمایل به طرح در دانشجویان پزشکی و ایفای نقش هیئت علمی پس از دانش‌آموختگی را مضاعف می‌کند. ذکر این نکته حائز اهمیت است که تسری جریان فکری سلامت‌محور در جو فعلی تخصص‌محور و مبتنی بر درمان آموزش پزشکی، نیازمند اساتیدی است که خود پزشکی خانواده را باور داشته و به تغییر مدل ارائه خدمت جهت ارتقای سلامت جامعه واقف باشند. اگر مسیر رسیدن به این مهم تسهیل شود، اعضای هیئت علمی مبتنی بر مدل‌سازی از دو طریق قادر به تربیت دانشجویان توانمند برای ارائه خدمت پزشکی خانواده خواهند شد:

- با توجه به دغدغه‌مندی ایجادشده در اساتید، آن‌ها قادرند که تحقیقات پزشکی را به سمت پزشکی خانواده و نیاز روز کشور هدایت کنند که این خود منجر به شناسایی نیازهای آموزشی و جلب نظر مسئولین به مرتفع کردن این نیازها از طریق تخصیص منابع بیشتر - اعم از منابع مالی، انسانی و غیره - خواهد شد. به مرور زمان، تولید شواهد بومی و متناسب با پزشکی خانواده کشور، منجر به ارتقای کیفیت آموزش پزشکی خانواده خواهد شد. این رخداد می‌تواند از یک سو دانش و مهارت دانشجویان برای ایفای نقش پزشک خانواده را ارتقا دهد و از سوی دیگر نگرش مثبتی به طرح در میان دانشجویان ایجاد کند که هر دو منجر به افزایش تمایل دانشجویان به مدل ارائه خدمت پزشکی خانواده خواهد شد.

- همچنین اعضای هیئت علمی به عنوان یکی از نقش‌های مؤثر در دانشگاه‌های علوم پزشکی قادرند فرهنگ آموزشی را به سمت سلامت‌محوری و تغییر هدفمند نظام سلامت سوق دهند و چرخه ایجاد نگرش مثبت در میان دانشجویان و تمایل به طرح را تقویت کنند.

نهایتاً توجه به این نکته حائز اهمیت است که مسئله تمایل دانشجویان به این رشته نیازمند رویکردی جامع و چندبعدی است و هم‌زمان باید به طراحی مشوق‌های مختلف برای جذب نیرو به این رشته توجه داشت. از سویی دیگر نسبت به هم‌زمانی این تغییرات با تغییرات کلان

نظام سلامت و سایر مدل‌های موجود نباید غفلت شود؛ چراکه تربیت نیروی کار توانمند بدون ایجاد فرصت شغلی مناسب و کاهش اثر تهدید بازارهای رقیب، تنها اتلاف نیرو و منابع است و اهداف طرح را مشخصاً برآورده نخواهد ساخت.

۳-۴-۴. بعد مدیریت منابع مالی پزشکی خانواده

تأمین مالی با سه ویژگی پایدار، کافی و تدریجاً فزاینده از ارکان اصلی اجرای پزشکی خانواده به شمار می‌رود. متغیر کلان مکمل آن، هزینه‌های مختلف طرح پزشکی خانواده هست که بایستی متناسب با منابع مالی، تعریف و تخصیص یابد. بنابراین مدل‌سازی این بعد با محوریت تأمین مالی و نظام پرداخت یا همان حقوق و دستمزد - به عنوان بزرگ‌ترین سهم هزینه‌های نظام سلامت - و به عنوان دو اهرم تعیین‌کننده از پنج اهرم کنترلی بخش سلامت^۱ صورت گرفته که باید به روابط متقابل آن‌ها و همچنین تأثیرشان بر سایر ابعاد مدل توجه داشت^۲.

منابع مالی در نظام سلامت و مدل ارائه خدمت پزشکی خانواده می‌تواند از چهار مجرای بودجه دولتی، سازمان‌های بیمه‌گر، پرداختی بیماران به صورت مستقیم (پرداخت از جیب) و آورده خیرین تأمین شود، که افزایش آورده هر یک، منجر به افزایش منابع مالی در دسترس خواهد شد^۳. یکی دیگر از اهرم‌های کنترلی نظام سلامت، تنظیم‌گری^۴ از جمله وضع قوانین و مقررات مناسب به فراخور اهداف طرح است. در حال حاضر هر یک از سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی تابع مقررات و برنامه‌های خاص خود بوده که متناسب با آن گستره خدمات تحت پوشش و درصد تقبل هزینه خدمت را تعیین می‌کنند. اجرای طرح پزشکی خانواده در سطح کلان مستلزم یکپارچه‌سازی این مقررات بوده که این اقدام بهره‌وری فرآیند بیمه‌گری را بهبود خواهد بخشید.

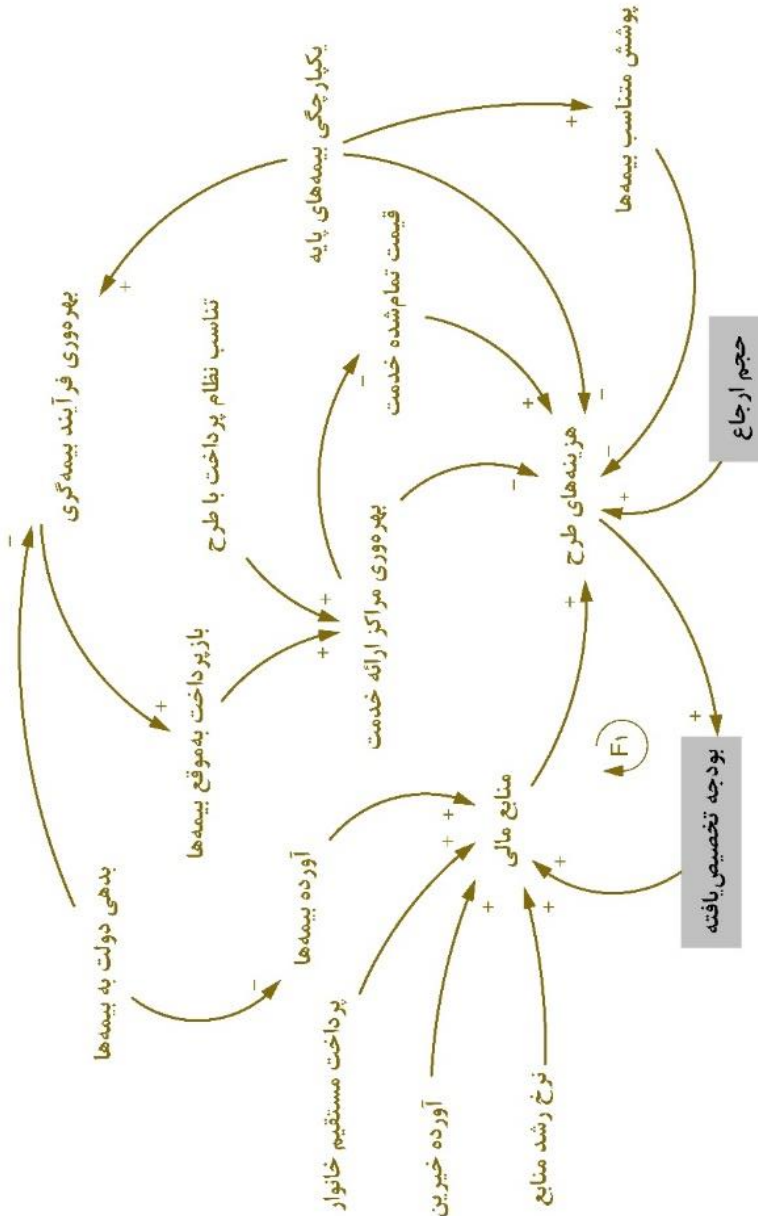
1 Health Sector Control Knobs

۲ در مدل‌سازی بعد مدیریت منابع مالی، بازخوردها به صورت حلقه علی‌کمر مشاهده می‌شود و به نوعی روابط موجود در این بعد با سایر ابعاد و در مدل تجمیعی، حلقه‌های جدیدی را تشکیل می‌دهند.

۳ به تعبیر دقیق‌تر و مبتنی بر حساب‌های ملی سلامت، منابع تأمین مالی سلامت شامل سه دسته کلی منابع عمومی از جمله بودجه دولت، منابع خصوصی از جمله منابع تأمین‌شده توسط کارفرمایان و خانوارها و منابع خارجی است؛ و تقسیم‌بندی ذکرشده در متن اصلی به نمایندگان یا عاملان تأمین مالی اشاره دارد که نهادهایی واسطه‌ای هستند که وجوه را از منابع جمع‌آوری و برای پرداخت یا خرید کالاها و خدمات صرف می‌کنند.

از منظری دیگر، از متغیرهای مؤثر بر بهره‌وری مراکز ارائه خدمت، «بهره‌وری فرایندهای بیمه» از جمله ثبت‌نام بیمه‌شده‌ها تا ارزیابی خسارت و پرداخت صورتحساب‌هاست. «بازپرداخت بیمه‌ها» به عنوان یکی از منابع مالی اصلی مراکز ارائه‌کننده خدمات، نقشی اساسی در ادامه حیات مراکز ارائه خدمت و ماندگاری کارکنان سلامت داشته و می‌تواند منجر به بهبود تأمین تجهیزات و منابع انسانی مراکز ارائه‌کننده شود. «بهره‌وری فرایند بیمه‌گری» خصوصاً فرایندهای مرتبط با جریان‌ات مالی، خود تا حدی وابسته به وصول بدهی‌های دولت به سازمان‌های بیمه‌گر و در وهله بعد حمایت‌های دولتی از بیمه‌هاست. که وصول دیر هنگام آن‌ها می‌تواند کل جریان مالی پزشکی خانواده را با چالش مواجه سازد. در مقابل شواهد نشان می‌دهد که اهتمام دولت به پرداخت مطالبات سازمان‌های بیمه‌گر در افزایش آورده مالی طرح و همکاری سازمان‌های بیمه‌گر در اجرا طرح پزشکی خانواده تأثیر بسزایی دارد.

شواهد موجود حاکی از آن است که نظام‌های پرداخت متفاوت اعم از کارانه، حقوق ثابت، سرانه و غیره هر یک مزایا و معایب ویژه خود را دارد. با توجه به وضعیت فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی هر کشور (متغیرهای خارجی در مدل‌سازی پژوهش حاضر) و استخراج مدل رفتاری بازیگران کلیدی ارائه خدمت در زمینه مورد نظر از یک سو، و اهداف طرح پزشکی خانواده از سوی دیگر، نظام پرداخت بهینه قابل طراحی است. «نظام پرداخت متناسب» می‌تواند منجر به «بهره‌وری مراکز ارائه خدمت» - که اعم از بهره‌وری منابع انسانی، مالی و غیره است - شده و این امر به نوبه خود در کاهش «قیمت تمام‌شده خدمات» و «هزینه‌های طرح» تأثیر قابل توجهی خواهد داشت.



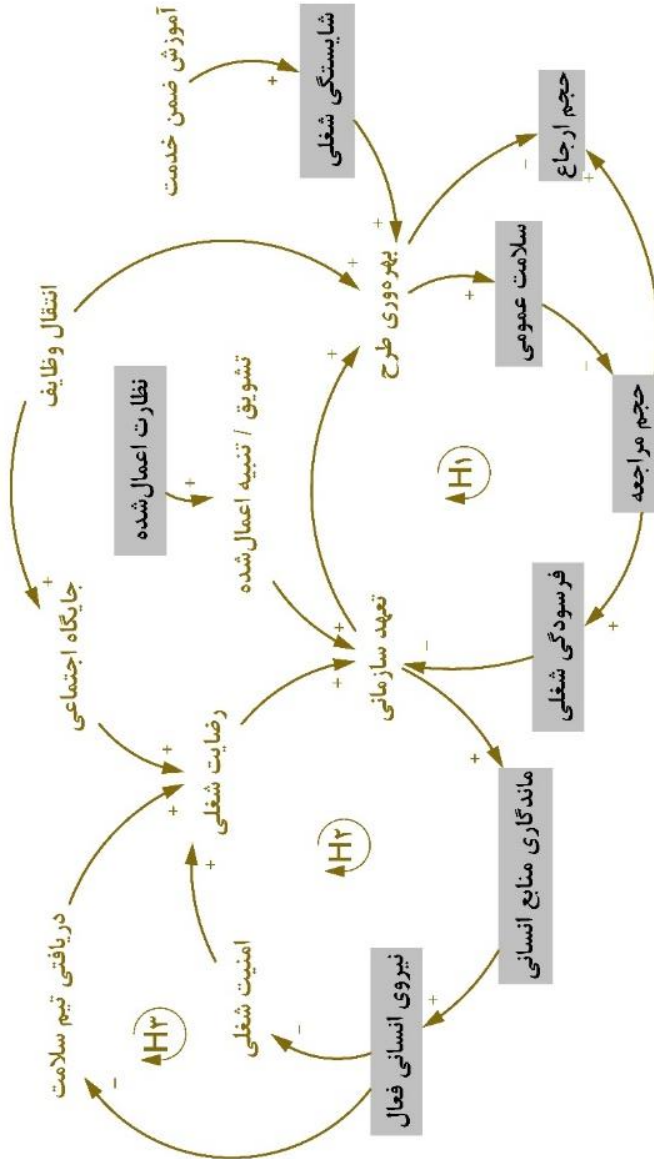
نمودار ۸. حلقه‌های علی بعد مدیریت منابع مالی پزشکی خانواده (یافته‌های پژوهش)

۴-۴-۴. بعد مدیریت منابع انسانی پزشکی خانواده

مطابق نمودار ۹، مدیریت منابع انسانی پزشکی خانواده مشتمل بر متغیرهای مختلفی همچون رضایت شغلی، نظام پرداخت، ماندگاری منابع انسانی و... هست. «شایستگی شغلی» به طور کلی ترکیبی از مهارت‌ها، دانش‌ها، نگرش‌ها و رفتارهایی است که فرد را قادر می‌سازد تا یک وظیفه یا فعالیت را با موفقیت در یک شغل معین انجام دهد. توسعه شایستگی شغلی مستلزم تلاش‌های سازمانی خصوصاً در قالب آموزش‌های ضمن خدمت و تلاش‌های فردی است. توسعه این مؤلفه از طریق آموزش مفاهیم و اصول بهره‌وری، القای احساس مسئولیت در مورد سلامتی بیماران، استفاده از راهنماهای بالینی مناسب و سایر آموزش‌های مورد نیاز کارکنان پزشکی خانواده در ارتقای بهره‌وری طرح نقش بسزایی دارد.

«بهره‌وری پزشکی خانواده» یک جزء کلیدی ارزش در مراقبت‌های سلامت است که بر حداکثر استفاده از منابع سرمایه‌گذاری شده در چارچوب الزامات عملیاتی و محیطی برای حفظ و ارتقا نتایج نهایی از جمله کیفیت، ایمنی و سلامت عمومی تأکید دارد. علاوه بر شایستگی شغلی، یکی دیگر از متغیرهای کلیدی مؤثر بر افزایش بهره‌وری و به دنبال آن، افزایش سلامت عمومی، ایجاد مراقبت تیمی هست.

در مراقبت تیمی می‌توان از انتقال وظایف^۱ و مشخص کردن نقش هر یک از اعضای تیم سلامت بهره برد. انتقال وظایف شامل توزیع مجدد منطقی وظایف بین اعضای تیم سلامت است. در این رویکرد وظایف مشخصی، از کارکنان مراقبتی با سطح دانش بالا، پس از طی دوره آموزشی کوتاه و موثر، به کارکنان مراقبتی با سطح دانش پایین‌تر منتقل می‌شوند. «تضمین کیفیت مراقبت» در انتقال وظایف از طریق برنامه‌های آموزشی استاندارد و مستمر، نظارت حمایتی، ارزیابی کارکنان براساس نقش‌ها و سطوح شایستگی تعریف شده، صدور گواهینامه و پیشرفت شغلی صورت می‌گیرد. همچنین «تضمین پایداری» می‌تواند از طریق مشوق‌های مالی و غیرمالی مبتنی بر عملکرد یا روش‌های دیگر محقق شود. تقویت انتقال وظایف و در نتیجه استفاده از منابع انسانی موجود از یک سو تا حدی به رفع کمبود نیروی انسانی و کاهش بار کاری ارائه‌کنندگان خدمت کمک می‌کند و از سویی دیگر منجر به ارتقای جایگاه اجتماعی بالاتر کارکنان سطوح پایین‌تر با توجه به گسترده‌تر شدن وظایف کاری می‌شود.



نمودار ۹. حلقه‌های علی بعد مدیریت منابع انسانی پزشکی خانواده (یافته‌های پژوهش)

ارتقای بهره‌وری طرح از سویی منجر به کاهش حجم ارجاع به سطوح بالاتر شده و از سوی دیگر باعث می‌شود با منابع محدود، افراد بیش‌تری تحت پوشش خدمات قرار گیرند. با گذشت زمان و ارتقای سلامت عمومی، حجم مراجعه کاهش یافته، تیم سلامت وقت بیشتری با بیماران خود صرف خواهدکرد و کمتر دچار فرسودگی شغلی می‌شوند.

