

## Evaluating the Current Status of Education in Family Physicians in Iranian Medical Schools

Abtin Heidarzadeh<sup>1\*</sup>, Nojomi M<sup>2</sup>, Alvandi M<sup>3</sup>, Mohammadi A<sup>4</sup>, Mohseni F<sup>5</sup>, Naghshpour P<sup>6</sup>

1. Department of Community Medicine, School of Medicine, Medical Education Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
2. Preventive medicine and public health research center, psychosocial health research institute, department of community and family medicine, school of medicine, Iran University of medical science. Tehran, Iran
3. Department of Public Administration, Faculty of Management, University of Tehran. Tehran, Iran.
4. Secretariat of the General Medical Education Council, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
5. Consultant Of Guilan Urban Family Physician Program, Deputy of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
6. Executive Consultant Of Guilan Urban Family Physician Program, Deputy of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

### Article Info

#### Article Type:

Research Article

#### Article History:

Received: 2022/04/18

Accepted: 2022/07/06

#### Key words:

Family physician  
Health services  
General medicine  
Medical education  
Health houses

#### \*Corresponding author:

Heidarzadeh A, Department of Community Medicine, School of Medicine, Medical Education Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran  
abtin@gmail.com



©2022 Guilan University of Medical Sciences

### ABSTRACT

**Introduction:** Family physicians in Iran suffer from lack of relevant knowledge, competencies, and skills. Improving the training program requires examining the currently provided education in the field of Family Physician. This study aimed to evaluate the current status of Family Physician's Education and training in Iranian medical schools.

**Methods:** This cross-sectional study was conducted using mixed methods combining the elements of quantitative and qualitative research. Data was collected using both close-ended and open-ended author-made questionnaires. Participants in the study were all vice chancellors or heads of social and family departments of public and private Medical Sciences Universities and International Campuses in the country.

**Results:** While studying general medicine, the conditions for students' participation in the field of family medicine in most Medical Universities is not available, so that a maximum of 37% of medical universities in the internship course and at least 12% of universities in the clinical preparation course, have provided the opportunity for students to attend in this area. The lowest number of days dedicated to this program was during the basic sciences course, while the internship course dedicated the highest number of days. Also, qualitative results showed that challenges of the Family Physician's training program are related to clinical education groups, comprehensive health centers, infrastructure, students, and Family Physician's education curriculum. It is necessary to reform rules and regulations, structures, education, and motivation to overcome current challenges.

**Conclusion:** The results indicate that the education and training of family physicians in Iran face many challenges, and any planning to expand the current program without careful consideration and overcoming the challenges related to clinical education groups, comprehensive health centers, infrastructure, students, and curriculum, may lead to failure.

**How to Cite This Article:** Heidarzadeh A, Nojomi M, Alvandi M, Mohammadi A, Mohseni F, Naghshpour P. Evaluating the Current Status of Education in Family Physicians in Iranian Medical Schools. RME. 2022;14 (3):29-37.

## ارزیابی وضعیت موجود آموزش در عرصه پزشک خانواده در دانشکده‌های پزشکی ایران

آبتین حیدرزاده<sup>۱\*</sup>، مرضیه نجومی<sup>۲</sup>، مهدی الوندی<sup>۳</sup>، ابوالفضل محمدی<sup>۴</sup>، فرزاد محسنی<sup>۵</sup>، پویا نقش‌پور<sup>۶</sup>

۱. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران و مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۲. مرکز تحقیقات طب پیشگیری و سلامت جمعیت، پژوهشکده سلامت روانی و اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران و گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳. گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت دانشگاه تهران، تهران، ایران
۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دبیرخانه شورای آموزش پزشکی عمومی، تهران، ایران
۵. مشاور اجرایی راه اندازی پزشک خانواده شهری، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۶. مشاور فنی راه اندازی پزشک خانواده شهری، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

## اطلاعات مقاله

## نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

## تاریخچه:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۱۵

## کلیدواژه‌ها:

پزشکی خانواده  
خدمات سلامت  
پزشکی عمومی  
آموزش پزشکی  
خانه سلامت

## \* نویسنده مسئول:

آبتین حیدرزاده، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران  
abtin@gmail.com

## چکیده

**مقدمه:** پزشکان خانواده در ایران از فقدان دانش، توانمندی‌ها و مهارت‌های لازم رنج می‌برند. ارتقای برنامه آموزشی، مستلزم بررسی وضعیت موجود آموزش در حوزه پزشکی خانواده است. این مطالعه با هدف ارزیابی وضعیت موجود آموزش در عرصه پزشکی خانواده در دانشکده‌های پزشکی ایران انجام شد.

**روش‌ها:** این مطالعه مقطعی از روش‌های کمی و کیفی برای به دست آوردن اطلاعات استفاده نمود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های محقق ساخته بسته و بازپاسخ جمع‌آوری گردید. شرکت‌کنندگان در مطالعه کلیه معاونت‌های آموزشی دانشگاه‌ها یا مدیران گروه‌های آموزشی پزشکی اجتماعی و خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی دولتی، آزاد و پردیس‌های بین‌المللی در کشور بودند.

**یافته‌ها:** زمینه حضور دانشجویان در عرصه پزشکی خانواده در اکثر دانشگاه‌های علوم پزشکی در مقطع آموزش پزشکی عمومی فراهم نیست، به طوری که حداکثر ۳۷ درصد دانشگاه‌های علوم پزشکی در دوره کارورزی و حداقل ۱۲ درصد دانشگاه‌ها در دوره مقدمات بالینی، امکان حضور دانشجویان را در این عرصه فراهم کرده‌اند. کم‌ترین تعداد روزهایی که به این برنامه تخصیص یافته مربوط به دوره علوم پایه و بیشترین تعداد روزها مربوط به دوره کارورزی بود. همچنین نتایج کیفی نشان داد که چالش‌های آموزش پزشک خانواده به گروه‌های آموزشی بالینی، مراکز جامع سلامت، زیرساخت‌ها، دانشجویان و کوریکولوم آموزش پزشک خانواده مربوط می‌باشد و ضروری است اصلاحاتی در حوزه قوانین و مقررات، ساختارها، آموزش و انگیزش انجام گیرد.

**نتیجه‌گیری:** وضعیت موجود آموزش در عرصه پزشک خانواده دارای چالش‌های زیادی در حوزه‌های مختلف می‌باشد. هر نوع برنامه‌ریزی برای گسترش آموزش پزشک خانواده، بدون بررسی دقیق و اصلاح چالش‌های مربوطه در گروه‌های آموزش بالینی، عرصه مراکز جامع سلامت، زیرساخت‌ها، دانشجویان و کوریکولوم می‌تواند به شکست منجر شود.

## مقدمه

خدمات سلامت و اولین افرادی که با جمعیت تحت پوشش طرح پزشک خانواده در ارتباط هستند، نیازمند ارتقای دانش و مهارت در زمینه‌های غربالگری، تشخیص و درمان بیماری‌ها، مهارت‌های ارتباطی، توانایی تحلیل عوامل روانی، اقتصادی و اجتماعی که بر سلامت اثر می‌گذارند، هستند. همچنین برای پزشکان خانواده که مسئولیت اداره تیم سلامت شامل پرستار،

برنامه پزشک خانواده در ایران از سال ۱۳۸۲ در مناطق روستایی و شهرهایی با جمعیت کم‌تر از ۲۰۰۰۰ نفر با هدف ارتقای نظام ارجاع، عدالت در سلامت، دسترسی به خدمات سلامت و کاهش هزینه‌ها آغاز گردید و سپس به شهرهایی با جمعیت کم‌تر از ۵۰۰۰۰ در قالب طرح تحول نظام سلامت تسری یافت (۱،۲). پزشکان خانواده به‌عنوان اولین سطح ارائه

## روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی بود. جامعه آماری شامل معاونین آموزشی و یا مدیران گروه‌های پزشکی اجتماعی و خانواده دانشگاه‌های علوم پزشکی دولتی، آزاد و پردیس‌های بین‌المللی در ایران بودند. این مطالعه از تاریخ اول بهمن تا آخر اسفند ۱۴۰۰ در میان دانشگاه‌های علوم پزشکی دولتی، آزاد و پردیس‌های بین‌المللی در ایران انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های محقق ساخته جمع‌آوری گردید. برای تحلیل پاسخ سوالات بسته‌ی پرسشنامه از تحلیل کمی و توصیفی و برای تحلیل پاسخ‌های پرسش‌های باز پرسشنامه از روش تحلیل کیفی استفاده شد. پرسشنامه از طریق EPOLL همراه با نامه‌ای که از طرف دبیرخانه شورای عالی آموزش پزشکی به همه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور (۶۱ دانشگاه) شامل دولتی، آزاد و پردیس بین‌المللی بود، ارسال گردید و از معاون آموزشی دانشگاه یا مدیر گروه پزشکی اجتماعی و خانواده خواسته شد، پرسشنامه را کامل نماید که از ۴۸ دانشگاه پاسخ دریافت گردید. رضایت شفاهی برای شرکت در مطالعه از کلیه شرکت‌کنندگان اخذ شد. محرمانگی اطلاعات حفظ و نتایج پژوهش فقط به‌منظور یافتن اهداف پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. به پرسشنامه‌های ارسالی به هر دانشگاه، کد ویژه‌ای داده شده بود تا امکان دوبار پاسخگویی برای هر دانشگاه وجود نداشته باشد و هم‌چنین فقط به افراد واجد شرایط امکان پاسخ‌گویی داده شد. پاسخ‌گویی به پرسشنامه به هر دانشگاه پس از دو بار یادآوری، داده‌ها جمع‌آوری گردید.

برای تدوین پرسشنامه، ابتدا گروهی از متخصصین آموزش پزشکی اجتماعی و پزشکی خانواده با استفاده از روش بارش افکار سوالات و مواردی که باید مورد پرسش قرار گیرند، براساس اهداف مطالعه و کوریکولوم پزشکی عمومی، تعیین کردند. سپس سوالات تعیین شده و نحوه پاسخگویی به آن‌ها برای صاحب‌نظران ارسال، نظرات جمع‌آوری و روایی محتوایی پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. سپس، پرسشنامه در دانشگاه علوم پزشکی گیلان به‌صورت پایلوت اجرا و پایایی آن براساس آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که نتایج پایایی قابل قبولی را نشان داد ( $\alpha > 0.7$ ). براساس نتایج پایلوت، پرسشنامه اصلاح و نهایی شد و در انتها پرسشنامه‌ی نهایی شامل ۲۱ سوال بود که آخرین سوال بازپاسخ به پیشنهادات و انتقادات اختصاص داده شد.