متغیر کلیدی دیگر در بعد مدیریت منابع انسانی «رضایت شغلی» و در سطحی کلان‌تر انگیزش منابع انسانی است که متغیرهای متعددی از جمله خود کار، همکاران، حجم کار، ساختار سازمانی، دریافتی مالی و مزایا بر آن اثرگذارند. در مدل‌سازی فعلی رضایت شغلی تحت تأثیر متغیرهایی همچون میزان دریافتی، امنیت شغلی و جایگاه اجتماعی شغل‌های مرتبط با پزشکی خانواده قرار دارد. یکی از سؤالات کلیدی در این زمینه تعداد نیروی انسانی مورد نیاز در طرح هست که از سویی، افزایش بدون قاعده آن با توجه به منابع مالی محدود منجر به کاهش متوسط «دریافتی تیم سلامت» خواهدشد و از سویی دیگر با کاهش رضایت شغلی و تضعیف ماندگاری منابع انسانی، منجر به ایجاد بحران در «نیروی انسانی فعال در طرح» می‌شود. بنابراین جذب نیروی انسانی جدید در طرح پزشکی خانواده لازم است با در نظر گرفتن همه متغیرهای مؤثر و تبعات آن و بر اساس برآوردهای جامعی صورت گیرد.

از نتایج افزایش رضایت شغلی، تقویت «تعهد سازمانی»^۱ است که می‌تواند اعم از تعهد سازمانی عاطفی، تعهد مستمر و تعهد هنجاری^۲ باشد (Meyer & Allen, 1991). همچنان یکی از مسائل جدی در اجرای پزشکی خانواده، فقدان سازوکارهای تشویقی-تنبیهی مناسب است که می‌تواند بر انگیزش و تعهد سازمانی کارکنان و در ادامه بهره‌وری طرح مؤثر باشد. تعهد سازمانی علاوه بر بهره‌وری طرح، بر ماندگاری منابع انسانی در نظام پزشکی خانواده تأثیر بسزایی دارد.

۴-۴-۵. بعد مدیریت دانش و اطلاعات پزشکی خانواده

یکی از کمبودهای جدی در اجرای پایلوت‌های پزشکی خانواده، فقدان نظام یکپارچه مدیریت دانش و اطلاعات بوده‌است. جریان داده‌ها و اطلاعات چه اطلاعات بالینی مانند گسترش و تنوع

1 Organizational Commitment

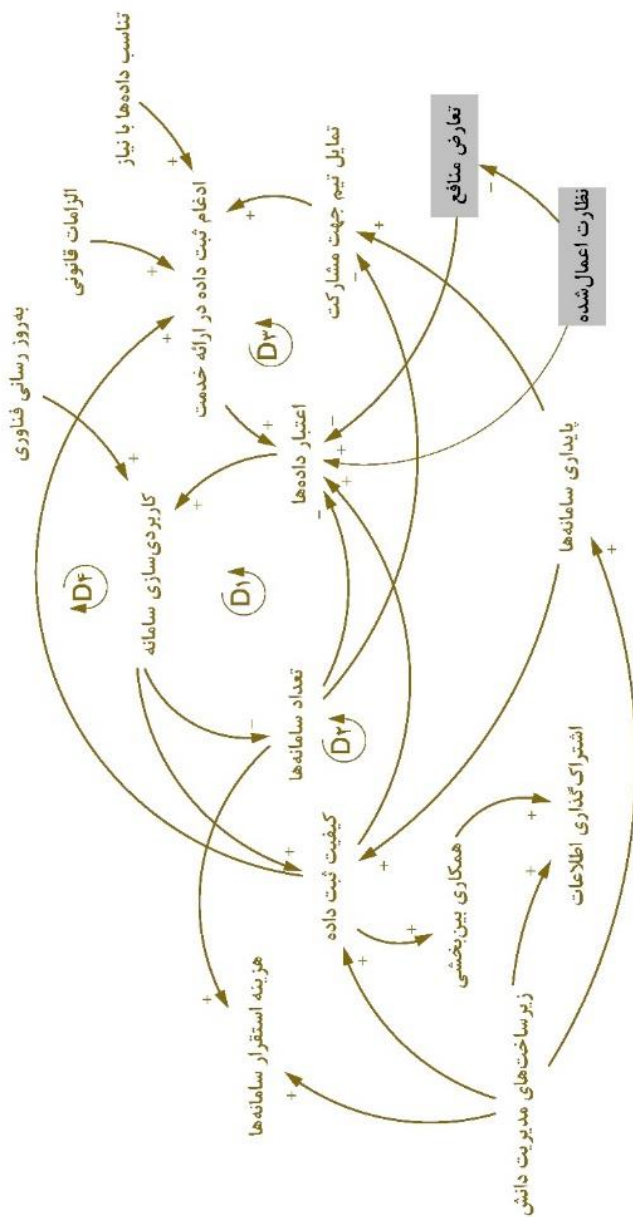
۲ تعهد عاطفی بر دل‌بستگی احساسی کارکنان به ارزش‌های سازمان، تعهد مستمر بر میزان تمایل فرد به ادامه‌ی همکاری با همان سازمان، و تعهد هنجاری بر التزام و مسئولیت‌پذیری کارکنان تأکید دارد.

بیماری‌ها و نمایه سلامتی آحاد جامعه و چه اطلاعات مدیریتی مانند متوسط مراجعات مراکز ارائه خدمت، مدت ویزیت بیماران، و بار کاری سطوح مختلف نظام ارجاع، به عنوان یکی از جریان‌های اصلی و حیاتی پزشکی خانواده است که می‌تواند مبنای سیاست‌گذاری‌ها و مداخلات قرار گرفته و در ادامه به عنوان ورودی خرده‌سیستم‌هایی نظیر نظام ارزیابی عملکرد یا نظام حقوق و دستمزد استفاده شود.

داده‌های سلامت شامل اطلاعات بالینی به همراه اطلاعات محیطی، اجتماعی-اقتصادی و رفتاری مربوط به سلامت هست. این داده‌ها می‌تواند براساس عوامل مؤثر بر «بهره‌مندی از خدمات سلامت» - مانند میزان درآمد خانوار، فاصله جغرافیایی، وضعیت پوشش بیمه و قیمت خدمات - جمع‌آوری شده و با تعریف مداخلات هدفمند به گروه‌های آسیب‌پذیر کمک کند. هم‌چنین با شناسایی عوامل مؤثر بر درک بیماران و جامعه از مراقبت‌های پزشکی، خانواده نیز نقش بسزایی در ارتقای خدمات ارائه‌شده دارد.

یکی از متغیرهای کلیدی در مدیریت دانش و اطلاعات، «کیفیت داده» هاست که بر اجرا و کنترل مهارت‌های مدیریت کیفیت بر روی داده‌ها برای حصول اطمینان از تناسب مصرف داده و برآوردن نیازهای مصرف‌کنندگان تاکید دارد. دقت (میزان واقعی بودن داده‌ها)، کامل و جامع بودن، سازگاری (جای‌گذاری متناسب در فرمت‌های جدید یا متفاوت و به دور از دوباره‌کاری)، یکپارچگی (قابل اعتماد بودن داده‌ها) و به‌روز بودن از ابعاد اصلی کیفیت داده هستند.

کیفیت داده‌ها همچنین به زیرساخت‌های اطلاعات سلامت و «کاربردی‌سازی سامانه‌ها» - از طریق تولید شاخص‌های سلامت منطقه‌ای و ملی - مرتبط است. با کمک زیرساخت‌های اطلاعات سلامت، داده‌ها توسط اعضای تیم پزشکی خانواده یا خود بیمار در یک محیط بالینی یا خارج از آن جمع‌آوری شده و تجزیه و تحلیل و اشتراک‌گذاری داده‌ها تسهیل می‌شود. هم‌چنین بهبود این زیرساخت‌ها، می‌تواند منجر به افزایش «پایداری سامانه‌ها» شود که مجدداً بر کیفیت داده‌ها اثرگذار است.



نمودار ۱۰. حلقه‌های علی بعد مدیریت دانش و اطلاعات پزشکی خانواده (یافته‌های پژوهش)

زمانی که سامانه‌های تعریف شده در مدیریت داده‌های سلامت با کمک فناوری‌های به‌روز و ورود داده‌های باکیفیت کاربردی شود می‌تواند یک نمای جامع از پروفایل سلامتی و پیش‌آگهی بیماران ایجاد کند، مشارکت بیماران را با کمک یادآورها و پیشنهادهای مراقبتی بهبود ببخشد، سلامت را با کمک ردیابی روندهای سلامتی در منطقه یا جمعیت خاص ارتقا دهد، و به تصمیم‌گیری ارائه‌کنندگان خدمات کمک نماید.

«اعتبار داده‌ها» در این طرح منوط به «ادغام ثبت داده در ارائه خدمت» است به این معنا که هم‌زمان با فرایند ارائه خدمت، داده‌های مورد نیاز ثبت شود. این ادغام حتی در تجهیزات و لوازم مورد استفاده در ارائه خدمت، نیز رخ می‌دهد و از طریق آن‌ها، داده‌های مورد نیاز ذخیره می‌شود. از طرف دیگر یکی از چالش‌ها در این زمینه استفاده از سامانه‌های متعدد و متنوع جهت مدیریت داده‌هاست که در طرح پزشکی خانواده علاوه بر افزایش هزینه‌ها، به دلیل تنوع استانداردهای ثبت داده می‌تواند به اعتبار و یکپارچگی داده‌ها لطمه بزند. همچنین عامل مؤثر دیگر بر اعتبار داده‌ها، تعارض منافع است؛ چراکه از داده‌ها می‌توان برای شفافیت بیشتر و آشکارسازی برخی سوءاستفاده‌های فردی یا سازمانی بهره جست.

نیروی انسانی فعال	آموزش پزشکی	منابع انسانی	ارائه خدمت
نظارت اعمال شده	منابع انسانی	مدیریت دانش	ارائه خدمت
ماندگاری منابع انسانی	منابع انسانی	ارائه خدمت	
فربسودگی شغلی	منابع انسانی	ارائه خدمت	
شایستگی شغلی	آموزش پزشکی	منابع انسانی	
سلامت عمومی	منابع انسانی	ارائه خدمت	
حجم مراجعه	منابع انسانی	ارائه خدمت	
حجم ارجاع	تامین مالی	منابع انسانی	
تعارض منافع	آموزش پزشکی	مدیریت دانش	
بودجه تخصیص‌یافته	آموزش پزشکی	تامین مالی	

شکل ۱۲. متغیرهای مشترک بین مدل‌سازی ابعاد مختلف

۴-۵. مدل تجمیعی اجرای پزشکی خانواده

مدل اجرایی تجمیعی حاصل از ادغام متغیرهای مشترک در ابعاد مختلف و همچنین کشف روابط جدید بین متغیرهای پنج بعد اصلی یعنی آموزش پزشکی، ارائه خدمت، مدیریت منابع انسانی، مدیریت دانش و اطلاعات و مدیریت منابع مالی است. با توجه به وجود همپوشانی‌هایی بین مدل‌های ابعاد مختلف (شکل ۱۲) در وهله اول متغیرهای مشترک ادغام شدند. در ادامه پس از جلسات و بررسی‌های متعدد تیم مدل‌سازی، حاصل ادغام ابعاد مختلف، مجموعاً ۷۴ متغیر اصلی، ۱۷۲ رابطه و بیش از ۳۰ حلقه علی بوده است. در مدل تجمیعی مجموعاً ۲۹ رابطه جدید بین متغیرهای ابعاد مختلف کشف شد که خود منجر به شکل‌گیری حلقه‌های علی جدیدی شده است.

۵

نتیجه‌گیری و پیشنهادها



۱-۵. مقدمه

با وجود گذشت دو دهه از اجرای نسخه‌های پزشکی خانواده در کشور، اجرای آن تاکنون دستاورد قابل توجهی برای نظام سلامت و مردم به همراه نداشته‌است. به عنوان یکی از ریشه‌ای‌ترین مسائل، «فقدان یک نظریه مبنایی در طراحی مدل پزشکی خانواده» سبب شد تا ثباتی در سیاست‌گذاری‌ها و تصمیم‌گیری‌های این حوزه وجود نداشته باشد. در ادامه همین امر باعث شد تا در اجرای نسخه‌های آزمایشی آن نیز مسائل متعددی در ابعاد مختلف نمایان شود. به علاوه ساده‌انگاری در اجرای پزشکی خانواده و بی‌توجهی به پیوست‌های مورد نیاز خصوصاً پیوست‌های فرهنگی-اجتماعی طرح و گاهی اتخاذ تصمیم بدون شواهد کافی و متقن، این مسائل را تشدید کرده‌است.

بدین منظور در فصل ۲ تلاش شد تا براساس ادبیات موضوع، شواهد و دلالت‌هایی برای طراحی مدل پزشکی خانواده در کشور استخراج شود. همچنین در فصل ۳ به تفصیل مسائل مختلف نسخه‌های پیشین پزشکی خانواده در کشور از منظری متمایز و مبتنی بر علم اجرا تشریح شد. عوامل اثرگذار متعدد و به هم وابسته، وجود حلقه‌های بازخورد و تکرارشونده بین عوامل و روابط غیرخطی عوامل با یکدیگر، و تغییر در طول زمان، همه و همه از مقولاتی است که «مدل پزشکی خانواده» را به پدیده‌ای پویا تبدیل می‌کند که در فصل ۴ مورد بحث و بررسی قرار گرفت. در فصل مذکور سعی شد تا رویکردی کل‌نگر و جامع‌نگر در زمینه متغیرهای موثر بر اجرای پزشکی خانواده و روابط بین آن‌ها تبیین شود. در نتیجه بدون توجه به تغییرات محیط بیرونی و درونی و تطبیق مدل با شرایط جدید یا پاسخ مناسب به این تغییرات، دستیابی به نتایج بلندمدت این خط‌مشی کلان نظام سلامت غیرممکن بوده و جز اتلاف سرمایه، نتیجه‌ای برای کشور به همراه نخواهد داشت. همچنین ماهیت پویای مدل پزشکی خانواده نشان می‌دهد که صرفاً با اراده سیاسی مسئولین مرتبط نمی‌توان همه متغیرها و ذینفعان اجرای پزشکی خانواده را همسو نمود. در ادامه، تلاش می‌شود تا مبتنی بر فصول گذشته و شواهد ارائه شده، راهکارهایی برای اولویت‌دارترین مسائل مدل پزشکی خانواده در اختیار سیاست‌گذاران و پژوهشگران این حوزه گذاشته شود.



شکل ۱۳. کلان مسئله‌های اجرای پزشکی خانواده در ایران

«مسائل اولویت‌دار» به معنای مسائلی است که اولاً یکی از موانع جدی اجرای پزشکی خانواده بوده و بی‌توجهی به آن‌ها، دستاوردهای مورد انتظار طرح را تهدید خواهد کرد. ثانیاً نیازمند آمادگی و بسترسازی‌هایی برای حل بوده و در میان مدت-نه کوتاه مدت- قابل حل هستند. ثالثاً این مسائل نه آن قدر ریشه‌ای است که حل آن، نیازمند تغییر بسیاری از سیاست‌ها و ساختارهای دیگر نظام سلامت باشد، و نه آن قدر روبنایی و سطحی است که بدون توجه به علل آن، قابل حل باشد. به بیان دیگر مسائلی که خود معلول یا پیامد یک یا چند مسئله هستند و به تعبیری دقیق‌تر «مشکل»^۱ بوده -مانند رضایت شغلی پایین تیم پزشکی خانواده که از علل مختلفی ناشی شده است- یا مسائلی که به نوعی علت‌العلل بسیاری از مسائل هستند -مانند تعارض منافع ساختاری در نظام سلامت که خود علت بسیاری از مسائل دیگر است- در این نتیجه‌گیری مورد نظر نیست و صرفاً بر روی مسائل سطح میانی متناسب با اجرا پژوهی نسخه‌های

پزشکی خانواده تمرکز شده است (با اقتباس از Andersen & Beltz, 2009).^۱ در جدول زیر فهرستی از اولویت‌دارترین مسائل در زمینه اجرای پزشکی خانواده در کشور مشاهده می‌شود.

جدول ۲۴. کلان مسائل اجرای پزشکی خانواده در ایران (یافته‌های پژوهش)^۲

ر.	کلان - مسئله	زیرمولفه‌ها
۱	ناکارآمدی قراردادهای کاری	قراردادهای کاری کوتاه‌مدت، عدم امنیت شغلی ^۳ تیم پزشکی خانواده، حجم کاری بالا و فرسودگی شغلی، نظام پرداخت و جبران خدمات ناکارآمد، فقدان مشوق‌های غیرمادی، استقلال محدود در تصمیم‌گیری‌های بالینی و...
۲	عدم تناسب آموزش با شایستگی‌های لازم	آموزش در مان‌محور و تخصص‌محور پزشکان عمومی، عدم تأکید بر مراقبت‌های جامعه‌محور ^۴ در آموزش پزشکی، کمبود فرصت‌های آموزش مداوم پزشکان خانواده ^۵ ، نبود آموزش مهارت‌های لازم در مراقبت‌های اولیه، ناکارآمدی تصمیم‌گیری‌ها در خصوص ارجاع، ناآگاهی از فرایندهای اداری مرتبط و...