ماما، بهورز به‌ویژه در روستاها را بر عهده دارند، کسب مهارت‌های مدیریتی ضروری است. با وجود این نیاز آشکار، مطالعه مفتون در سال ۱۳۹۴ نشان داد که حدود ۱۵ درصد از پزشکان خانواده و ماما‌های شرکت‌کننده در طرح، هیچ‌گونه آموزشی ندیده‌اند و سایرین نیز تنها حدود ۱۶۰ ساعت آموزش ضمن خدمت در این زمینه دریافت نموده‌اند (۳).

برنامه آموزش پزشک خانواده در ایران به‌دلیل شتاب‌زدگی در آغاز طرح، فقدان زمان کافی برای تدوین راهنماها و متون آموزشی، کم و بیش با چالش‌هایی مواجه بوده است (۴،۵). در ابتدا پزشکان عمومی با آموزش ۱۶۰ ساعته ضمن خدمت به‌عنوان پزشک خانواده کار می‌کردند. از آنجایی‌که این آموزش تئوری بوده و آموزش مهارت‌ها را شامل نمی‌شد و هم‌چنین برنامه آموزش پزشک عمومی در ایران در بیمارستان‌ها انجام می‌گردید، این برنامه نمی‌توانست پزشکان را آماده خدمت به‌عنوان پزشک خانواده نماید. بنابراین دوره آموزشی کارشناسی ارشد سلامت همگانی (MPH) در سال ۱۳۸۷ راه‌اندازی شد که شامل دوره‌ای ۲ ساله با استفاده از ماژول‌های آموزشی خودآموز و با استفاده از سی‌دی‌های آموزشی بود. پس از آن، به‌دنبال توصیه سازمان بهداشت جهانی این ایده در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شکل گرفت که پزشک خانواده به‌عنوان یک رشته تخصصی پزشکی، آموزش داده شود. در سال ۱۳۹۴ برنامه دستیاری پزشک خانواده در ۸ دانشگاه علوم پزشکی آغاز شد. با وجود مزایای این ایده، مشکلاتی چون افزایش هزینه‌ها، طولانی شدن زمان آموزش و غیرمرتبط بودن آن با آموزش پزشکی رسمی مطرح گردید (۵). از برنامه‌های دیگر آموزشی، برنامه توانمندسازی کوتاه‌مدت برای پزشکان Family Physician Bridging Program (FPP) است که شامل آموزش ترکیبی آنلاین، حضوری و آموزش عملی مراقبت از بیماران سرپایی در مرکز جامع خدمات سلامت می‌باشد (۴).

با وجود اقدامات انجام شده در حوزه آموزش پزشکان خانواده، مطالعات مختلف نشان داده است که پزشکان خانواده در ایران از فقدان دانش، توانمندی‌ها و مهارت‌های لازم در این حوزه رنج می‌برند (۶-۸). جهت ارتقای برنامه آموزشی موجود، ضروری است وضعیت موجود آموزش پزشک خانواده مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین مطالعه با هدف ارزیابی وضعیت موجود آموزش مهارت‌های مورد نیاز یک پزشک خانواده در دوره تحصیل پزشکی عمومی در عرصه پزشکی خانواده در دانشکده‌های پزشکی ایران انجام شده است.

که کمترین تعداد روزهای اختصاص یافته به این برنامه‌ی آموزشی در دوره علوم پایه (۲ روز) بوده است. این بدان معنا است که مقطع علوم پایه به نسبت سایر مقاطع آموزش پزشکی، کمترین تعداد روزها را به این برنامه آموزشی تخصیص داده است. هم‌چنین بیشترین تعداد روزهای اختصاص یافته به این برنامه آموزشی مربوط به دوره کارورزی بوده که در آن اکثر دانشگاه‌ها نزدیک به ۲۴ روز به این دوره اختصاص دادند. در کلیه دانشگاه‌هایی که زمینه حضور دانشجویان را در عرصه پزشکی (خانواده، پاسخگو، مرکز جامع سلامت آموزشی) فراهم کردند، مربیان یا اعضای هیئت‌های علمی حضور داشتند. تنها در یک دانشگاه در دوره کارورزی هیچ مربی و یا عضو هیئت علمی در جلسات حضور نداشته و دانشجویان همراهی نمی‌شدند.

جدول ۲. تعداد روزهای حضور دانشجویان در دوره‌های مختلف

مقطع پزشکی عمومی	حداقل	حداکثر	میانگین
علوم پایه	۱	۳۳	۲
مقدمات بالینی	۲	۳۰	۵/۵
کارآموزی	۳	۴۲	۱۸
کارورزی	۳	۳۲	۲۴

نتایج نشان داد که ۱۲ دانشگاه از مجموع ۱۵ دانشگاه در دوره علوم پایه، ۴ دانشگاه از ۷ دانشگاه در دوره مقدمات بالینی و ۵ دانشگاه از ۹ دانشگاه در دوره کارآموزی، آموزش در عرصه پزشک خانواده، از حضور و همراهی مربی بهره می‌بردند (۱ تا ۳ مربی). اما در دوره کارورزی ۱۰ دانشگاه از مجموع ۱۷ دانشگاه، از ۷ تا ۱۲ مربی برای همراهی در آموزش در عرصه پزشکی خانواده استفاده می‌کردند، که بیشترین تعداد مربیان را برای همراهی داشتند.