۱ سطح‌بندی مسائل برگرفته از تحلیل ریشه‌ای (Root Analysis) مسائل است. مبتنی بر سطح‌بندی اندرسون و بلتز (۲۰۰۹) مسائل را می‌توان در چهار سطح تقسیم‌بندی کرد: نشانه‌ها (Symptom) یا پیامدها به عنوان یک مسئله شناخته نمی‌شوند بلکه به عنوان علائم و نشانه‌های مسئله موجود به حساب می‌آیند. در واقع عموماً ابتدا نشانه‌های مسئله ادراک می‌شود اما نشانه‌ها تمام چیزی نیست که باید از مسئله دانست. علت‌های سطح اول (First-level Cause) آن دسته از مسائل را گویند که به طور مستقیم مسبب یک مسئله هستند. این علت‌های به مسئله نزدیک‌ترند اما بنای اصلی مسئله را شکل نمی‌دهند. در لایه‌ای عمیق‌تر، علت‌های سطوح بالاتر (Higher-level Cause) منجر به علت‌های سطح اول می‌شوند، هرچند که خود این عوامل به طور مستقیم مسبب مسئله نیستند اما در زنجیره تأثیر و تأثر در نهایت مسئله را ایجاد می‌کنند. در نتیجه این علت ریشه‌ای (Root Cause) است که در انتهای زنجیره علت و معلولی قرار داشته و مسبب اصلی است.

۲ ضروری است یادآوری شود که مسائل و موانع اجرای پزشکی خانواده محدود به این فهرست نبوده و در صورت تمایل جهت بررسی بیشتر این مسائل به نتایج فاز اجراپژوهی پایلوت‌های پزشکی خانواده در ایران (فصل ۳) مراجعه کنید.

3 Job Insecurity

4 Community-Based Care

5 Continuing Medical Education

ر.	کلان- مسئله	زیر مولفه‌ها
۳	عدم طراحی نظام ارزشیابی و بازخورد	عدم پاسخگویی در زمینه نتایج اجرای پزشکی خانواده، ارزیابی غیریکپارچه و ناکارآمد توسط ذینفعان مختلف، عدم تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، بازخوردهای حرفه‌ای ناکافی و نبود ارتقای پزشکان خانواده، بی‌توجهی به ارزشیابی دریافت‌کنندگان خدمات و...
۴	ضعف هماهنگی و همکاری درونی و برونی	ضعف همکاری میان سطوح مختلف نظام ارجاع، همراهی ناکافی سایر واحدهای دانشگاه‌های علوم پزشکی با مجریان طرح، همکاری ضعیف وزارت بهداشت با بخش غیردولتی، ارتباطات بین‌بخشی ضعیف، شکاف‌های ارتباطی و اشتراک‌گذاری محدود اطلاعات و...
۵	عدم تطبیق‌پذیری مدل پزشکی خانواده	عدم جامعیت و متناسب‌سازی بسته خدمات، ناسازگاری با هنجارهای فرهنگی-اجتماعی، عدم تطبیق با نیازهای سلامت هر منطقه، آموزش ناکارآمدی در زمینه پاسخگویی به نیازهای متنوع مراقبتی جمعیت هدف، مقاومت و اینرسی در برابر ادغام پزشکی خانواده در نظام سلامت موجود و...
۶	عدم جلب اعتماد و مشارکت عمومی	انگاره‌های ذهنی متعارض ذینفعان مختلف در زمینه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، بی‌توجهی به اقناع افکار عمومی، تجربیات مراقبتی منفی یا انگاره‌های نادرست دریافت‌کنندگان خدمات پزشکی خانواده، بی‌توجهی به مشارکت فعال بیماران در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی، عدم برنامه‌ریزی در زمینه ارتقای سواد سلامت و...

۲-۵. راهکارهای پیشنهادی

با توجه به مسائل ذکر شده، راهکارهای متعددی در ادبیات موضوع و همچنین فاز اجرا پژوهی از سوی خبرگان مطرح شده است. در جدول زیر متناظر با هر مسئله و مبتنی بر فصل‌های گذشته، راهکارهای پیشنهادی قابل مشاهده است. توجه به آثار و پیامدهای هر یک از راهکارها بر کل مدل پزشکی خانواده و متغیرهای دیگر، حیاتی است و بدین منظور تحلیل حلقه‌های علی در ابعاد مختلف، راهگشاست. در نمودار ۱۱ خلاصه‌ای از راهکارهای پیشنهادی ناظر به هر یک از کلان-مسئله‌های اجرای پزشکی خانواده قابل مشاهده است.



نمودار ۱۱. محورهای راهکارهای پیشنهادی براساس کلان-مسئله‌های اجرای پزشکی خانواده

جدول ۲۵. راهکارهای پیشنهادی بر اساس کلان-مسئله‌های اجرای پزشکی خانواده

مسئله	تمرکز راهکار	راهکار پیشنهادی
ناکارآمدی قراردادهای کاری	اصلاح نظام پرداخت تیم پزشکی خانواده	<input checked="" type="checkbox"/> طراحی نظام پرداخت ترکیبی تیم پزشکی خانواده و متخصصان با توجه به اهداف طرح (به عنوان مثال طراحی پرداخت ترکیبی متخصصین بر مبنای حقوق ثابت، کارانه، آموزش به پزشکان خانواده، کیفیت پس‌خوراند، مشاوره به پزشکان خانواده و...)
		<input checked="" type="checkbox"/> تبدیل شدن پزشکان به شریکان مالی سازمان‌های بیمه‌گر (در چنین شرایطی بیمه می‌تواند با طراحی برنامه‌های آموزشی و مشوق‌هایی از قبیل افزایش تعرفه و ویزیت پزشکان شرکت‌کننده در این برنامه‌ها، هزینه نسخ پزشکان را به نفع خود کاهش دهد)
عدم تناسب آموزش با شایستگی‌های مورد نیاز	تغییر نگرش اساتید در زمینه لزوم تربیت دانشجویان پزشکی عمومی جهت ایفای نقش پزشک خانواده و جریان‌سازی سلامت‌محوری	<input checked="" type="checkbox"/> برگزاری جلسات هماهنگی با حضور معاونین مختلف دانشگاه‌های علوم پزشکی و اعضای هیئت‌علمی جهت هم‌آفرینی برنامه‌های مورد نیاز در راستای تربیت نیروی ارائه‌کننده خدمت متناسب با نیازهای احصاشده بومی ^۱

۱ این راهکار از طریق حلقه E5 (تمایل دانشجویان به پزشکی خانواده ← تناسب فرهنگ آموزشی ← کیفیت آموزش پزشکی خانواده ← نگرش مثبت به طرح) می‌تواند منجر به افزایش کیفیت آموزش پزشکی خانواده گردد.



مسئله	تمرکز راهکار	راهکار پیشنهادی
	بازطراحی سرفصل‌های آموزشی پزشکی عمومی مبتنی بر پزشکی خانواده با تأکید بر دانش پزشکی و مهارت‌های ^۱ مورد نیاز برای ارائه خدمت در سطح اول	<input checked="" type="checkbox"/> ایجاد امکان ارائه واحد درسی از سوی خبرگان مراقبت‌های اولیه سلامت و تعریف وظایف آموزشی برای آن‌ها ^۲ <input checked="" type="checkbox"/> طراحی زیرساخت‌های آموزشی در سطوح اولیه ارائه خدمت مانند مراکز خدمات جامع سلامت با هدف محوریت آموزش بالینی دانشجویان در این مراکز به‌جای آموزش در بیمارستان‌های تخصصی
	آموزش بدو و حین خدمت پزشکان عمومی واردشده به طرح جهت توانمندسازی و رفع شکاف‌های دانشی	<input checked="" type="checkbox"/> گسترش و به‌روزرسانی دوره پودمانی مجازی پزشکی خانواده ^۳ طراحی شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی هوشمند <input checked="" type="checkbox"/> استفاده از شیوه‌های نوین آموزش از قبیل آموزش گروهی همتایان ^۴ جهت ارائه خدمت به‌روز و مبتنی بر شواهد

۱ از جمله مهارت‌های رهبری، کار تیمی، مدیریت سلامت جمعیت، ارتقا کیفیت مراقبت‌ها، برقراری ارتباط مؤثر با مردم و جلب اعتماد آن‌ها. لازم است ادغام برنامه‌های طراحی شده به صورت بلندمدت در سراسر برنامه درسی و در مقاطع مختلف صورت گیرد، نه به صورت ارائه واحدهای منفرد در مقطعی خاص.

۲ این راهکار از طریق حلقه E6 (کیفیت آموزش پزشکی خانواده ← دانش و مهارت‌ها ← کیفیت اعضای هیئت‌علمی) می‌تواند منجر به افزایش کیفیت آموزش پزشکی خانواده شود.

۳ این برنامه (Family Physician Bridging Program)، یک برنامه میان‌بر برای آموزش کلیات و اصول پزشکی خانواده است که براساس طراحی آموزشی ترکیبی و به‌صورت پودمانی ارائه شده‌است. در این برنامه مواردی از قبیل دوره‌های آموزش مجازی و کسب تجارب یادگیری حاصل از ارائه خدمات مراقبت سرپایی به عنوان تکلیف و پروژه درسی (هم‌زمان با فعالیت در مراکز خدمات جامع سلامت و یا سایر مراکز بهداشتی درمانی) اجرا می‌شود.

۴ یادگیری از طریق همتایان (Peer education) یک قالب آموزشی است که در آن افراد با گروه‌های اجتماعی هم‌سطح - در اینجا سایر پزشکان خانواده- به یادگیری یک موضوع می‌پردازند، بدین صورت که در امر یادگیری به یکدیگر کمک کرده و خود نیز آموزش می‌بینند.

مسئله	تمرکز راهکار	راهکار پیشنهادی
	هدایت تحقیقات به سمت پژوهش‌های کاربردی ^۱ جهت ارتقای مستمر مدل پزشکی خانواده و گام برداشتن به سوی ادغام عملکردی ^۲	<input checked="" type="checkbox"/> اولویت‌گذاری نیازهای پژوهشی برحسب کلان برنامه‌های بهداشتی و درمانی کشور و سفارش پژوهش‌های کاربردی و بین‌رشته‌ای به دانشگاه‌ها جهت بهره‌مندی از نتایج آن در سیاست‌گذاری‌ها و همچنین طراحی مشوق‌های مناسب برای اساتید - مانند کسب حداکثر امتیاز بندهای مرتبط آیین‌نامه ارتقا- و دانشجویان مشارکت‌کننده ^۳

- ۱ منظور از پژوهش‌های کاربردی توجه بیشتر به پژوهش‌های سیستم سلامت (Health System Research) هست. نظام‌های آموزش پزشکی همواره وقت خود را صرف «تولید» علم کرده‌اند درحالی‌که «مصرف» درست علم در نظام ارائه خدمت نقش انکارناپذیری در ارتقای سلامت جامعه دارد و پژوهش در گستره نظام ارائه خدمت می‌تواند به روشن شدن وضعیت دسترسی، اثربخشی، بازدهی مراقبت‌ها، میزان پاسخگویی به نیازها و انتظارات افراد و جوامع، و نحوه مدیریت و رهبری نظام ارائه خدمت منجر شود.
- ۲ منظور از ادغام عملکردی (در مقابل کارکردی) همسوسازی رسالت، چشم‌انداز و راهبردهای کلان نظام آموزش، پژوهش و ارائه خدمت با یکدیگر است. تجربه نظام سلامت ایران در سال ۱۳۶۴، ادغام نظام آموزش و نظام ارائه خدمت از حیث کارکردی بوده است.
- ۳ این راهکار از طریق حلقه E12 (تمایل دانشجویان به پزشکی خانواده ← دانش و مهارت‌ها ← کیفیت اعضای هیئت علمی ← تحقیقات پزشکی ← نیازهای آموزشی شناسایی شده ← کیفیت آموزش پزشکی خانواده ← نگرش مثبت به طرح) می‌تواند منجر به افزایش کیفیت آموزش پزشکی خانواده شود.



مسئله	تمرکز راهکار	راهکار پیشنهادی
عدم طراحی نظام ارزشیابی و بازخورد	تغییر پارادایم نظارت و ارزیابی از محوریت تنبیه و مجازات به محوریت فهم وضعیت موجود و برنامه‌ریزی جهت بهبود تجربه مراقبت برای دریافت‌کنندگان و ارائه‌کنندگان خدمت به صورت هم‌زمان	<input checked="" type="checkbox"/> تدقیق مفاهیمی از قبیل رضایت دریافت‌کنندگان خدمت و عملکرد باکیفیت جهت مفاهمه میان ذینفعان مختلف و انجام فرآیندهای نظارتی و پرداخت مبتنی بر عملکرد ^۱ بر اساس آن <input checked="" type="checkbox"/> طراحی شاخص‌های کیفی مناسب با توجه به ابعاد مختلف مسئله مورد ارزیابی و مصاحبه عمیق با دریافت‌کنندگان و ارائه‌کنندگان خدمت ^۱ .
	تحقیق و توسعه سیستم‌های مدیریت دانش و اطلاعات	<input checked="" type="checkbox"/> ارتقای مستمر سامانه یکپارچه ثبت اطلاعات با کمک مرکز آمار و فناوری اطلاعات و همکاری بین‌بخشی وزارت بهداشت با سایر رشته‌های مرتبط با فناوری در سایر دانشگاه‌ها

۱ با توجه به رواج تعاریف و برداشت‌های گاهی ناقص از پرداخت مبتنی بر عملکرد (Pay for Performance) در نظام سلامت کشور، پیاده‌سازی این نظام پرداخت مستلزم توجه به چند مقدمه ضروری است که عبارت‌اند از: تدقیق معیارهای عملکرد متناسب با اهداف پزشکی خانواده (مانند نتایج بالینی، نرخ‌های غربالگری پیش‌گیرانه، رضایت جمعیت هدف، نرخ بستری مجدد، استفاده از پرونده الکترونیک سلامت، نتایج گزارش شده توسط بیماران و پایبندی به راهنماهای بالینی)، ساختار تشویقی ارتقای عملکرد (مانند پاداش یا افزایش نرخ بازپرداخت)، اهداف عملکردی روشن و قابل سنجش (اعم از اهداف مطلق یا مقایسه‌ای)، اجرای اقدامات اصلاحی در راستای بهبود کیفیت ارائه خدمت - که می‌تواند منجر به ارتقای عملکرد منابع انسانی شود-، جمع‌آوری و گزارش دهی داده‌های عملکردی، پیش‌گیری از پیامدهای ناخواسته این مدل پرداخت با طراحی جامع عوامل مؤثر بر عملکرد (پیامدهایی از جمله انتخاب ریسک و اجتناب از مراقبت بیمارانی با نیازهای پیچیده، و یا بی‌توجهی به برخی از ابعاد مراقبت که در مدل پرداخت، پاداشی ندارد) و ارزیابی و بهبود مستمر (مانند از طریق پیامدهای این نظام پرداخت بر بیماران، رفتار ارائه‌کنندگان خدمات، صرفه‌جویی در هزینه و عملکرد کلی سیستم).

۲ چراکه ممکن است به عنوان مثال رد کردن درخواست ارجاع و یا درمان‌های دستوری بیمار از سوی پزشک منجر به نارضایتی افراد شود، درحالی که این اقدام در راستای اهداف طرح بوده باشد. بنابراین نمی‌توان با سؤال‌های بسته به فهم درستی از عملکرد تیم ارائه‌کننده خدمت دست یافت.

مسئله	تمرکز راهکار	راهکار پیشنهادی
ضعف هماهنگی و همکاری درونی و برونی	تشکیل ائتلاف قوی برای رهبری فرآیند با هدف تبدیل طرح پزشکی خانواده به طرح ضروری و مورد پذیرش مدیران اجرایی و تیم ارائه‌کننده خدمت	ایجاد تیم آشنا با ضرورت، اهداف و برنامه اجرایی طرح در سطح ستادی (در این راستا می‌توان از کمک خبرگان آگاه از جمله اعضای انجمن پزشکی خانواده استان‌های پیشگام - مازندران و فارس - نیز بهره برد) و تشکیل جلسات پویا - رسمی و یا غیررسمی - با هدف تسری بیش حاصل به سطوح پایین‌تر از قبیل روسا و معاونان دانشگاهی و ادامه این جریان تا صف ارائه خدمت
لزوم پاسخگویی به دغدغه‌های تیم ارائه‌کننده خدمت		برگزاری جلسات مستمر توسط ستاد شهرستان با تیم‌های ارائه‌کننده خدمت (تیم پزشکی خانواده و متخصصان) و هم‌آفرینی برنامه‌هایی جهت مرتفع ساختن مسائل توسط افراد ستاد و صف ^۱
ایجاد شبکه ارتباطی بین ارائه‌کنندگان خدمت در راستای ارتقای همکاری و حفظ یکپارچگی خدمات ارائه‌شده ^۲		برگزاری جلسات مستمر بین اعضای سطوح مختلف ارائه خدمت منطقه جهت شکل‌گیری تعامل سازنده، هم‌سوسازی چشم‌انداز و اهداف با یکدیگر

۱ این راهکار از طریق حلقه HI (تعهد سازمانی ← ماندگاری منابع انسانی ← نیروی انسانی فعال ← امنیت شغلی ← رضایت شغلی) می‌تواند منجر به افزایش رضایت شغلی گردد.

۲ صرف ارتباط اعضای یک شبکه سیاستی (شبکه خط‌مشی) منجر به بهبود کل شبکه نمی‌شود بلکه هدفمندی این ارتباطات موضوعیت دارد و بی‌توجهی به آن، می‌تواند این راهکار را به ضد خود تبدیل کند. ارتباطات هدفمند ذینفعان سطوح مختلف درون یک شبکه خط‌مشی می‌تواند به ایجاد درک مشترک از طریق مبادله‌ی اطلاعات، دانش و دیدگاه‌ها، تقویت همکاری و هماهنگی، تقویت گفت‌وگو، مذاکره در زمینه نیازها و ترجیحات ذینفعان مختلف، و اصلاح خط‌مشی‌ها از طریق بازخورد و یادگیری مداوم کمک نماید.