نتایج نشان داد که در بین مقاطع مختلف آموزش پزشکی، تنها در مقطع کارورزی ۱۲ درصد از دانشگاه‌ها از متخصصین پزشک خانواده، جهت همراهی دانشجویان استفاده می‌کردند. هم‌چنین در دوره علوم پایه ۱۰ درصد، در دوره مقدمات بالینی ۴ درصد، کارآموزی ۶ درصد و کارورزی ۱۸ درصد از دانشگاه‌ها، جهت همراهی دانشجویان از متخصص پزشکی اجتماعی استفاده می‌شد.

جدول شماره سه و چهار چالش‌ها و راهکارهای آموزش در عرصه پزشک خانواده، آموزش پاسخگو و مراکز جامع سلامت از نظر شرکت‌کنندگان در ۵ موضوع و ۱۶ زیر موضوع در مورد چالش‌ها و ۴ موضوع و ۱۶ زیر موضوع نشان می‌دهد. چالش‌های مربوط به گروه‌های آموزشی بالینی، مراکز جامع سلامت، زیرساخت‌ها، دانشجویان و کوریکولوم بود (جدول ۳).

متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه شامل اطلاعات مربوط به ۴ مقطع آموزش پزشکی شامل دوره‌های علوم پایه، مقدمات بالینی، کارآموزی و کارورزی در ارتباط با حضور دانشجویان در عرصه آموزش پزشکی خانواده یا پزشکی پاسخگو یا مرکز جامع خدمات سلامت آموزشی بود. این متغیرها شامل تعداد دانشگاه‌های علوم پزشکی، تعداد روزهای کاری حضور دانشجویان پزشکی، تعداد دانشگاه‌هایی که دانشجویان در عرصه توسط مربیان یا اعضای هیئت علمی همراهی می‌شوند، تعداد مربی و یا اعضای هیئت علمی که دانشجویان را همراهی می‌کنند و یا در دوره حضور دارند، رشته تحصیلی و درجه علمی مربی و اعضای هیئت علمی همراهی‌کننده دانشجویان می‌باشد. تحلیل داده‌های کمی با استفاده از آمار توصیفی شامل تعداد، درصد و میانگین یا انحراف معیار و در مواردی که پراکندگی داده‌ها بسیار زیاد بود با استفاده از میانگین انجام شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS.Ver.27 انجام شد. برای تحلیل داده‌های کیفی، از روش تحلیل محتوا و پس از چندین بار بررسی، کدگذاری و موضوعات و زیرموضوعات مورد نظر تعیین گردید.

## یافته‌ها

نتایج نشان داد که درصد بالایی از دانشگاه‌های علوم پزشکی در کشور در دوره‌های آموزش پزشکی عمومی زمینه حضور دانشجویان را در آموزش‌های مرتبط با پزشکی خانواده فراهم نمی‌کنند. بالاترین زمینه حضور دانشجویان در دوره کارورزی ۱۹ نفر (۳۹/۶ درصد) و کمترین ۶ نفر (۱۲/۵ درصد) در دوره مقدمات بالینی بود و صرفاً ۲ دانشگاه از ۴۸ دانشگاه در کلیه مقاطع زمینه حضور دانشجویان را فراهم نمودند (جدول ۱).

جدول ۱. وضعیت دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی در آموزش پزشکی خانواده/ پاسخگو/ مرکز جامع خدمات سلامت آموزشی

مقطع پزشکی عمومی	زمینه حضور دانشجویان تعداد (درصد)	عدم زمینه حضور دانشجویان تعداد (درصد)
دوره علوم پایه	۱۵ (۳۱/۲۵)	۳۳ (۶۸/۷۵)
دوره مقدمات بالینی	۶ (۱۲/۵)	۴۲ (۸۷/۵)
دوره کارآموزی	۹ (۱۸/۷۵)	۳۹ (۸۱/۲۵)
دوره کارورزی	۱۹ (۳۹/۶)	۲۹ (۶۰/۴)

براساس جدول شماره دو، کمترین تعداد روزهای اختصاص یافته برای حضور دانشجویان مربوط به دوره علوم پایه (۱ روز) و بیشترین تعداد روزها ۳۲ روز و اختصاص به دوره کارورزی دارد. بررسی میانگین تعداد روزهای اختصاص یافته نشان داد