مسئله	تمرکز راهکار	راهکار پیشنهادی
عدم تطبیق‌پذیری مدل پزشکی خانواده	راه‌اندازی خدمات ارتقای سلامت از طریق طراحی مداخله ناظر به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در راستای لزوم جامع‌نگری طرح پزشکی خانواده	<input checked="" type="checkbox"/> طراحی برنامه‌هایی از قبیل ارتقای سلامت از طریق امنیت درآمدی ^۱ ، برنامه توانمندسازی جامعه در راستای عدالت در سلامت ^۲ ، برنامه‌های دسترسی به غذای سالم ^۳ ، مداخلات به‌سازی محل سکونت و... از طریق به‌کارگیری نیروهای متخصص در این زمینه و فعالیت این افراد در مراکز خدمات جامع سلامت

1 Income Security Health Promotion

2 Community Empowerment for Health Equity Program

3 Healthy Food Access Programs

مسئله	تمرکز راهکار	راهکار پیشنهادی
	تقویت نیازسنجی در طراحی بسته‌های خدمت پزشکی خانواده	<input checked="" type="checkbox"/> انجام نیازسنجی مشارکتی ^۱ جمعیت تحت پوشش جهت پاسخگویی به نیازهای سلامت منطقه (اعم از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی) و افزایش مقبولیت طرح پزشکی خانواده از طریق مشارکت اجتماعی در طراحی مداخلات ^۲
عدم جلب اعتماد و مشارکت عمومی	شکل‌دهی اعتماد عمومی به طرح پزشکی خانواده و تیم ارائه‌کننده خدمات از طریق مشارکت اجتماعی ^۳ و بیمار-محوری	<input checked="" type="checkbox"/> طراحی سازوکارهای مشارکت مداوم جامعه نظیر برگزاری جلسات منظم، سازوکارهای دریافت بازخورد از دریافت‌کنندگان خدمت، رسیدگی به شکایات و پیمایش‌های رضایت بیماران؛ همچنین تقویت رویکرد بیمار-محوری در ارائه خدمت با در نظر گرفتن ترجیحات و ارزش‌های دریافت‌کنندگان خدمات

۱ در رویکرد نیازسنجی مشارکتی (Participatory Needs Assessment) بیشتر بر اقدام توسط جوامع و نه برای جوامع تأکید می‌شود. این رویکرد پایین به بالا بوده و به طور فعال جامعه و ذینفعان را در شناسایی و اولویت‌بندی نیازها درگیر می‌کند. فرآیند نیازسنجی شامل دیدگاه‌ها و صدای اعضای جامعه، بیماران، ارائه‌کنندگان مراقبت‌های سلامت و سایر ذینفعانی است که تجربه و دانش مستقیم از نظام سلامت دارند. به‌طور کلی هدف این رویکرد، اطمینان از همسویی برنامه‌ها و مداخلات نظام سلامت با نیازها و اولویت‌های واقعی جامعه بوده و احتمال مداخلات پایدار و مؤثر مبتنی بر جامعه برای ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها را افزایش می‌دهد.

۲ این راهکار از طریق حلقه S6 (حجم مراجعه ← حجم کاری ← فرسودگی شغلی ← پاسخگویی به نیازها ← اعتماد ارائه‌کننده-دریافت‌کننده ← تبعیت بیماران ← تداوم خدمات ← دسترسی به خدمات) می‌تواند منجر به افزایش اعتماد عمومی نیز شود.

3 Community Engagement



راهکار پیشنهادی	تمرکز راهکار	مسئله
<p>ایجاد راه‌های ارتباطی با جمعیت تحت پوشش یا زیرگروه ویژه‌ای از آن‌ها مانند مادران خانه‌دار، مادران باردار و... از جمله برگزاری رویدادهای اجتماعی نظیر نمایشگاه‌ها و کارگاه‌ها، همکاری با سازمان‌های محلی -شهرداری‌ها، مدارس، مساجد و...-، ارتباط با رسانه‌های محلی، و استفاده از پلتفرم‌های رسانه‌های اجتماعی جهت آگاهی‌بخشی در زمینه چستی و چربی پزشکی خانواده، اطلاع‌رسانی برنامه‌های سلامت‌محور طراحی‌شده، نشر اطلاعات علمی سلامت در راستای توانمندسازی و خودمراقبتی و پاسخ به سؤالات سلامت آن‌ها توسط تیم پزشکی خانواده</p>	<p>اطلاع‌رسانی و ارتقای آگاهی جمعیت تحت پوشش</p>	

۳-۵. پیشنهادهای پژوهشی

- ☑ توسعه نظری شاخه طراحی و توسعه مدل‌های ارائه خدمات سلامت در کشور: با توجه به محدودیت‌های بودجه‌ی نظام سلامت، ناکارآمدی نظام‌های ارائه خدمت و نیازهای در حال تغییر جمعیت‌های هدف، طراحی یا بازطراحی مدل‌های ارائه خدمت و مسیرهای مراقبتی می‌تواند منجر به افزایش کارایی و عدالت در نظام‌های سلامت شود. در این زمینه توسعه علوم و رویکردهای مختلف در تلاقی با نظام سلامت نظیر بازمهندسی فرایندهای کسب‌وکار^۱، شش‌سیگما^۲، طراحی آرمانی^۳، تفکر سیستمی^۴ و تفکر طراحی^۵ می‌تواند راهگشا باشد.
- ☑ مطالعه‌موردی و ترویج مدل‌های ارائه خدمت موفق در کشور: تاکنون در نقاط مختلف کشور نمونه‌های موفق در حوزه ارائه خدمت طراحی و پیاده شده اما پژوهش‌ها و مطالعات بسیار محدودی به این موضوع پرداخته‌اند. این نمونه‌های موفق می‌تواند از روش‌ها و مداخلات درمانی تا ساختارها و فرایندهای بیمارستانی و مدل‌هایی کلان‌تر را شامل شود و مبنایی برای پژوهش‌های آتی باشد.
- ☑ طراحی مدل اجرایی پزشکی خانواده بر مبنای دستورالعمل نسخه ۰۳: با توجه به عزم وزارت بهداشت دولت سیزدهم مبنی بر اجرای پزشکی خانواده در سطح کل کشور و پیگیری آن در قالب «طرح سلامت خانواده»، لازم است مدل اجرایی جامعی

1 Business Process Engineering

2 Six Sigma

3 Idealized Design

4 System Thinking

5 Design Thinking

بر مبنای دستورالعمل نسخه ۰۳ و آیین‌نامه‌های مرتبط متناسب با روندهای محیطی ملی و بین‌المللی اعم از سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فناورانه طراحی شود.^۱

☑ **اجرای مرحله شبیه‌سازی مدل اجرایی پزشکی خانواده در کشور:** در پژوهش حاضر از پنج مرحله‌ی پویایی‌شناسی سیستم‌ها، به دلیل محدودیت پژوهش تا پایان مرحله ترسیم و تحلیل حلقه‌های علی‌مبتنی بر تحلیل‌های کیفی انجام شده است. در صورت دسترسی به داده‌های متغیرها و تعریف توابع بین آن‌ها، مدل اجرایی پزشکی خانواده در افق‌های زمانی مشخصی قابلیت اجرا و شبیه‌سازی در نرم‌افزار را دارد. این شبیه‌سازی به سیاست‌گذاران کمک می‌کند تا تاثیر سناریوها و خط‌مشی‌های احتمالی مختلف را قبل از اجرا در عمل، در کل مدل ارزیابی نمایند.

۱ در زمینه تفاوت سه مفهوم مرتبط با مدل مراقبت یعنی مدل نظری، مدل اجرا و نهایتاً پیاده‌سازی به فصل اول - کلیات پژوهش - مراجعه نمایید.

منابع و پیوست‌ها

منابع

- اخلاصی، امیر؛ طلوعی، پدram (۱۳۹۰). ارائه پویایی سیستم برای ارزیابی تأثیر ابزارهای ارتباط مشتری بر سودآوری شرکت. پژوهشنامه بازرگانی، ۱۵(۶۱): ۱-۲۰.
- اشرفیان امیری، حسن؛ ربیعی، سید مظفر؛ فرزین، کورش؛ کبیر، محمدجواد؛ کشاورزی، آناهیتا؛ نصرالله‌پور شیروانی، سیدداود (۱۳۹۷). تجربه اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران. مرکز تحقیقات بیمه سلامت. تهران.
- باقری لنکرانی، کامران؛ کلاته ساداتی، احمد؛ ایمانیه، محمدهادی؛ جولایی، حسن؛ مقدمی، محسن؛ آسمانی، امید؛ هنرور، بهنام (۱۳۹۴). جستاری در پزشک خانواده. مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت.
- فرزادفر، فرشاد؛ آردم، علی؛ خواجوی، علیرضا (۱۳۹۵). ارزشیابی جامع برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر بیست هزار نفر جمعیت. معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- فرزادفر، فرشاد؛ نانلی، جلال؛ حدادی، مهنوش؛ مقیمی، داود (۱۳۸۴). پایش عملکرد پزشک خانواده. واحد کشوری اصلاح نظام سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- کاظمیان، محمود؛ کاویان تلوری، مریم؛ میرداروطن، شیرعلی (۱۳۹۵). ارزیابی کاهش هزینه‌های غیرضروری در برنامه پزشک خانواده با رویکرد جامعیت مراقبت‌ها (کاهش هزینه‌ها در برنامه پزشک خانواده). مدیریت بهداشت و درمان، ۷(۳): ۴۷-۵۵.
- مجاهد، فرخ؛ قلی وحیدی؛ رضا؛ اصغری جعفرآبادی، محمد؛ قلی‌پور، کمال؛ مهری، ناصر (۱۳۹۴). تأثیر نظام‌های پرداخت بر شاخص‌های عملکردی برنامه‌ی پزشک خانواده با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی. مدیریت اطلاعات سلامت. ۱۲(۱): ۸۸-۹۸.
- مداح، مرتضی (۱۳۹۰). بررسی تأثیر پویایی مدیریت دانش بر عملکرد سازمانی با رویکرد کارت امتیازی متوازن و پویایی سیستم؛ مطالعه موردی: شرکت فولاد آلیاژی ایران-یزد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه یزد، پردیس علوم انسانی و اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و حسابداری.
- موسی‌زاده، محمود؛ عابدی، قاسم؛ فرشیدی، فرشته؛ نقیبی، ابوالحسن؛ رستمی، فریده؛ افشاری مقدم، امین (۱۳۹۴) میزان رضایت گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه مرور ساختاریافته و متاآنالیز. نشریه دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۵(۱۳۱): ۱۶۵-۱۸۰.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۴۰۱). شیوه‌نامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری (نسخه ۰۳). دبیرخانه قرارگاه پزشکی خانواده.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۲). آسیب‌شناسی اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر. معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

- ACI (2013). *Understanding the Process to Develop a Model of Care: an ACI Framework*.
- Adarkwah, C. C., Schwaffert, A., Labenz, J., Becker, A., & Hirsch, O. (2019). Burnout and work satisfaction in general practitioners practicing in rural areas: Results from the HaMedSi study [Corrigendum]. *Psychology Research and Behavior Management, 11*, 543–544.
- Agarwal, P., Mukerji, G., Laur, C., Chandra, S., Pimlott, N., Heisey, R., Martin, D. (2020). COVIDCare@Home: Lessons from a Family Medicine Led Remote Monitoring Program.
- Ahmadi, B., Pourebrahimi, M. H., Ram Bejandi, M., Sadeghi, A., Khammarnia, M., & Siavashi, E. (2015). Satisfaction of Family Physician Plan: Viewpoint of Physicians and Health Service Consumers in Kerman, Southeast of Iran. *Galen Medical Journal, 4*(2), 96–102.
- Ammi, M., Diop, M., & Strumpf, E. (2019). Explaining primary care physicians' decision to quit patient-centered medical homes: Evidence from Quebec, Canada. *Health Services Research, 54*(2), 367–378.
- Andersen, B., & Beltz, M. (2009). *Root cause analysis and improvement in the healthcare sector: A step-by-step guide*. Quality Press.
- Anonymous (2015). *Chapter 2: Improving public health services*. Paris.
- Aquino, R., Oliveira, N. F. de, & Barreto, M. L. (2009). Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *American Journal of Public Health, 99*(1), 87–93.
- Arantes, L. J., Shimizu, H. E., & Merchán-Hamann, E. (2016). The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian Primary Health care: a literature review. *Ciencia & Saude Coletiva, 21*, 1499–1510.
- Argyris, C. (1971). Management Information Systems: The Challenge to Rationality and Emotionality. *Management Science, 17*(6), B-275-B-292.
- Armas, A., Meyer, S. B., Corbett, K. K., & Pearce, A. R. (2018). Face-to-face communication between patients and family physicians in Canada: A scoping review. *Patient Education and Counseling, 101*(5), 789–803.
- Arya, N., Dahlman, B., Gibson, C., Ponka, D., Haq, C., Rouleau, K., & Hansel, S. (2017). Developing family practice to respond to global health challenges: The Besroul Papers: a series on the state of family medicine in the world. *Canadian Family Physician, 63*(8), 602–606.
- Atkinson, W. J., Iskander, J. K., Pickering, L. K., Schwartz, B., Watson, J. C., & Weniger, B. G. (2002). General recommendations on immunization; recommendations of the Advisory Committee on Immunizations Practices (ACIP) and the American Academy of Family Physicians (AAFP).
- Audétat, M.-C., Voirol, C., Béland, N., Fernandez, N., & Sanche, G. (2015). Remediation plans in family medicine residency. *Canadian Family Physician, 61*(9), e425-e434.
- AuYoung, M., Linke, S. E., Pagoto, S., Buman, M. P., Craft, L. L., Richardson, C. R., Sheinfeld Gorin, S. (2016). Integrating Physical Activity in Primary Care Practice. *The American Journal of Medicine, 129*(10), 1022–1029.
- Aziz, M. A. A., Rahman, H. A., Alam, M. M., & Said, J. (2015). Enhancement of the Accountability of Public Sectors through Integrity System, Internal Control System and Leadership Practices: A Review Study. *Procedia Economics and Finance, 28*, 163–169.
- Baglia, J., Foster, E., Dostal, J., Keister, D., Biery, N., & Larson, D. (2011). Generating developmentally appropriate competency assessment at a family medicine residency. *Family Medicine-Kansas City, 43*(2), 90.
- Baird, B., Charles, A., Honeyman, M., Maguire, D., & Das, P. (2016). *Understanding pressures in general practice*. King's Fund London.
- Bakshi, S., Kaljee, L., & Parke, D. (2019). A cross-sectional survey on medical education needs of general practitioners and family medicine: Delhi, Himachal Pradesh and Tamil Nadu, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 8*(11), 3531.
- Barańska, I., Kijowska, V., Engels, Y., Finne-Soveri, H., Froggatt, K., Gambassi, G., van den Noortgate, N. (2020). Perception of the quality of communication with physicians among relatives of dying residents of long-term care facilities in 6 European countries: PACE cross-sectional study. *Journal of the American Medical Directors Association, 21*(3), 331–337.