## جدول ۳. چالش‌های آموزش در عرصه پزشک خانواده، آموزش پاسخ‌گو و مراکز جامع سلامت

مقوله (چالش)	زیر مقوله	نقل قول
گروه‌های آموزشی بالینی	اولویت دادن برنامه‌های بالینی بر برنامه‌ی آموزش پاسخگو	تعداد روزهای ذکر شده به صورت میانگین بوده و بستگی به برنامه گروه‌های آموزش بالینی دارد. علی‌رغم جلسات متعدد با نمایندگان گروه‌های آموزشی بالینی در قالب گروه مجازی آموزش در عرصه خدمات سلامت و تأکید مکرر و حمایت‌های دانشکده پزشکی و معاونت محترم آموزشی دانشگاه، گروه‌های بالینی از آموزش سرپایی به خصوص در عرصه استقبال نمی‌کنند.
	مشغله زیاد اساتید در بخش‌های بالینی	گروه‌های آموزشی بالینی به دلایل متعدد از جمله کمبود عضو هیئت علمی و مشغله زیاد در بخش‌های بالینی و نبود زیرساخت و همکاری‌های لازم، در مراکز جامع خدمات سلامت استقبال نمی‌کنند.
عرصه مراکز جامع سلامت	کمبود اعضای هیئت علمی	به دلایل متعدد از جمله کمبود عضو هیئت علمی و مشغله زیاد در بخش‌های بالینی و نبود زیرساخت و همکاری لازم، در مراکز جامع خدمات سلامت استقبال صورت نمی‌گیرد.
	عدم ضمانت اجرایی برای حضور اساتید فوق تخصص در عرصه پزشک خانواده یا آموزش پاسخگو	هم‌چنین اساتید به‌ویژه فوق تخصص‌ها علاقه چندانی به حضور نداشته و ضمانت اجرایی نیز در این مورد وجود ندارد.
زیرساخت‌ها	کم بودن تعداد اساتید جنرال در گروه‌ها نیز در این میان بی‌تأثیر نیست.	کم بودن تعداد اساتید جنرال در گروه‌ها نیز در این میان بی‌تأثیر نیست.
	فقدان عرصه مرکز جامع سلامت در برخی دانشگاه‌ها و مشکل در عقد قرارداد با سایر دانشگاه‌ها	بخش عمده‌ای از آموزش‌ها در بخش‌های بالینی، آموزش‌های تخصصی و فوق تخصصی است که با شرح وظایف پزشک عمومی در سطح یک همخوانی ندارد. متخصصین بخش‌های بالینی هیچ اجبار قانونی و هیچ انگیزه شخصی برای آموزش شایع‌ترین مراجعات به پزشکی عمومی در عرصه ندارند. آموزش‌های پاسخ‌گو قربانی درمان هستند.
دانشجویان	عدم مشخص بودن حق ویزیت و پرداختی پزشک در مراکز خدمات جامع سلامت	چون دانشگاه آزاد اسلامی مشهد فاقد فیلد مرکز جامع سلامت می‌باشد و برای آموزش نیاز است از فیلدهای دانشگاه سراسری استفاده نماید و بستن قرارداد مشکلاتی را برای دانشگاه به همراه دارد.
	فقدان زیر ساخت‌های لازم برای پرونده‌های الکترونیک سلامت	بحث حق ویزیت و پرداختی پزشک در روزهایی که در مراکز خدمات جامع سلامت کار می‌کنند نامشخص است.
محتوای دروس	فقدان منابع فیزیکی برای حضور در عرصه	گروه‌های آموزشی بالینی به دلایل متعدد از جمله: نبود همکاری لازم در مراکز جامع خدمات سلامت استقبال نمی‌کنند.
	عدم انگیزه دانشجویان برای آموزش‌های پاسخگو به دلیل نواقص نظام ارجاع، حقوق ناکافی و عدم رضایت شغلی پزشکان عمومی	مشکل در فرآیند ثبت و نسخه‌نویسی بدلیل نبودن امکان آن در سامانه سیب و هم‌چنین عدم دسترسی اساتید به سامانه سیب. طی جلساتی گروه پزشکی اجتماعی خواستار ایجاد دسترسی به سامانه سیب در مراکزی که دانشجویان اعزام می‌دارد برای اساتید گروه شده است اما متأسفانه در این دانشگاه هنوز مربیان دسترسی به سامانه سیب ندارند و هنگام حضور در مراکز از دسترسی کارکنان استفاده می‌کنند
	انتخابی بودن واحد پزشکی خانواده در دوره کارورزی	گروه‌های آموزشی برای حضور در عرصه نیاز به اتاق و تجهیزات نظیر کامپیوتر دارند که باید برطرف گردد.
	هم‌پوشانی با عرصه آموزش برنامه گروه پزشکی اجتماعی	نواقص نظام ارجاع، حقوق ناکافی و عدم رضایت شغلی بی‌انگیزگی در دانشجویان شده و خودشان را متعلق به سطح ۱ نمی‌دانند.
	پر بودن برنامه آموزشی پزشک عمومی و عدم امکان اضافه کردن مباحث جدید به کوریکولوم	با توجه به این‌که قراردادن درس پزشکی خانواده در برنامه ملی دوره کارورزی برای دانشگاه‌ها انتخابی است، حتماً باید تمهیدی در جهت آموزش همه دانشجویان در دوره کارورزی دیده شود.
	دبیرخانه شورای عالی آموزش پزشکی عمومی به بحث نسخه نویسی آموزشی اختصاص یافته است. که موارد بالا را تا حدودی پوشش می‌دهد.	بسیاری از موارد ارجاعی به پزشک متخصص غیر بیمار و بیشتر در راستای ویزیت‌های سلامت مرکز بوده است که همین موضوع باعث کاهش انگیزه دانشجویان برای حضور در این دوره‌ها شده، به طوری که می‌توان گفت از نظر دانشجویان آموزش این دوره با عرصه و ماه‌های حضور در گروه پزشکی اجتماعی هم‌پوشانی زیادی داشته است.
		لازم به ذکر است که در این دانشگاه با توجه به خالی نبودن تایم دانشجویان برای اضافه شدن مباحث جدید به کوریکولوم آموزشی قسمتی از لاین کارورزی دانشجویان پزشکی با کسب اجازه رسمی از دبیرخانه شورای عالی آموزش پزشکی عمومی به بحث نسخه نویسی آموزشی اختصاص یافته است. که موارد بالا را تا حدودی پوشش می‌دهد.