- Barghouti, F., Halaseh, L., Said, T., Mousa, A. H., & Dabdoub, A. (2009). Evidence-based medicine among Jordanian family physicians: Awareness, attitude, and knowledge. *Canadian Family Physician, 55*(7), e6-e13.
- Bauer, M. S., Damschroder, L., Hagedorn, H., Smith, J., & Kilbourne, A. M. (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychology, 3*(1), 1–12.
- Behzadifar, M. [Masoud], Behzadifar, M. [Meysam], Heidarvand, S., Gorji, H. A., Aryankhesal, A., Taheri Moghadam, S., . . . Bragazzi, N. L. (2018). The challenges of the family physician policy in Iran: A systematic review and meta-synthesis of qualitative researches. *Family Practice, 35*(6), 652–660.
- Biswas, R., Joshi, A., Joshi, R., Kaufman, T., Peterson, C., Sturmberg, J. P., . . . Martin, C. M. (2009). Revitalizing primary health care and family medicine/primary care in India – disruptive innovation? *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 15*(5), 873–880.
- Bitton, A., Fifield, J., Ratcliffe, H., Karlage, A., Wang, H., Veillard, J. H., Hirschhorn, L. R. (2019). Primary healthcare system performance in low-income and middle-income countries: A scoping review of the evidence from 2010 to 2017. *BMJ Global Health, 4*(Suppl 8), e001551.
- Blackwelder, R. S., Hortman, M., Leberknight, D., & Bragg, S. (2018). Creating a Geriatrics Curriculum in a Continuing Care Retirement Community. *PRiMER: Peer-Review Reports in Medical Education Research, 2*.
- Blank, W. A., Blankenfeld, H., Beck, A. J., Frangoulis, A.-M., Vorderwülbecke, F., & Fleischmann, A. (2014). Hands-on–general medicine–Circuit-training in the auditorium—a practical equivalent to a lecture. *GMS Zeitschrift Für Medizinische Ausbildung, 31*(3).
- Blondiau, A. (2015). Challenges for inter-departmental cooperation in hospitals: Results from cross-case analysis. *Health Policy and Technology, 4*(1), 4–13.
- Boggiano, V. L., Wu, Y., Bruce, J. S., Merrell, S. B., & Schillinger, E. (2017). Patient-Centered Care Challenges and Surprises. *Family Medicine-Kansas City, 49*(1), 57–61.
- Bolívar, F. J. V., González, M. P., Martos, H. M., García, I. C., & Durántez, J. T. (2018). Communication with patients and the duration of family medicine consultations. *Atención Primaria, 50*(10), 621–628.
- Boyatzis, R. (1982). The Competent Manager. A Model For Effective Performance.
- Brcic, V., McGregor, M. J., Kaczorowski, J. [Janusz], Dharamsi, S., & Verma, S. (2012). Practice and payment preferences of newly practising family physicians in British Columbia. *Canadian Family Physician, 58*(5), e275-e281.
- Brennan, J., & McGrady, A. (2015). Designing and implementing a resiliency program for family medicine residents. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 50*(1), 104–114.
- Breton, M., Maillet, L., Duhoux, A., Malham, S. A., Gaboury, I., Manceau, L. M., Touati, N. (2020). Evaluation of the implementation and associated effects of advanced access in university family medicine groups: A study protocol. *BMC Family Practice, 21*(1), 1–11.
- Brotman, S. L., & Yaffe, M. J. (1994). Are physicians meeting the needs of family caregivers of the frail elderly? *Canadian Family Physician, 40*, 679.
- Brown, J. B., French, R., McCulloch, A., & Clendinning, E. (2012). Primary health care models: Medical students’ knowledge and perceptions. *Canadian Family Physician, 58*(3), e166-e171.
- Buckingham, J. L., Donatelle, E. P., Thomas Jr, A., Scherger, J. E., & Taylor, R. B. (2013). *Family medicine: Principles and practice*. Springer Science & Business Media.
- Caleb Alexander, G., Kurlander, J., & Wynia, M. K. (2005). Physicians in retainer (“conciierge”) practice: a national survey of physician, patient, and practice characteristics. *Journal of general internal medicine, 20*(12), 1079-1083.
- Cameron, P. J. (2012). Professional, personal and community: 3 domains of physician retention in rural communities. *Canadian Journal of Rural Medicine, 17*(2), 47.
- Campbell, S. M., Chauhan, U., & Lester, H. (2010). Primary medical care provider accreditation (PMCPA): Pilot evaluation. *British Journal of General Practice, 60*(576), e295-e304.

- Carek, P. J., & Potts, S. E. (2021). Ongoing Self-review and Continuous Quality Improvement Among Family Medicine Residencies. *Family Medicine*, 53(7), 626–632.
- Chambers, D. A. (2019). Implementation Science at a Glance: A Guide for Cancer Control Practitioners (Nr. 19-CA-8055). National Cancer Institute. *Bethesda, MD, USA*.
- Chanchien Parajón, L., Hinshaw, J., Sanchez, V., Minkler, M., & Wallerstein, N. (2021). Practicing Hope: Enhancing Empowerment in Primary Health Care through Community-based Participatory Research. *American Journal of Community Psychology*, 67(3-4), 297–311.
- Chang, C.-S., Chen, S.-Y., & Lan, Y.-T. (2013). Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC Health Services Research*, 13(1), 22.
- Cheraghi-Sohi, S., McDonald, R., Harrison, S., & Sanders, C. (2012). Experience of contractual change in UK general practice: A qualitative study of salaried GPs. *British Journal of General Practice*, 62(597), e282–e287.
- Cody, R., Gysin, S., Merlo, C., Gemperli, A., & Essig, S. (2020). Complexity as a factor for task allocation among general practitioners and nurse practitioners: A narrative review. *BMC Family Practice*, 21(1), 1–17.
- Cook, D. A., Holmboe, E. S., Sorensen, K. J., Berger, R. A., & Wilkinson, J. M. (2015). Getting maintenance of certification to work: A grounded theory study of physicians' perceptions. *JAMA Internal Medicine*, 175(1), 35–42.
- Coyle, G. (2001). Qualitative and Quantitative Modelling in System Dynamics. *Journals of System*.
- Curran, V. R., Fleet, L., & Kirby, F. (2006). Factors influencing rural health care professionals' access to continuing professional education. *Australian Journal of Rural Health*, 14(2), 51–55.
- Czabanowska, K., Klemenc-Ketis, Z., Potter, A., Rochfort, A., Tomasik, T., Csiszar, J., & van den Bussche, P. (2012). Development of a competency framework for quality improvement in family medicine: A qualitative study. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(3), 174–180.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 1–15.
- Davidson, P., Halcomb, E., Hickman, L., Phillips, J., & Graham, B. (2006). Beyond the rhetoric: what do we mean by a 'model of care'? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23.
- Dawe, R., Pike, A., Kidd, M., Janakiram, P., Nicolle, E., & Allison, J. (2017). Enhanced skills in global health and health equity: Guidelines for curriculum development. *Canadian Medical Education Journal*, 8(2), e48.
- Delgoshaei, B., Vatankhah, S., & Sarabandi, A. (2020). Performance payment challenges for family physician program. *Journal of Education and Health Promotion*, 9.
- Deutsch, T., Lippmann, S., Frese, T., & Sandholzer, H. (2015). Who wants to become a general practitioner? Student and curriculum factors associated with choosing a GP career—a multivariable analysis with particular consideration of practice-orientated GP courses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33(1), 47–53.
- Dillon, E. C., Tai-Seale, M., Meehan, A., Martin, V., Nordgren, R., Lee, T., . . . Frosch, D. L. (2020). Frontline perspectives on physician burnout and strategies to improve well-being: Interviews with physicians and health system leaders. *Journal of General Internal Medicine*, 35(1), 261–267.
- Dippell, K., Brueckle, M.-S., Sennekamp, M., Wunder, A., Pauscher, L., Reißner, P., . . . Mergenthal, K. (2021). “A real eye opener”—development, implementation and evaluation of a seminar on interprofessional teamwork in GP specialty training. *GMS Journal for Medical Education*, 38(5).
- Dolovich, L. [L.], Pottie, K. [K.], Kaczorowski, J. [J.], Farrell, B. [B.], Austin, Z., Rodriguez, C., Sellors, C. [C.] (2008). Integrating Family Medicine and Pharmacy to Advance Primary Care Therapeutics. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 83(6), 913–917.
- Doran, T., Campbell, S., Fullwood, C., Kontopantelis, E., & Roland, M. (2010). Performance of small general practices under the UK's Quality and Outcomes Framework. *British Journal of General Practice*, 60(578), e335–e344.

- Doshmangir, L., Bazyar, M., Doshmangir, P., Mostafavi, H., & Takian, A. (2017). Infrastructures required for the expansion of family physician program to urban settings in Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 20(9).
- Drozdal, G., Shoucri, R., Macdonald, J., Radford, K., Pinto, A. D. [Andrew David], & Persaud, N. (2019). Integrating legal services with primary care: The Health Justice Program. *Canadian Family Physician*, 65(4), 246.
- Drummond, N., Abbott, K., Williamson, T., & Somji, B. (2012). Interprofessional primary care in academic family medicine clinics: Implications for education and training. *Canadian Family Physician*, 58(8), e450-e458.
- Duffy, S., Svenson, J., Chavez, A., Kelly, M., & Wise, P. (2019). Empowering Community Health Workers With Mobile Technology to Treat Diabetes. *The Annals of Family Medicine*, 17(2), 176.
- Earl, M. J. (1993). Experiences in strategic information systems planning. *MIS Quarterly*, 1–24.
- El-bar, N., Levy, A., Wald, H. S., & Biderman, A. (2013). Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area - a cross-sectional study. *Israel Journal of Health Policy Research*, 2(1), 31.
- Eley, D. S., Laurence, C., Cloninger, C. R., & Walters, L. (2015). Who attracts whom to rural general practice? Variation in temperament and character profiles of GP registrars across different vocational training pathways. *Rural and Remote Health*, 15(4), [82]-[96].
- Essuman, A., Lawson, H., Nortey, D., Gyakobo, M., Ofori-Amankwah, G., Ndanu, T. A., & Gold, K. J. (2017). Five years of family medicine undergraduate education in Ghana: A wake-up call! *Ghana Medical Journal*, 51(2), 50–55.
- Etzkowitz, H., & Klofsten, M. (2005). The innovating region: Toward a theory of knowledge-based regional development. *R&D Management*, 35(3), 243–255.
- Eubank, D., Geffken, D., Orzano, J., & Ricci, R. (2012). Teaching adaptive leadership to family medicine residents: What? Why? How? *Families, Systems, & Health*, 30(3), 241.
- Evans, D. B., Hsu, J., & Boerma, T. (2013). *Universal health coverage and universal access*. SciELO Public Health: SciELO Public Health, 91.
- Ezatabadi, M. R., Rashidian, A., Shariati, M., Foroushani, A. R., & Sari, A. A. (2016). Using conjoint analysis to elicit GPs' preferences for family physician contracts: A case study in Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(11).
- Feng, S., Cheng, A., Luo, Z., Xiao, Y., & Zhang, L. (2020). Effect of family doctor contract services on patient perceived quality of primary care in southern China. *BMC Family Practice*, 21(1), 1–11.
- Finfgeld-Connett, D. (2008). Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 196–204.
- Flum, E., Maagaard, R., Godycki-Cwirko, M., Scarborough, N., Scherpbier, N., Ledig, T., . . . Steinhäuser, J. (2015). Assessing family medicine trainees—what can we learn from the European neighbours? *GMS Zeitschrift Für Medizinische Ausbildung*, 32(2).
- Ford, F. A. (1999). *Modeling the environment: an introduction to system dynamics models of environmental systems*. Island press.
- Forrester, J. W. (1968). Industrial dynamics—after the first decade. *Management Science*, 14(7), 398–415.
- Fowler, I., & Gill, A. (2015). Leadership skills teaching in Yorkshire & the Humber—a survey: Uncovering, sharing, developing, embedding. *Education for Primary Care*, 26(5), 311–316.
- Freeman, T. R., Boisvert, L., Wong, E., Wetmore, S., & Maddocks, H. (2018). Comprehensive practice: Normative definition across 3 generations of alumni from a single family practice program, 1985 to 2012. *Canadian Family Physician*, 64(10), 750–759.
- The Future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community (2004). *The Annals of Family Medicine*, 2(suppl 1), S3-S32.

- Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Yang, Y., Wang, C., Liu, J., . . . Xu, H. (2019). Prevalence of burnout and associated factors among general practitioners in Hubei, China: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19(1), 1–9.
- Gaudet, A., Kelley, M. L., & Am Williams (2014). Understanding the distinct experience of rural interprofessional collaboration in developing palliative care programs. *Rural and Remote Health*, 14(2), [161]-[175].
- Gavagan, T. F., Du, H., Saver, B. G., Adams, G. J., Graham, D. M., McCray, R., & Goodrick, G. K. (2010). Effect of Financial Incentives on Improvement in Medical Quality Indicators for Primary Care. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(5), 622–631.
- Gerard, K., & Lattimer, V. (2005). Preferences of patients for emergency services available during usual GP surgery hours: A discrete choice experiment. *Family Practice*, 22(1), 28–36.
- Gharibi, F., & Dadgar, E. (2020). Pay-for-performance challenges in family physician program. *Malays Fam Physician*, 15(2), 19–29.
- Glasgow, R. E. (2006). RE-AIMing Research for Application: Ways to Improve Evidence for Family Medicine. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 19(1), 11–19.
- Goldman, J., Meuser, J., Rogers, J., Lawrie, L., & Reeves, S. (2010). Interprofessional collaboration in family health teams: An Ontario-based study. *Canadian Family Physician*, 56(10), e368-e374.
- Gopalakrishnan, S., & Ganeshkumar, P. (2013). Systematic reviews and meta-analysis: Understanding the best evidence in primary healthcare. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2(1), 9.
- Gray, B., & Orrock, P. (2014). Investigation into factors influencing roles, relationships, and referrals in integrative medicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20(5), 342–346.
- Gray, D., Hogg, W., Green, M. E., & Zhang, Y. [Yan] (2015). Did family physicians who opted into a new payment model receive an offer they should not refuse? Experimental evidence from Ontario. *Canadian Public Policy*, 41(2), 151–165.
- Grzybicki, D. M., Sullivan, P. J., Oppy, J. M., Bethke, A.-M., & Raab, S. S. (2002). The economic benefit for family/general medicine practices employing physician assistants. *The American Journal of Managed Care*, 8(7), 613–620.
- Hall, J., Cohen, D. J., Davis, M., Gunn, R., Blount, A., Pollack, D. A., Miller, B. F. (2015). Preparing the Workforce for Behavioral Health and Primary Care Integration. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 28(Supplement 1), S41-S51.
- Halladay, J. R., Stearns, S. C., Wroth, T., Spragens, L., Hofstetter, S., Zimmerman, S., & Sloane, P. D. (2009). Cost to Primary Care Practices of Responding to Payer Requests for Quality and Performance Data. *The Annals of Family Medicine*, 7(6), 495–503.
- Hamza, D. M., & Grierson, L. (2022). Monitoring the integrity and usability of policy evaluation tools within an evolving sociocultural context: A demonstration of reflexivity using the CFPC Family Medicine Longitudinal Survey. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 28(3), 468–474.
- Han, Q., Ji, M., Martinez de Rituerto de Troya, I., Gaur, M., & Zejnilovic, L. (2018). A Hybrid Recommender System for Patient-Doctor Matchmaking in Primary Care. In *2018 IEEE 5th International Conference on Data Science and Advanced Analytics (DSAA)*, 481–490.
- Handley, M. A., Shumway, M., & Schillinger, D. (2008). Cost-Effectiveness of Automated Telephone Self-Management Support With Nurse Care Management Among Patients With Diabetes. *The Annals of Family Medicine*, 6(6), 512–518.
- Harden, R. M., Crosby, J. R., & Davis, M. H. (1999). AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 1-An introduction to outcome-based education. *Medical Teacher*, 21, 7–14.
- Hirsh, D. A., Holmboe, E. S., & Cate, O. (2014). Time to trust: Longitudinal integrated clerkships and entrustable professional activities. *Academic Medicine*, 89(2), 201–204.
- Hodges, B., Inch, C., & Silver, I. (2001). Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians, 1950–2000: A review. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1579–1586.

- Hodgetts, G., Brown, G., Batić-Mujanović, O., Gavran, L., Jatić, Z., Račić, M., Birtwhistle, R. (2020). Twenty-five years on: Revisiting Bosnia and Herzegovina after implementation of a family medicine development program. *BMC Family Practice*, 21(1), 1–12.
- Hovmand, P. S. (2014). *Community based system dynamics*. Springer.
- Hudon, C., Fortin, M., Haggerty, J., Loignon, C., Lambert, M., & Poitras, M.-E. (2012). Patient-centered care in chronic disease management: A thematic analysis of the literature in family medicine. *Patient Education and Counseling*, 88(2), 170–176.
- Hughes, L. S., Tuggy, M., Pugno, P. A., Peterson, L. E., Brungardt, S. H., Hoekzema, G., Bazemore, A. (2015). Transforming training to build the family physician workforce our country needs. *Fam Med*, 47(8), 620–627.
- Hutchinson, P., Lance, P., Guilkey, D. K., Shahjahan, M., & Haque, S. (2006). Measuring the Cost-Effectiveness of a National Health Communication Program in Rural Bangladesh. *Journal of Health Communication*, 11(sup2), 91–121.
- Ie, K., Ichikawa, S., & Takemura, Y. C. (2015). Development of a questionnaire to measure primary care physicians' scope of practice. *BMC Family Practice*, 16(1), 1–9.
- Ifediora, C. O. (2016). Assessing the satisfaction levels among doctors who embark on after-hours home visits in Australia. *Family Practice*, 33(1), 82–88.
- Iglar, K., Whitehead, C., & Takahashi, S. G. (2013). Competency-based education in family medicine. *Medical Teacher*, 35(2), 115–119.
- (1997). *Improving information management in family practice: Testing an adult learning model*. American Medical Informatics Association: American Medical Informatics Association.
- Jabbari Beyrami, H., Doshmangir, L., Ahmadi, A., Asghari Jafarabadi, M., Khedmati Morasae, E., & Gordeev, V. S. (2019). Impact of rural Family Physician programme on maternal and child health indicators in Iran: An interrupted time series analysis. *Bmj Open*, 9(1), e021761.
- Jamieson, J. L., Kernahan, J., Calam, B., & Sivertz, K. S. (2013). One program, multiple training sites: Does site of family medicine training influence professional practice location? *Rural and Remote Health*, 13(4), [76]-[87].
- Jansen, K. L., & Rosenbaum, M. E. (2016). The state of communication education in family medicine residencies. *Fam Med*, 48(6), 445–451.
- Jenkins, L., Mash, B., & Dereese, A. (2012). Development of a portfolio of learning for postgraduate family medicine training in South Africa: A Delphi study. *BMC Family Practice*, 13(1), 1–10.
- Jones, W. A., Avant, R. F., Davis, N., Saultz, J., & Lyons, P. (2004). Task Force Report 3. Report of the Task Force on Continuous Personal, Professional, and Practice Development in Family Medicine. *The Annals of Family Medicine*, 2(suppl 1), S65-S74.
- Jorgenson, A., Juskevicius, L., Padoveze, M., & Price, L. (2022). The Consolidated Framework for Implementation Research: a reflection on researchers' experiences of its benefits and challenges and the lessons learnt from using it. *Nurse Researcher*, 30(1).
- Kaprielian, V. S., Silberberg, M., McDonald, M. A., Koo, D., Hull, S. K., Murphy, G., . . . Martinez-Bianchi, V. (2013). Teaching population health: A competency map approach to education. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(5), 626.
- Karsh, B.-T., Beasley, J. W., & Brown, R. L. (2010). Employed family physician satisfaction and commitment to their practice, work group, and health care organization. *Health Services Research*, 45(2), 457–475.
- Katz, B. J., & Needham, M. R. (2012). Bending the cost curve and increasing revenue: A family medicine model that works! *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 39(4), 671–681.
- Khanassov, V., & Vedel, I. (2016). Family physician–case manager collaboration and needs of patients with dementia and their caregivers: A systematic mixed studies review. *The Annals of Family Medicine*, 14(2), 166–177.
- Khatami, F., Shariati, M., & Motezarre, A. (2021). A compatible model of family medicine residency training in Iran. *Higher Education, Skills and Work-Based Learning*.