جدول شماره چهار، راهکارهای ارتقای آموزش در عرصه پزشک خانواده، آموزش و انگیزش از نظر شرکت کنندگان را نشان می‌دهد.

#### جدول ۴. راهکارهای ارتقای آموزش در عرصه پزشک خانواده، آموزش پاسخگو یا مراکز جامع سلامت

مقاله (راهکار)	زیر مقوله	نقل قول
پژوهش در عرصه پزشک خانواده، آموزش پاسخگو یا مراکز جامع سلامت	ابلاغ دستورات شفاف و لازم‌الاجرا	جهت نهادینه شدن و ارتقاء آموزش سرپایی لازم است از سوی حوزه آموزش پزشکی عمومی وزارت دستورات شفاف و لازم‌الاجرا به دانشگاه‌ها ابلاغ گردد. لازم است به‌صورت برنامه مشخص شده زمان حضور دانشجویان پزشکی در مقاطع علوم پایه، مقدمات بالینی، کارآموزی و کارورزی برای تمامی بخش‌های عمومی مدون، به دانشکده‌ها برای اجرا اعلام گردد.
	الزام قانونی برای آموزش پاسخگو در عرصه برای گروه‌های بالینی	الزام قانونی برای آموزش‌های پاسخگو در عرصه هر چند در کوریکولوم درسی وجود دارد اما به درستی استفاده نمی‌شود.
تعمیر نام گروه پزشکی اجتماعی به "پزشکی اجتماعی و خانواده"	متولی شدن معاونت آموزشی برای درمانگاه‌های سلامت‌محور و جامعه‌نگر آموزشی	پیشنهاد می‌شود متولی درمانگاه‌های سلامت‌محور و جامعه‌نگر آموزشی، معاونت آموزشی باشد.
	ایجاد ساختار و سازوکار لازم برای گروه پزشکی اجتماعی و خانواده	پس از تغییر نام گروه پزشکی اجتماعی به "پزشکی اجتماعی و خانواده"، لازم است اقدامات اساسی و پایه‌ای صورت گیرد. به‌عنوان مثال باید تشکیلات مشخصی در دانشگاه‌ها با ارتباط مستقیم با ریاست دانشگاه یا معاونت آموزشی در نظر گرفته شود و معاونت‌های بهداشتی نیز مکلف به همکاری و پذیرش گروه پزشکی اجتماعی در حیطه پزشک خانواده شده و در برنامه‌ریزی‌ها و از حضور اعضای گروه استفاده نمایند. به‌دلیل اهمیت موضوع بهتر است جایگاهی در معاونت‌های بهداشتی به‌عنوان مسئول هماهنگ‌کننده آموزش‌های آکادمیک دانشجویان با مسئولین اجرایی وجود داشته باشد و ارتباط مستقیمی با معاونت درمان دانشگاه برقرار شود. ضمناً کلینیک‌های طب پیشگیری و ارتقای سلامت دانشگاه‌ها باید فعال تر و مرجع آموزش دانشجویان شوند که در این راستا حل مشکل حق ویزیت و بیمه برای اساتید پزشکی اجتماعی و نسخه‌نویسی الکترونیک همکاران اولویت دارد. در یک کلام لازم است اهمیت رشته و جایگاه آن تبیین و پررنگ گردد.
ضرورت همکاری‌های بین‌بخشی	خودگردان شدن درمانگاه‌های سلامت‌محور	هرچه سریع‌تر و جامع‌تر نسبت به امضای تفاهم‌نامه مراکز جامع سلامت آموزشی معاونت بهداشتی با معاونت آموزش تأکید صورت بگیرد.
	تأسیس مرکز جامع سلامت در کنار بیمارستان آموزشی	درمانگاه‌های سلامت‌محور به صورت مستقل و خودگردان با استفاده از نیروهای آموزشی دانشکده‌های مختلف شامل پزشکی، پرستاری و مامایی و بهداشت تشکیل گردند تا در این درمانگاه‌ها علاوه بر آموزش فراگیران، خدمات قابل ارائه برای جمعیت تحت پوشش توسط نیروهای کارآموز از نظر علمی نیز فراهم گردد.
وجود برنامه آموزش پزشک خانواده در کلیه مقاطع آموزش پزشکی عمومی در کوریکولوم	تعیین یک کتاب مرجع آموزشی پزشک خانواده به‌عنوان یکی از منابع آموزشی و امتحانی دانشجویان در مقاطع مختلف	پیشنهاد می‌شود مرکز جامع سلامت در کنار بیمارستان آموزش برای آموزش فراگیران در مقاطع مختلف تأسیس شود.
	ارائه اصول پزشکی اجتماعی و سلامت در دوره مقدمات بالینی	آموزش پزشکی خانواده علاوه بر مقطع کارورزی در سایر مقاطع پزشکی عمومی نیز لحاظ گردد تا دانشجویان دیدگاه عمیق تر و جامع‌تری با این رشته بدست آورند، جهت آشنایی بهتر دانشجویان با آموزش پزشکی خانواده، این آموزش‌ها در سایر مقاطع نیز تدریس گردد و طول مدت آموزش پزشکی خانواده افزایش یابد به گونه‌ای که در کل دوره آموزش پزشکی عمومی این رشته تدریس گردد، برای ارتقاء آموزش پزشک خانواده باید در کلیه مقاطع از بدو ورود به دانشگاه برنامه‌های منظم و سلسله‌وار برای آموزش دانشجویان در کوریکولوم وجود داشته باشد.