- Kim, J. G., Morris, C. G., & Heidrich, F. E. (2015). A Tool to Assess Family Medicine Residents' Patient Encounters Using Secure Messaging. *Journal of Graduate Medical Education*, 7(4), 649–653.
- Kindig, D., & Stoddart, G. (2003). What is population health? *American Journal of Public Health*, 93(3), 380–383.
- Kirk, M. A., Kelley, C., Yankey, N., Birken, S. A., Abadie, B., & Damschroder, L. (2015). A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implementation Science*, 11(1), 1–13.
- Kivlahan, C., Pellegrino, K., Grumbach, K., Skootsky, S. A., Raja, N., Gupta, R., & Todoki, E. (2017). Calculating primary care panel size. UC Center for Health Quality & Innovation/UC Primary Care Collaborative.
- Klemenc-Ketiš, Z., Kuhar, P., Kersnik, J., Burazeri, G., & Czabanowska, K. (2014). Self-assessment questionnaire for family doctors' assessment of quality improvement competencies: A cross-cultural adaptation in Slovenia. *Slovenian Journal of Public Health*, 53(1), 34–41.
- Knox, K. E., Lehmann, W., Vogelgesang, J., & Simpson, D. (2018). Community Health, Advocacy, and Managing Populations (CHAMP) longitudinal residency education and evaluation. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 5(1), 45.
- Kolozsvári, L. R., Orozco-Beltran, D., & Rurik, I. (2014). Do family physicians need more payment for working better? Financial incentives in primary care. *Atención Primaria*, 46(5), 261–266.
- Kralj, D., Konžar, M., & Tonković, S. (Ed.) (2014). *Quality assessment model of software for managing family medicine practice — Methodology and basic results*.
- Kreindler, S. A., Struthers, A., Metge, C. J., Charette, C., Harlos, K., Beaudin, P., Francois, J. (2019). Pushing for partnership: Physician engagement and resistance in primary care renewal. *Journal of Health Organization and Management*.
- Kroezen, M., Rajan, D., & Richardson, E. (2023). Strengthening primary care in Europe: How to increase the attractiveness of primary care for medical students and primary care physicians?
- Kuusio, H., Heponiemi, T., Sinervo, T., & Elovainio, M. (2010). Organizational commitment among general practitioners: A cross-sectional study of the role of psychosocial factors. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(2), 108–114.
- Kwan, B. M., Hamer, M. K., Bailey, A., Cebuhar, K., Conry, C., & Smith, P. C. (2022). Implementation and Qualitative Evaluation of a Primary Care Redesign Model with Expanded Scope of Work for Medical Assistants. *Journal of General Internal Medicine*, 1–9.
- Lacny, S., Zarrabi, M., Martin-Misener, R., Donald, F., Sketris, I., Murphy, A. L., Marshall, D. A. (2016). Cost-effectiveness of a nurse practitioner-family physician model of care in a nursing home: Controlled before and after study. *Journal of Advanced Nursing*, 72(9), 2138–2152.
- Larasati, T., Lipoeto, N. I., Mudjiran, Masrul, Hardisman, & Sutomo, A. H. (2020). "GENOGRAM Physician Involvement Model" New Approach for Indonesian Physician Involvement with Family. *Korean Journal of Family Medicine*, 41(5), 325–331.
- Larsen, K. R., Voronovich, Z. A., Cook, P. F., & Pedro, L. W. (2013). Addicted to constructs: science in reverse? *1360-0443*.
- Lee, L., Heckman, G., McKelvie, R., Jong, P., D'Elia, T., & Hillier, L. M. (2015). Physicians' perceptions of capacity building for managing chronic disease in seniors using integrated interprofessional care models. *Canadian Family Physician*, 61(3), e148–e157.
- Lennon, R. P., Oberhofer, A. L., McNair, V., & Keck, J. W. (2014). Curriculum changes to increase research in a family medicine residency program. *Fam Med*, 46(4), 294–298.
- Lenzen, S. A. [Stephanie A.], Daniëls, R., van Bokhoven, M. A. [Marloes A.], van der Weijden, T., & Beurskens, A. (2015). Setting goals in chronic care: Shared decision making as self-management support by the family physician. *European Journal of General Practice*, 21(2), 1–7.
- Lenzen, S. A. [Stephanie Anna], Daniëls, R., van Bokhoven, M. A. [Marloes Amantia], van der Weijden, T., & Beurskens, A. (2017). Disentangling self-management goal setting and action planning: A scoping review. *PLOS ONE*, 12(11), e0188822.

- Leuthold, M. S., Schwarz, J., Marti, J., Perraudin, C., Hudon, C., Peytremann-Bridevaux, I., . . . Cohidon, C. (2020). Protocol for an implementation and realist evaluation of a new organisational model for primary care practices in the canton of Vaud, Switzerland. *Bmj Open*, *10*(12), e040154.
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, *12*, 1–9.
- Lin, C., Zheng, J., Shivakumar, V., Schillinger, E., Rydel, T. A., & Montacute, T. (2021). Entice With Procedures, Inspire With Primary Care: A Preclerkship Pipeline Course. *PRiMER: Peer-Review Reports in Medical Education Research*, *5*.
- Liu, S., Wang, L. [Luan], Zhang, T., Liu, C. [Chengjun], Liang, H., Zhang, Y. [Yimin], & Guo, D. (2019). Factors affecting the work competency and stability of family doctors in Shanghai: A tracking study. *BMC Family Practice*, *20*(1), 1–11.
- Lorenzi, N. M., Kouroubali, A., Detmer, D. E., & Bloomrosen, M. (2009). How to successfully select and implement electronic health records (EHR) in small ambulatory practice settings. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *9*(1), 1–13.
- Loskutova, N. Y., Tsai, A. G., Fisher, E. B., LaCruz, D. M., Cherrington, A. L., Harrington, T. M., Pace, W. D. (2016). Patient Navigators Connecting Patients to Community Resources to Improve Diabetes Outcomes. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, *29*(1), 78–89.
- Love, M. M., Pearce, K. A., Williamson, M. A., Barron, M. A., & Shelton, B. J. (2006). Patients, Practices, and Relationships: Challenges and Lessons Learned from the Kentucky Ambulatory Network (KAN) CaRESS Clinical Trial. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, *19*(1), 75–84.
- Ludwick, D. A., & Doucette, J. (2009). Adopting electronic medical records in primary care: Lessons learned from health information systems implementation experience in seven countries. *International Journal of Medical Informatics*, *78*(1), 22–31.
- Mahtani, R., Kurahashi, A. M., Buchman, S., Webster, F., Husain, A., & Goldman, R. [Russell] (2015). Are family medicine residents adequately trained to deliver palliative care? *Canadian Family Physician*, *61*(12), e577–e582.
- Makaroff, L. A., Xierali, I. M., Petterson, S. M., Shipman, S. A., Puffer, J. C., & Bazemore, A. W. (2014). Factors influencing family physicians' contribution to the child health care workforce. *The Annals of Family Medicine*, *12*(5), 427–431.
- Manca, D. P., Greiver, M., Carroll, J. C., Salvalaggio, G., Cave, A., Rogers, J., . . . Bible, S. (2014). Finding a BETTER way: A qualitative study exploring the prevention practitioner intervention to improve chronic disease prevention and screening in family practice. *BMC Family Practice*, *15*(1), 1–10.
- Marshall, E. G., Clarke, B., Peddle, S., & Jensen, J. (2015). Care by design: New model of coordinated on-site primary and acute care in long-term care facilities. *Canadian Family Physician*, *61*(3), e129–e134.
- Martin, C. M. (2007). Chronic disease and illness care. *Adding Principles of Family Medicine to Address Ongoing Health System Redesign*, *53*(12), 2086–2091.
- Martínez, R. S., & Kuri, C. M. B. (2011). Analysis And Measurement Of The Impact Of Information Technology Investments On Performance In Mexican Companies: Development Of A Model To Manage The Processes, Projects And Information Technology Infrastructure And Its Impact On Profitability. *International Business & Economics Research Journal (IBER)*, *6*(10).
- Mash, R. J., Villiers, M. R., Moodley, K., & Nachege, J. B. (2014). Guiding the development of family medicine training in Africa through collaboration with the Medical Education Partnership Initiative. *Academic Medicine*, *89*(8), S73–S77.
- Masic, I. [I.] (2008). E-learning as new method of medical education. *Acta Inform Med*, *16*(2), 102–117.
- Masic, I. [Izet], Miokovic, M., & Muhamedagic, B. (2008). Evidence based medicine—new approaches and challenges. *Acta Informatica Medica*, *16*(4), 219.

- Mc Hugh, S., O'Mullane, M., Perry, I. J., & Bradley, C. (2013). Barriers to, and facilitators in, introducing integrated diabetes care in Ireland: A qualitative study of views in general practice. *Bmj Open*, 3(8), e003217.
- McDonald, R., & Roland, M. (2009). Pay for Performance in Primary Care in England and California: Comparison of Unintended Consequences. *The Annals of Family Medicine*, 7(2), 121–127.
- McEwen, L. A. [Laura A.], Griffiths, J., & Schultz, K. (2015). Developing and successfully implementing a competency-based portfolio assessment system in a postgraduate family medicine residency program. *Academic Medicine*, 90(11), 1515–1526.
- Mehrolohasani, M. H., Jahromi, V. K., Dehnavieh, R., & Iranmanesh, M. (2021). Underlying factors and challenges of implementing the urban family physician program in Iran. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1336.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61–89.
- Mitchell, G. K., Senior, H. E., Rhee, J. J., Ware, R. S., Young, S., Teo, P. C. K., Clayton, J. M. (2018). Using intuition or a formal palliative care needs assessment screening process in general practice to predict death within 12 months: A randomised controlled trial. *Palliative Medicine*, 32(2), 384–394.
- Mitra, G., Gowans, M., Wright, B., Brenneis, F., & Scott, I. (2018). Predictors of rural family medicine practice in Canada. *Canadian Family Physician*, 64(8), 588–596.
- Mohd Hanafiah, A. N., Johari, M. Z., & Azam, S. (2020). A qualitative study on the implementation of family health team: the perspectives of providers and patients. *BMC Family Practice*, 21(1), 1–11.
- Mohebbifar, R., Akbarirad, F., Ranjbar, M., & Rafiei, S. (2019). What do Iranian general practitioners expect from family physician contracts? *Family Medicine and Community Health*, 7(3).
- Moosa, S., Mash, B., Derese, A., & Peersman, W. (2014). The views of key leaders in South Africa on implementation of family medicine: Critical role in the district health system. *BMC Family Practice*, 15(1), 1–7.
- Mui, E., Pham, T.-N. T., & McMurren, C. E. (2018). Family medicine training in housecalls: Survey of residency program directors across Canada. *Canadian Family Physician*, 64(11), e498-e506.
- Muldoon, L., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Russell, G., & Shortt, M. (2010). Community orientation in primary care practices. *Results from the Comparison of Models of Primary Health Care in Ontario Study*, 56(7), 676–683.
- Murray, M., Davies, M., & Boushon, B. (2007). Panel size: how many patients can one doctor manage?. *Family practice management*, 14(4), 44.
- Ngangué, P., Brown, J. B., Forgues, C., Ahmed, M. A. A., Nguyen, T. N., Sasseville, M. [Maxime], . . . Fortin, M. (2021). Evaluating the implementation of interdisciplinary patient-centred care intervention for people with multimorbidity in primary care: A qualitative study. *Bmj Open*, 11(9), e046914.
- Ni, Z., Wang, X. [Xiaohe], Zhou, S., & Zhang, T. (2020). Development of competency model for family physicians against the background of 'internet plus healthcare' in China: A mixed methods study. *Human Resources for Health*, 18(1), 1–13.
- Nickell, L. A., Tracy, C. S., Bell, S. H., & Upshur, R. E. G. (2020). Effect of an innovative model of complexity care on family caregiver experience: Qualitative study in family practice. *Canadian Family Physician*, 66(3), 194–200.
- Noble, J., Bithoney, W., Macdonald, P., Thane, M., Dickinson, J., Guyatt, G., . . . Witzburg, R. (1994). The core content of a generalist curriculum for general internal medicine, family practice, and pediatrics. *Journal of General Internal Medicine*, 9(1), S31-S42.
- Noblit, G., & Hare, R. (1988). *Meta-Ethnography*. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States of America: SAGE Publications, Inc.
- Nothnagle, M., Goldman, R. [Roberta], Quirk, M., & Reis, S. (2010). Promoting self-directed learning skills in residency: A case study in program development. *Academic Medicine*, 85(12), 1874–1879.



- Oandasan, I. F., Archibald, D., Authier, L., Lawrence, K., McEwen, L. A. [Laura April], Mackay, M. P., . . . Slade, S. (2018). Future practice of comprehensive care: Practice intentions of exiting family medicine residents in Canada. *Canadian Family Physician*, 64(7), 520–528.
- Organek, A. J., Tannenbaum, D., Kerr, J., Konkin, J., Parsons, E., Saucier, D., Walsh, A. (2012). Redesigning Family Medicine Residency in Canada. *Family Medicine*, 44(2), 90–97.
- Orynassarova, D. (2015). Family Medicine as a Model of Primary Health Services Delivery: A Pilot Study in Almaty, Kazakhstan. *Central Asian Journal of Global Health*, 4(1), 209.
- Osborn, R., Moulds, D., Schneider, E. C., Doty, M. M., Squires, D., & Sarnak, D. O. (2015). Primary care physicians in ten countries report challenges caring for patients with complex health needs. *Health Affairs*, 34(12), 2104–2112.
- Paige, N. M., Apaydin, E. A., Goldhaber-Fiebert, J. D., Mak, S., Mlake-Lye, I. M., Begashaw, M. M., & Shekelle, P. G. (2020). What is the optimal primary care panel size? A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 172(3), 195–201.
- Pan, X., Dib, H. H., Wang, X. [Xiaohang], & Zhang, H. (2006). Service utilization in community health centers in China: A comparison analysis with local hospitals. *BMC Health Services Research*, 6(1), 1–8.
- Paré, G., Raymond, L., Guinea, A. O., Poba-Nzaou, P., Trudel, M.-C., Marsan, J., & Micheneau, T. (2014). Barriers to organizational adoption of EMR systems in family physician practices: A mixed-methods study in Canada. *International Journal of Medical Informatics*, 83(8), 548–558.
- Park, Y. S., Hamstra, S. J., Yamazaki, K., & Holmboe, E. (2021). Longitudinal Reliability of Milestones-Based Learning Trajectories in Family Medicine Residents. *JAMA Network Open*, 4(12), e2137179–e2137179.
- Pati, S. [Sanghamitra], Sharma, A., Pati, S. [Sandipana], & Zodpey, S. (2015). Family medicine education in India: A panoramic view. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(4), 495.
- Pedersen, K., Pedersen, D. M., Shrestha, R. P., & Spackman, J. (2015). Human Resources for Health: A Needs Assessment of the Nepal Health Assistant–A Physician Assistant Analogue? *The Journal of Physician Assistant Education*, 26(1), 53–57.
- Perreault, K., Pineault, R., Da Silva, R. B., Provost, S., & Feldman, D. E. (2017). What can organizations do to improve family physicians' interprofessional collaboration? Results of a survey of primary care in Quebec. *Canadian Family Physician*, 63(9), e381–e388.
- Peters, A., Laffel, L., & the American Diabetes Association Transitions Working, G. (2011). Diabetes Care for Emerging Adults: Recommendations for Transition From Pediatric to Adult Diabetes Care Systems. *Diabetes Care*, 34(11), 2477–2485.
- Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A., & Tran, N. (2013). Implementation research: what it is and how to do it. *Bmj*, 347.
- Phillips, R. L., Brungardt, S., Lesko, S. E., Kittle, N., Marker, J. E., Tuggy, M. L., . . . Krug, N. (2014). The Future Role of the Family Physician in the United States: A Rigorous Exercise in Definition. *The Annals of Family Medicine*, 12(3), 250–255.
- Philpott, J., Cornelison, B., Derbew, M., Haq, C., Kvach, E., Mekasha, A., Wilson, L. (2014). The dawn of family medicine in Ethiopia. *Fam Med*, 46(9), 685–690.
- Pinto, A. D. [Andrew D.], & Bloch, G. (2017). Framework for building primary care capacity to address the social determinants of health. *Canadian Family Physician*, 63(11), e476–e482.
- Pogue, B. W., Zhang, R., & Gladstone, D. J. (2021). A roadmap for research in medical physics via academic medical centers: The DIVERT Model. *Medical Physics*, 48(6), 3151–3159.
- Pottie, K. [Kevin], Haydt, S., Farrell, B. [Barbara], Dolovich, L. [Lisa], Sellors, C. [Connie], & Hogg, W. (2008). Narrative Reports to Monitor and Evaluate the Integration of Pharmacists Into Family Practice Settings. *The Annals of Family Medicine*, 6(2), 161–165.
- Potworowski, G., & Green, L. A. [Lee A.] (2016). Training change agents in CTA to bring health care transformation to scale: The case of primary care practice facilitators. *Journal of Cognitive Engineering and Decision Making*, 10(4), 328–349.

- Pritchard, D. E., Moeckel, F., Villa, M. S., Housman, L. T., McCarty, C. A., & McLeod, H. L. (2017). Strategies for integrating personalized medicine into healthcare practice. *Personalized Medicine, 14*(2), 141–152.
- Qiao Ting Low, C., Toh, Y. L., Teo, S. W. A., Toh, Y. P., & Krishna, L. (2018). A narrative review of mentoring programmes in general practice. *Education for Primary Care, 29*(5), 259–267.
- Quah, E., & Neo, B. S. (2015). Evolving the governance of public healthcare institutions: A continuous improvement journey. In *Singapore's Health Care System: What 50 Years Have Achieved* (pp. 57–74). World Scientific Publishing Singapore.
- Raffoul, M., Moore, M., Kamerow, D., & Bazemore, A. (2016). A primary care panel size of 2500 is neither accurate nor reasonable. *The Journal of the American Board of Family Medicine, 29*(4), 496–499.
- Reiss-Brennan, B., Brunisholz, K. D., Dredge, C., Briot, P., Grazier, K., Wilcox, A., . . . James, B. (2016). Association of integrated team-based care with health care quality, utilization, and cost. *Jama, 316*(8), 826–834.
- Reitz, R., Sudano, L., Siler, A., & Trimble, K. (2016). Balancing the Roles of a Family Medicine Residency Faculty. *Family Medicine, 48*(5), 359–365.
- Riley, M., Patterson, V., Lane, J. C., Won, K. M., & Ranalli, L. (2018). The adolescent champion model: Primary care becomes Adolescent-Centered via targeted quality improvement. *The Journal of Pediatrics, 193*, 229–236. e1.
- Robins, L. S., Jackson, J. E., Green, B. B., Korngiebel, D., Force, R. W., & Baldwin, L.-M. (2013). Barriers and Facilitators to Evidence-based Blood Pressure Control in Community Practice. *The Journal of the American Board of Family Medicine, 26*(5), 539–557.
- Rost, K., Pyne, J. M., Dickinson, L. M., & LoSasso, A. T. (2005). Cost-Effectiveness of Enhancing Primary Care Depression Management on an Ongoing Basis. *The Annals of Family Medicine, 3*(1), 7–14.
- Rourke, J. T. B., Incitti, F., Rourke, L. L., & Kennard, M. (2003). Keeping family physicians in rural practice. Solutions favoured by rural physicians and family medicine residents. *Canadian Family Physician, 49*(9), 1142–1149.
- Roy, A., Breton, M., & Loslier, J. (2016). Providing continuity of care to a specific population: Attracting new family physicians. *Canadian Family Physician, 62*(5), e256–e262.
- Roy, B., Castiglioni, A., Kraemer, R. R., Salanitro, A. H., Willett, L. L., Shewchuk, R. M., Centor, R. M. (2012). Using cognitive mapping to define key domains for successful attending rounds. *Journal of General Internal Medicine, 27*(11), 1492–1498.
- Roy, P., Kumar, R., Aggarwal, P., Vhora, R. S., Gupta, M., Boobna, V., Kumar, S. (2020). Framework for development of urgent care services towards strengthening primary healthcare in India—Joint position paper by the Academy of Family Physician of India and the Academic College of Emergency Experts. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 9*(4), 1801.
- Saigi-Rubió, F., Jiménez-Zarco, A., & Torrent-Sellens, J. (2016). Determinants of the intention to use telemedicine: Evidence from primary care physicians. *International Journal of Technology Assessment in Health Care, 32*(1-2), 29–36.
- Sam, J. J., Heathcote, E. J., Wong, D. K. H., Wooster, D. L., & Shah, H. (2011). Hepatitis B learning needs assessment of family medicine trainees in Canada: Results of a nationwide survey. *Canadian Journal of Gastroenterology, 25*(3), 127–134.
- Sandelowski, M., & Barroso, J. (2007). *Handbook for synthesizing qualitative research*. New York, London: Springer.
- Sandelowski, M., Docherty, S., & Emden, C. (1997). Qualitative metasynthesis: Issues and techniques. *Research in Nursing & Health, 20*(4), 365–371.
- Sargeant, J., Macleod, T., Sinclair, D., & Power, M. (2011). How do physicians assess their family physician colleagues' performance? Creating a rubric to inform assessment and feedback. *Journal of Continuing Education in the Health Professions, 31*(2), 87–94.

- Sargent, L., McCullough, A., Del Mar, C., & Lowe, J. (2017). Using theory to explore facilitators and barriers to delayed prescribing in Australia: A qualitative study using the theoretical domains framework and the behaviour change wheel. *BMC Family Practice, 18*(1), 1–14.
- Saultz, J. W., Jones, S. M., McDaniel, S. H., Bagley, B., McCormally, T., Marker, J. E., Green, L. A. [Larry A.] (2015). A new foundation for the delivery and financing of American health care. *Fam Med, 47*(8), 612–619.
- Schrijvers, G., van Hoorn, A., & Huiskes, N. (2012). The care pathway: Concepts and theories: An introduction. *International Journal of Integrated Care, 12*(Spec Ed Integrated Care Pathways), e192.
- Schultz, K., & Griffiths, J. (2016). Implementing Competency-Based Medical Education in a Postgraduate Family Medicine Residency Training Program: A Stepwise Approach, Facilitating Factors, and Processes or Steps That Would Have Been Helpful. *Academic Medicine, 91*(5), 685–689.
- Schuwirth, L., Valentine, N. [Nyoli], & Dilena, P. (2017). An application of programmatic assessment for learning (PAL) system for general practice training. *GMS Journal for Medical Education, 34*(5).
- Scott, I., Gowans, M., Wright, B., Brenneis, F., Banner, S., & Boone, J. (2011). Determinants of choosing a career in family medicine. *Canadian Medical Association Journal, 183*(1), E1–E8.
- Segal, S. P., Silverman, C., & Temkin, T. (1995). Measuring empowerment in client-run self-help agencies. *Community Mental Health Journal, 31*(3), 215–227.
- Serenko, A. (2013). Meta-analysis of scientometric research of knowledge management: Discovering the identity of the discipline. *Journal of Knowledge Management, 17*(5), 773–812.
- Shan, L., Li, Y., Ding, D., Wu, Q., Liu, C. [Chaojie], Jiao, M., . . . Ren, J. (2016). Patient Satisfaction with Hospital Inpatient Care: Effects of Trust, Medical Insurance and Perceived Quality of Care. *PLOS ONE, 11*(10), e0164366.
- Shang, X., Huang, Y., Li, B., Yang, Q., Zhao, Y., Wang, W., . . . Qiu, Y. (2019). Residents' awareness of family doctor contract services, status of contract with a family doctor, and contract service needs in Zhejiang Province, China: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(18), 3312.
- Shi, T., & Gill, R. (2005). Developing effective policies for the sustainable development of ecological agriculture in China: the case study of Jinshan County with a systems dynamics model. *Ecological Economics, 53*(2), 223–246.
- Shiner, A., Watson, J., Doohan, N., & Howe, A. (2020). Learning or leaving? An international qualitative study of factors affecting the resilience of female family doctors. *BJGP Open, 4*(1).
- Skye, E. P., Wimsatt, L. A., Master-Hunter, T. A., & Locke, A. B. (2011). Developing online learning modules in a family medicine residency. *Family Medicine-Kansas City, 43*(3), 185.
- Spagnolo, J., Breton, M., Sasseville, M. [Martin], Sauv , C., Clément, J.-F., Fleet, R., Beaus jour, M. (2021). Exploring the implementation and underlying mechanisms of centralized referral systems to access specialized health services in Quebec. *BMC Health Services Research, 21*(1), 1345.
- Sparkes, S. P., Atun, R., & B rnighausen, T. (2019). The impact of the Family Medicine Model on patient satisfaction in Turkey: Panel analysis with province fixed effects. *PLOS ONE, 14*(1), e0210563.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly, 83*(3), 457–502.
- Steffen, B. (2016). *Inter- & Intradepartmental knowledge management barriers when offering single unit solutions*. University of Twente.
- Sterman, J. D. (2000). *Business dynamics: Systems thinking and modeling for a complex world*. Boston: McGraw-Hill.
- Tan, N. C., Tan, Y. T., & Kin, P. T. (2013). Research consultation clinic: Impetus towards facilitating primary care research. *Asia Pacific Family Medicine, 12*(1), 1–7.

- Tang, P. C., Ash, J. S., Bates, D. W., Overhage, J. M., & Sands, D. Z. (2006). Personal Health Records: Definitions, Benefits, and Strategies for Overcoming Barriers to Adoption. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13(2), 121–126.
- Tegegne, W. A., Moyle, B. D., & Becken, S. (2018). A qualitative system dynamics approach to understanding destination image. *Journal of Destination Marketing & Management*, 8, 14–22.
- Thompson, M. L. (1997). Characteristics of information resources preferred by primary care physicians. *Bulletin of the Medical Library Association*, 85(2), 187.
- Torbeck, L., & Wrightson, A. S. (2005). A Method for Defining Competency-Based Promotion Criteria for Family Medicine Residents. *Academic Medicine*, 80(9).
- Trowbridge, E., Bartels, C. M., Koslov, S., Kamnetz, S., & Pandhi, N. (2015). Development and impact of a novel academic primary care compensation model. *Journal of General Internal Medicine*, 30(12), 1865–1870.
- Turner, P. (2017). *Talent management in healthcare: Exploring how the world's health service organisations attract, manage and develop talent*. Springer.
- Van der Weijden, T., Post, H., Brand, P. L. P., van Veenendaal, H., Drenthen, T., van Mierlo, L. A. J., Stiggelbout, A. (2017). Shared decision making, a buzz-word in the Netherlands, the pace quickens towards nationwide implementation... *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 123, 69–74.
- Vennix, J. A. M. (1996). *Group model building: Facilitating team learning using system dynamics*. Chichester: John Wiley.
- Vennix, J. am (1999). Group model-building: tackling messy problems. *System Dynamics Review: The Journal of the System Dynamics Society*, 15(4), 379–401.
- Walker, S., Mason, A. R., Claxton, K., Cookson, R., Fenwick, E., Fleetcroft, R., & Sculpher, M. (2010). Value for money and the Quality and Outcomes Framework in primary care in the UK NHS. *British Journal of General Practice*, 60(574), e213-e220.
- Wang, Y., Kung, L., & Byrd, T. A. (2018). Big data analytics: Understanding its capabilities and potential benefits for healthcare organizations. *Technological Forecasting and Social Change*, 126, 3–13.
- Wearne, S., Greenhill, J., Berryman, C., Sweet, L., & Tietz, L. (2011). An online course in clinical education: Experiences of Australian clinicians. *Australian Family Physician*, 40(12), 1000–1003.
- Wearne, S. M., Dornan, T., Teunissen, P. W., & Skinner, T. (2015). Supervisor continuity or co-location: Which matters in residency education? Findings from a qualitative study of remote supervisor family physicians in Australia and Canada. *Academic Medicine*, 90(4), 525–531.
- Webster, F., Krueger, P., MacDonald, H., Archibald, D., Telner, D., Bytautas, J., & Whitehead, C. (2015). A scoping review of medical education research in family medicine. *BMC Medical Education*, 15(1), 1–6.
- Wetmore, S., Boisvert, L., Graham, E., Hall, S., Hartley, T., Wright, L., Pawelec-Brzywczy, A. (2014). Patient satisfaction with access and continuity of care in a multidisciplinary academic family medicine clinic. *Canadian Family Physician*, 60(4), e230-e236.
- Wexler, R., Hefner, J. L., Sieck, C., Taylor, C. A., Lehman, J., Panchal, A. R., . . . McAlearney, A. S. (2015). Connecting Emergency Department Patients to Primary Care. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 28(6), 722–732.
- WHO (1995). *Making medical practice and education more relevant to people's needs: The contribution of the family doctor*.
- WHO (Ed.) (2003). *Family medicine: report of a regional scientific working group meeting on core curriculum*.
- WHO (2008). *Primary Health Care Now More Than Ever*, The World Health Report 2008.
- WHO (2017). *WHO community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services*.
- WHO (2020). *Community engagement: A health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people*.

- WHO (2021). *Towards eliminating avoidable harm in health care: Draft global patient safety action plan* (pp. 2021–2030).
- Wilson, M. M., Devasahayam, A. J., Pollock, N. J., Dubrowski, A., & Renouf, T. (2021). Rural family physician perspectives on communication with urban specialists: A qualitative study. *Bmj Open*, *11*(5), e043470.
- Witkin, B. R., Altschuld, J. W., & Altschuld, J. (1995). *Planning and conducting needs assessments: A practical guide*. Sage.
- Wong, E., & Stewart, M. (2010). Predicting the scope of practice of family physicians. *Canadian Family Physician*, *56*(6), e219-e225.
- Yazdani, S., & Akbarilakeh, M. (2017). Which health cares are related to the family physician? A critical interpretive synthesis of literature. *Iranian Journal of Public Health*, *46*(5), 585.
- Yin, D., Yin, T., Yang, H., Wang, L. [Lihong], & Chen, B. (2020). Model to assess workload of village doctors in the National Essential Public Health Services Program in six provinces of China. *BMC Health Services Research*, *20*(1), 1–9.
- Yuan, S., Wang, F. [Fang], Li, X., Jia, M., & Tian, M. (2019). Facilitators and barriers to implement the family doctor contracting services in China: Findings from a qualitative study. *Bmj Open*, *9*(10), e032444.
- Zelko, E., Selic, P., & Malacic, S. (2017). Palliative care: A cross sectional study focused on different capacity building programmes evaluated through self-rated knowledge and efficiency in family medicine tutors. *Materia Socio-Medica*, *29*(2), 114.
- Zhou, H., Zhang, S., Zhang, W., Wang, F. [Fugang], Zhong, Y., Gu, L., . . . Tian, D. (2015). Evaluation and mechanism for outcomes exploration of providing public health care in contract service in Rural China: A multiple-case study with complex adaptive systems design. *BMC Public Health*, *15*(1), 1–12.
- Zimmer, L. (2006). Qualitative meta-synthesis: A question of dialoguing with texts. *Journal of Advanced Nursing*, *53*(3), 311–318.

پیوست ۱ - پروتکل مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته فاز اجرا پژوهی

- معرفی مصاحبه‌کننده‌ها
- معرفی اهداف پژوهش
- تبیین هدف مصاحبه و محور کلی: در این فاز، اجرا پژوهی نسخه‌های ۰۱ و ۰۲ پزشکی خانواده دنبال می‌شود. پس از بررسی و تحلیل گزارش‌ها و اسناد ارزشیابی این نسخه‌ها که تاکنون منتشر شده، در این مصاحبه به‌طور خاص موارد زیر مدنظر است:
 - مسئله‌شناسی و آسیب‌شناسی اجرای نسخه‌های پزشکی خانواده
 - شناسایی علل و پیامدهای این مسائل (روابط بین مسائل)
- سؤالات و محورهای مصاحبه [به تناسب مصاحبه‌شونده و فضای مصاحبه منتخبی از سؤالات زیر مطرح خواهد شد]

محیط بیرونی

- تطبیق‌پذیری
 - منابع اختصاص یافته به این برنامه، چقدر منجر به رفع نیاز سلامتی عموم مردم شده است؟ آیا این تخصیص منابع، متناسب با اولویت‌های بهداشتی-درمانی صورت گرفته است؟
 - چقدر در طراحی بسته‌های سلامت و خدمات به طور دقیق به ساختارهای جمعیتی و نیازهای سلامت منطقه‌ای دقت شده است؟ در اجرا چه وضعیتی دارند؟
- ارتباطات بین‌بخشی
 - ☑ مهم‌ترین چالش‌های بیمه‌ای در اجرای طرح پزشکی خانواده چیست؟ (مستندسازی، کسورات، شفافیت قوانین و...)، چه نقایصی از بیمه اثر قابل توجهی بر پزشکی خانواده خواهد گذاشت؟ ریشه این مشکلات چیست؟ چه پیامدهایی داشته؟
 - ☑ همکاری بین وزارت بهداشت با سایر نهادها که هرکدام به نوعی در زمینه تأمین و ارتقای سلامت مردم دخیل هستند، در راستای تدوین و اجرای طرح پزشکی خانواده به چه صورت بوده است؟ علل ضعف‌ها چیست؟ (استاندارد، آموزش و پرورش، وزارت رفاه، صداوسیما و...)
- فشار رقبا



- ✓ ذی‌نفعان مخالف اجرای طرح پزشکی خانواده چه کسانی هستند؟ مهم‌ترین استدلال مخالفان اجرای طرح پزشکی خانواده چیست؟
- ✓ بخش خصوصی به چه صورت و تا چه میزان باعث عدم استقبال پزشکان خصوصی از طرح شد؟ به طور کلی نظر شما راجع به ورود بخش خصوصی به اجرای طرح پزشکی خانواده چیست؟
- ✓ آیا سازوکاری جهت مقابله با تعارض منافع و یا بروز فساد در طرح پزشکی خانواده برنامه‌ریزی شده‌است؟ در عمل و اجرا چقدر محقق شده‌است؟ (مثال: پزشک خانواده دارای مطب خصوصی، و یا اشتغال هم‌زمان در بخش خصوصی و دولتی و...)