فלוشیپ پزشک خانواده برای متخصص پزشکی اجتماعی	تعیین یک کتاب مرجع آموزشی پزشک خانواده به‌عنوان یکی از منابع آموزشی و امتحانی دانشجویان در مقاطع مختلف	یک کتاب مرجع آموزشی پزشک خانواده به‌عنوان یکی از منابع آموزشی و امتحانی دانشجویان در مقاطع مختلف در نظر گرفته شود.
	ارائه اصول پزشکی اجتماعی و سلامت در دوره مقدمات بالینی	در دوره مقدمات بالینی بصورت تخصصی اصول پزشکی اجتماعی و سلامت لحاظ گردد که البته دانشکده سعی می‌نماید با ارائه درس مدیریت سلامت در حوادث و بلاها در دوره مذکور میزان آشنایی را پس از دروس آداب پزشکی، برای دانشجویان با ارائه درس مدیریت، افزایش دهد.
تقویت برنامه‌های آموزشی موجود که نیاز به ایجاد رشته پزشک خانواده را منتفی می‌کند	فلوشیپ پزشک خانواده برای متخصص پزشکی اجتماعی	بهبتر است ابتدا گروه پزشکی خانواده (به صورت ترکیب با گروه پزشکی اجتماعی) در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور تقویت و مستقر شود و سپس مراکز مشخصی برای ترتیب تخصصی دانشجویان در خصوص پزشک خانواده اختصاص داده شود. در علوم پزشکی اراک آموزش پزشک خانواده در قالب یک‌ماه کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی در مراکز خدمات سلامت شهری و روستایی صورت می‌گیرد، که اگر فلوشیپ پزشک خانواده برای متخصصین پزشکی اجتماعی فراهم شود، به تقویت و پربارشدن آموزش در عرصه کمک بیشتری خواهد شد.
	تقویت برنامه‌های آموزشی موجود که نیاز به ایجاد رشته پزشک خانواده را منتفی می‌کند	دانشجویان پزشکی سراسر جهان پس از فارغ‌التحصیلی از رشته پزشکی عمومی نیاز به دوره‌ای جداگانه دارند تا مطالب شایع و سرپایی را به‌صورت آکادمیک برای بیماران تمرین و اجرا کنند و این فقط در حیطه‌ی پزشکی خانواده میسر می‌باشد. آموزش دانشجویان اگر بر بستر فعلی به‌صورت درست انجام شود، دیگر نیازی به ایجاد فیلد جدید پزشکی خانواده که به نوعی موازی‌کاری در آموزش است، نخواهد بود. برای مثال اگر مراکز خدمات سلامت آموزشی با افراد متبحر و با تجربه که وظیفه اصلی آن‌ها آموزش باشد نه ارائه خدمات در اختیار گروه‌های پزشکی اجتماعی، قرار گیرند و هم‌چنین اگر در کلینیک‌های سرپایی موجود در سایر بخش‌ها بیماران با تعداد محدود و مشخص و با حوصله و توجه و تمرکز آموزشی توسط اساتید ویزیت گردند هدف آموزشی حاصل می‌شود. به نظر می‌رسد ما بجای ایجاد واژگان جدید و یا عناوین جدید برای آموزش باید به سمت تقویت منابع موجود برویم که بصره و کم هزینه خواهد بود و موازی‌کاری هم انجام نخواهد شد.
جذب اساتید جدید مختص آموزش سرپایی و پزشکی پاسخگو	استفاده از تمام فیلدهای آموزشی سرپایی از جمله کلینیک‌های سرپایی تخصصی توسط دانشگاه و محدود نکردن آموزش پاسخگو به مراکز خدمات جامع سلامت یا عرصه‌های مختص پزشکی خانواده	برخی اساتید اعتقاد دارند که کلینیک‌های سرپایی تخصصی از نظر تعداد و نوع بیمار بسیار بیشتر و متنوع تر هستند و بیماران مناسب برای آموزش پزشکان عمومی در این کلینیک‌ها بیشتر وجود دارند. اصرار و محدود کردن آموزش پزشکی پاسخگو به مراکز خدمات جامع سلامت و یا عرصه‌های مختص پزشکی خانواده مشکل این آموزش را حل نخواهد کرد و باید به دانشگاه‌ها اجازه داد از تمامی فیلدهای آموزش سرپایی موجود خود بیشترین و بهترین استفاده را ببرند. اما می‌توان از دانشگاه‌ها خواست که شرایط این کلینیک‌ها را هرچه بیشتر به فیلد پزشکی پاسخگو نزدیک‌تر کنند.
	جذب اساتید جدید مختص آموزش سرپایی و پزشکی پاسخگو	جذب اساتید جدید متخصص که مختص آموزش سرپایی و پزشکی پاسخگو جذب شده باشند نیز کمک‌کننده خواهد بود.
ارتقای نقش و جایگاه پزشک عمومی	ارتقای نقش و جایگاه پزشک عمومی	پیشنهاد می‌شود قبل از هر چیز نقش و جایگاه پزشک عمومی در سطح ۱ ارتقاء یابد.