محیط درونی

- ویژگی‌های ساختاری
 - ✓ تعهد و عزم سیاسی وزارت بهداشت در اجرای طرح پزشکی خانواده را چطور ارزیابی می‌کنید؟ چه موانعی در این راستا وجود داشته است؟
 - ✓ با توجه به اهمیت نظام ارجاع در عملکرد طرح پزشکی خانواده؛ نحوه اجرای آن را چطور ارزیابی می‌کنید؟ به نظر شما همکاری پزشکان متخصص در اجرای طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع، چه وضعیت داشته است؟ چرا؟
- مشوق‌ها و جریمه‌ها
 - ✓ جهت تسهیل اجرای پزشکی خانواده، چه مشوق‌هایی وجود داشته‌است (مشوق‌های گروه‌های مختلف ذینفعان اعم از پزشک خانواده، تیم ارائه‌کننده، مردم، بیمه‌ها و...)? در عمل چقدر تاثیر داشته‌است؟
 - ✓ با توجه به تکلیف قانونی وزارت بهداشت در اجرای پزشکی خانواده، ضمانت‌های اجرایی پایلوت‌ها چه بوده‌است؟ وزارت بهداشت چقدر در اجرای سیاست‌ها و سازوکارهای تنبیهی موفق عمل کرده؟ چرا؟
- منابع در دسترس
 - ✓ به نظر شما «منابع مالی» پایدار جهت پیش‌برد طرح پزشکی خانواده در نظر گرفته شده‌است؟ این طرح از نظر منابع مالی چه وضعیتی دارد؟
 - ✓ تامین منابع انسانی مورد نیاز اجرای طرح پزشکی خانواده چه وضعیت داشته‌است؟ آیا تعداد فعلی ارائه‌کنندگان خدمت، جهت رسیدن طرح پزشکی خانواده به اهداف خود، کافی بوده‌است؟ در صورت کمبود نیروی انسانی، چه پیامدهایی برای طرح داشته‌است؟

- ✓ زیرساخت‌های فیزیکی موجود جهت اجرای طرح پزشکی خانواده را چطور ارزیابی می‌کنید؟ (از جمله امکانات محل ارائه خدمت، برق و سایر تأسیسات و...)، سیستم‌های فناوری اطلاعات مورد استفاده در طرح پزشکی خانواده را چطور ارزیابی می‌کنید؟ با چه مسائلی روبرو بوده‌است؟

ذینفعان

- ادراک ذینفعان
 - ✓ به نظر شما دریافت‌کنندگان خدمات و مردم، تا چه میزان از خدمات، سازوکارها و فواید طرح پزشکی خانواده مطلع هستند؟
 - ✓ میزان «رضایت» دریافت‌کنندگان خدمات در مناطق پایلوت‌ها، از خدمات طرح پزشکی خانواده، را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ (خصوصاً از نظر کیفیت خدمات، دسترسی به خدمات و...)
- تعهد سازمانی
 - ✓ تا چه میزان نگاه سیاست‌گذاران طرح پزشکی خانواده با نگاه صف نظام سلامت (ارائه‌کنندگان خدمات) همسو است؟ آیا در سطوح مختلف تصمیم‌گیری، رویکردها پشتیبان هم هستند یا خیر؟ چرا؟
- شایستگی‌های شغلی
 - ✓ صلاحیت دانشی ارائه‌کنندگان خدمات طرح پزشکی خانواده را متناسب با اهداف این طرح، چطور ارزیابی می‌کنید؟ چرا؟ پیامدهای احتمالی چه بوده‌است؟
 - ✓ کیفیت آموزش ارائه‌کنندگان خدمات در طرح پزشکی خانواده را چطور ارزیابی می‌کنید؟ (برنامه آموزشی، سرفصل‌های آموزشی، امکانات آموزشی و...) چه پیامدهایی داشته‌است؟

فرایند اجرا

- آموزش و اطلاع‌رسانی
 - ✓ برنامه‌های رسانه‌ای جهت معرفی طرح و اقناع جامعه در راستای استفاده از خدمات طرح پزشکی خانواده را چطور ارزیابی می‌کنید؟ علل کاستی‌ها چه بوده‌است؟
- بازخورد و ارزیابی
 - ✓ سازوکارهای ارزیابی، نظارت و بازخورد این طرح، تا چه میزان اجرایی شده‌است؟ مسائل موجود در زمینه نظارت چیست؟



- طراحی فرایند

✓ به طور کلی فرایند اجرای پزشکی خانواده در پایلوت‌ها آیا با تغییرات تدریجی و میان‌مدت همراه بوده یا ناگهانی و کوتاه‌مدت؟ سرعت (کم یا زیاد) تغییرات چه مسائلی در پی داشته‌است؟

- جلب مشارکت

✓ سازوکارهای همراه‌سازی و جلب مشارکت ارائه‌کنندگان خدمات حاضر در طرح را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ راه‌حل‌های کاهش مقاومت در برابر تغییرات چه بوده و در عمل چقدر محقق شده؟

ویژگی‌های مداخله

- پیچیدگی و تطبیق‌پذیری

✓ با توجه به سابقه اجرای پایلوت‌ها، توجه به ویژگی‌های بومی - اعم از فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی هر منطقه - جهت تعمیم طرح پزشکی خانواده به سایر نقاط کشور (خارج از پایلوت‌ها)، چه وضعیتی دارد؟ با چه مسائلی روبروست؟

- هزینه

✓ اجرای پایلوت‌های پزشکی خانواده چقدر منجر به کاهش «پرداخت از جیب» شده‌است؟ به طور کلان‌تر، چقدر هزینه‌های نظام سلامت را با توجه به منابع محدود، کاهش داده‌است؟ آیا موفق بوده‌است؟ چرا؟

پیوست ۲- فهرست متغیرهای مورد استفاده در فاز پویایی‌شناسی

مجموع ورودی متغیر	تعداد متغیرهای ورودی در هر بعد						متغیرها
	روابط جدید	مدیریت اطلاعات	منابع انسانی	مدیریت منابع مالی	آموزش پزشکی	ارائه خدمت	
۲		۲					ادغام ثبت داده در ارائه خدمت
۳	۳						اشتراک‌گذاری اطلاعات
۱		۱					اعتبار داده‌ها
۳						۳	اعتماد ارائه‌کننده-دریافت‌کننده
۱		۱					الزامات قانونی
۱			۱				امنیت شغلی
۳	۲		۱				آموزش ضمن خدمت
۳	۱		۲				انتقال وظایف
۱				۱			آورده بیمه‌ها
۱				۱			آورده خیرین
۱				۱			بازپرداخت به موقع بیمه‌ها
۲				۲			بدهی دولت به بیمه‌ها
۱						۱	بهره‌مندی دریافت‌کنندگان
۲			۲				بهره‌وری طرح
۱				۱			بهره‌وری فرایند بیمه‌گری
۲				۲			بهره‌وری مراکز ارائه خدمت
۱		۱					به‌روز رسانی فناوری
۵	۳			۱	۱		بودجه تخصیص یافته
۱						۱	پاسخگویی به نیازها
۲		۲					پایداری سامانه‌ها
۳	۲			۱			پرداخت مستقیم خانوار
۳	۲			۱			پوشش متناسب بیمه‌ها
۲						۲	تبعیت بیماران



مجموع ورودی متغیر	تعداد متغیرهای ورودی در هر بعد						متغیرها
	روابط جدید	مدیریت اطلاعات	منابع انسانی	مدیریت منابع مالی	آموزش پزشکی	ارائه خدمت	
۱					۱		تحقیقات پزشکی
۲						۲	تداوم خدمات
۲	۱		۱				تشویق / تنبیه اعمال شده
۳	۱	۱			۱		تعارض منافع
۳		۳					تعداد سامانه‌ها
۴	۲		۲				تعهد سازمانی
۲	۲						تقاضای القایی
۱		۱					تمایل تیم جهت مشارکت
۳					۳		تمایل دانشجویان به پزشکی خانواده
۱		۱					تناسب داده‌ها با نیاز
۲					۲		تناسب فرهنگ آموزشی
۱				۱			تناسب نظام پرداخت با طرح
۱						۱	تنوع و تناسب خدمات
۳	۲		۱				جایگاه اجتماعی
۱				۱			حجم ارجاع
۳	۲					۱	حجم کاری
۴			۲			۲	حجم مراجعه
۱						۱	خودمراقبتی
۴					۴		دانش و مهارت‌ها
۱			۱				دریافتی تیم سلامت
۱						۱	دسترسی به خدمات
۲	۱		۱				رضایت شغلی
۴		۴					زیرساخت‌های مدیریت دانش
۱						۱	سرانه جمعیت تحت پوشش
۲			۱			۱	سلامت عمومی

مجموع ورودی متغیر	تعداد متغیرهای ورودی در هر بعد					متغیرها	
	روابط خنثید	مدیریت اطلاعات	منابع انسانی	مدیریت منابع مالی	آموزش پزشکی		
۲						۲	سواد سلامت
۳	۲		۱				شایستگی شغلی
۳					۳		ظرفیت‌های آموزشی
۳			۱			۲	فرسودگی شغلی
۲	۱				۱		فرصت‌های شغلی در بازارهای رقیب
۱				۱			قیمت تمام‌شده خدمت
۲		۲					کاربردسازی سامانه
۳					۳		کیفیت اعضای هیئت‌علمی
۲					۲		کیفیت آموزش پزشکی خانواده
۳		۳					کیفیت ثبت داده
۲			۱			۱	ماندگاری منابع انسانی
۲					۲		مدت آموزش پزشکی خانواده
۱					۱		مشوق‌های آموزشی
۱						۱	منابع فیزیکی
۱				۱			منابع مالی
۱				۱			نرخ رشد منابع
۴		۲	۱			۱	نظارت اعمال‌شده
۱					۱		نگرش مثبت به طرح
۱					۱		نیازهای آموزشی شناسایی‌شده
۵	۱		۲			۲	نیروی انسانی فعال
۱	۱						هزینه استقرار سامانه‌ها
۱				۱			هزینه‌های طرح
۱		۱					همکاری بین بخشی
۱			۱				همکاری تیمی



مجموع ورودی متغیر	تعداد متغیرهای ورودی در هر بعد						متغیرها
	روابط جدید	مدیریت اطلاعات	منابع انسانی	مدیریت منابع مالی	آموزش پزشکی	ارائه خدمات	
۳				۳			یکپارچگی بیمه‌های پایه
۲۴	-	۵	۳	۷	۵	۴	متغیرهای برون‌زا در بعد مورد نظر (فاقد متغیر خروجی)
۱۷۲	۲۹	۳۰	۲۵	۲۷	۳۱	۳۰	مجموع روابط هر بعد

پیوست ۳- فهرست حلقه‌های علی به تفکیک ابعاد در فاز پویایی‌شناسی
توضیح: جدول زیر شامل حلقه‌های جدید ناشی از روابط تشکیل شده در مدل تجمیعی نمی‌شود.

نام	متغیرهای حلقه علی	بعد	ر.
S1	تبعیت بیماران ← تداوم خدمات ← اعتماد ارائه‌کننده-دریافت‌کننده	ارائه خدمات پزشکی خانواده	۱
S2	سلامت عمومی ← اعتماد ارائه‌کننده-دریافت‌کننده ← تبعیت بیماران		۲
S3	تداوم خدمات ← اعتماد ارائه‌کننده-دریافت‌کننده		۳
S4	حجم مراجعه ← حجم کاری ← فرسودگی شغلی ← ماندگاری منابع انسانی ← نیروی انسانی فعال ← دسترسی به خدمات		۴
S5	نیروی انسانی فعال ← سرانه جمعیت تحت پوشش ← حجم کاری ← فرسودگی شغلی ← ماندگاری منابع انسانی		۵
S6	حجم مراجعه ← حجم کاری ← فرسودگی شغلی ← پاسخگویی به نیازها ← اعتماد ارائه‌کننده-دریافت‌کننده ← تبعیت بیماران ← تداوم خدمات ← دسترسی به خدمات		۶

نام	متغیرهای حلقه علی	بعد	ر.	
S7	حجم مراجعه ← بهره‌مندی دریافت‌کنندگان ← سلامت عمومی ← اعتماد ارائه‌کننده-دریافت‌کننده ← تداوم خدمات ← دسترسی به خدمات		۷	
S8	حجم مراجعه ← حجم کاری ← فرسودگی شغلی ← پاسخگویی به نیازها ← اعتماد ارائه‌کننده-دریافت‌کننده ← تداوم خدمات ← دسترسی به خدمات		۸	
S9	حجم مراجعه ← بهره‌مندی دریافت‌کنندگان ← سلامت عمومی ← اعتماد ارائه‌کننده-دریافت‌کننده ← تبعیت بیماران ← تداوم خدمات ← دسترسی به خدمات		۹	
E1	تمایل دانشجویان به پزشکی خانواده ← دانش و مهارت‌ها		۱۰	
E2	تمایل دانشجویان به پزشکی خانواده ← تناسب فرهنگ آموزشی ← نگرش مثبت به طرح		۱۱	
E3	تمایل دانشجویان به پزشکی خانواده ← دانش و مهارت‌ها ← نگرش مثبت به طرح		۱۲	
E4	تمایل دانشجویان به پزشکی خانواده ← تناسب فرهنگ آموزشی ← کیفیت آموزش پزشکی خانواده ← دانش و مهارت‌ها	آموزش پزشکی خانواده	۱۳	
E5	تمایل دانشجویان به پزشکی خانواده ← تناسب فرهنگ آموزشی ← کیفیت آموزش پزشکی خانواده ← نگرش مثبت به طرح		۱۴	
E6	کیفیت آموزش پزشکی خانواده ← دانش و مهارت‌ها ← کیفیت اعضای هیئت‌علمی		۱۵	
E7	کیفیت آموزش پزشکی خانواده ← دانش و مهارت‌ها ← کیفیت اعضای هیئت‌علمی ← تحقیقات پزشکی ← نیازهای آموزشی شناسایی شده		۱۶	
E8	تمایل دانشجویان به پزشکی خانواده ← دانش و مهارت‌ها ← کیفیت اعضای هیئت‌علمی		۱۷	
	تناسب فرهنگ آموزشی ← نگرش مثبت به طرح			



نام	متغیرهای حلقه علی	بعد	ر.
E9	تمایل دانشجویان به پزشکی خانواده ← دانش و مهارت‌ها ← کیفیت اعضای هیئت‌علمی ← کیفیت آموزش پزشکی خانواده ← نگرش مثبت به طرح		۱۸
E10	تمایل دانشجویان به پزشکی خانواده ← تناسب فرهنگ آموزشی ← کیفیت آموزش پزشکی خانواده ← دانش و مهارت‌ها ← نگرش مثبت به طرح		۱۹
E11	تمایل دانشجویان به پزشکی خانواده ← دانش و مهارت‌ها ← کیفیت اعضای هیئت‌علمی ← تناسب فرهنگ آموزشی ← کیفیت آموزش پزشکی خانواده ← نگرش مثبت به طرح		۲۰
E12	تمایل دانشجویان به پزشکی خانواده ← دانش و مهارت‌ها ← کیفیت اعضای هیئت‌علمی ← تحقیقات پزشکی ← نیازهای آموزشی شناسایی شده ← کیفیت آموزش پزشکی خانواده ← نگرش مثبت به طرح		۲۱
E13	کیفیت آموزش پزشکی خانواده ← دانش و مهارت‌ها ← کیفیت اعضای هیئت‌علمی ← تناسب فرهنگ آموزشی		۲۲
F1	هزینه‌های طرح ← بودجه تخصیص‌یافته ← منابع مالی	مدیریت منابع مالی	۲۳
H1	تعهد سازمانی ← ماندگاری منابع انسانی ← نیروی انسانی فعال ← امنیت شغلی ← رضایت شغلی	مدیریت منابع انسانی خانواده	۲۴
H2	تعهد سازمانی ← بهره‌وری طرح ← سلامت عمومی ← حجم مراجعه ← فرسودگی شغلی		۲۵
H3	تعهد سازمانی ← ماندگاری منابع انسانی ← نیروی انسانی فعال ← دریافتی تیم سلامت ← رضایت شغلی		۲۶
D1	کاربرد سازمانه ← تعداد سامانه‌ها ← اعتبار داده‌ها	مدیریت دانش	۲۷



نام	متغیرهای حلقه علی	بعد	ر.
D2	کیفیت ثبت داده ← اعتبار داده‌ها ← کاربردی سازی سامانه		۲۸
D3	ادغام ثبت داده در ارائه خدمت ← اعتبار داده‌ها ← کاربردی سازی سامانه ← تعداد سامانه‌ها ← تمایل تیم جهت مشارکت		۲۹
D4	کیفیت ثبت داده ← ادغام ثبت داده در ارائه خدمت ← اعتبار داده‌ها ← کاربردی سازی سامانه		۳۰

پایان