### بحث و نتیجه‌گیری

زمینه‌ی حضور دانشجویان را در آموزش پزشکی خانواده/ پزشکی پاسخگو یا مرکز جامع خدمات سلامت آموزشی فراهم نمی‌کنند. بیش از یک سوم دانشگاه‌ها در دوره کارورزی و

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درصد بالایی از دانشگاه‌های علوم پزشکی در کشور در دوره‌های آموزش پزشکی عمومی

درمان محور است. بنابراین پزشکان خانواده که در این نظام آموزش می‌بینند، نمی‌توانند خود را با رویکرد سلامت محور پزشکی خانواده هماهنگ کنند و این از جمله عللی است که برنامه پزشکی خانواده به اهداف خود نرسیده است (۱۱). مطالعات فرزادفر و علایی نیز تایید می‌نمایند که آموزش پزشکان عمومی در ایران درمان محور بوده و رویکرد پیشگیری در آن لحاظ نشده است (۱۲، ۱۳). مطالعات محمدی بلبان آباد و دلاوری نیز با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد و تایید می‌کند که بین آموزش پزشکی و مسئولیت‌های پزشک خانواده در ایران فاصله وجود دارد، بدان معنا که این آموزش‌ها سلامت محور نیستند و بیشتر درمان محور هستند (۱۴، ۱۶).

نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده عدم همکاری گروه‌های آموزش بالینی در آموزش سرپایی و هم‌چنین تخصصی و فوق تخصصی بودن بخش عمده آموزش‌های بالینی است. مطالعه دلاوری و همکارانش نیز نشان داد که آموزش پزشکی در ایران در بیمارستان‌ها انجام می‌شود و دانشجویان پزشکی در طول آموزش در بیمارستان با بیماران ارجاع شده به سطح ۲ و سطح ۳ مواجه می‌شوند که دارای بیماری‌های پیچیده بوده که چندان در حیطه کار پزشکان خانواده نیست و کم‌تر در آموزش‌های عملی با بیماران سرپایی، که دغدغه پزشکان خانواده است، کار می‌کنند (۱۶). از دیگر نتایج مطالعه حاضر می‌توان به وجود چالش در عرصه مراکز جامع سلامت در زمینه آموزش و ضرورت تغییر شرایط این مراکز اشاره کرد. رهبر طارم‌سری و همکارانش در مقاله‌ای ضرورت تغییر مراکز خدمات جامع سلامت به مرکز آموزش پزشکی پاسخ‌گو را بررسی کردند و مدل ۸ مرحله‌ای کاتر را برای این تغییر پیشنهاد کردند (۱۵).

از یافته‌های دیگر مطالعه حاضر، فقدان زیرساخت‌های لازم برای پرونده‌های الکترونیک بود. مطالعات زیادی در ایران نتایج مشابهی را گزارش کرده‌اند، از آن جمله مطالعه کاس‌کلدره و همکاران (۱۶)، مطالعه محمدی بلبان آباد (۱۴) و مطالعه عابدی و همکاران (۱۸) است که نشان‌دهنده عدم وجود زیرساخت‌های لازم برای پرونده الکترونیک سلامت در کشور است. مطالعه فریدید و همکارانش نیز نشان داد که یکی از مشکلات برنامه پزشکان خانواده، عدم دسترسی به پرونده الکترونیک سلامت بیماران است (۱۷).

در مطالعه حاضر، یافته‌ها نشان داد که مشغله زیاد اساتید در بخش‌های بالینی به‌عنوان یک چالش در آموزش بالینی برای دانشجویان، مطرح است. این مشغله به‌دلیل کمبود عضو هیئت

کم‌تر از یک هفتم دانشگاه‌های علوم پزشکی در دوره مقدمات بالینی این امکان را برای دانشجویان فراهم کرده‌اند. هم‌چنین تعداد روزهایی که دانشگاه‌های مختلف در هر دوره به آموزش پزشکی خانواده اختصاص داده بودند، بسیار متفاوت بود. از سوی دیگر دانشگاه‌های مختلف برای تدریس دروس مرتبط با پزشکی خانواده از افراد با تخصص‌های مختلف استفاده کرده‌اند. مجموع این نتایج حاکی از آن بود که این برنامه آموزشی از الزامات قانونی و مقرراتی که اجرای آن را برای همه دانشگاه‌های علوم پزشکی در ایران الزام‌آور کند، برخوردار نیست.

نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که این برنامه آموزشی از فقدان یک پروتکل آموزشی که تعداد روزهای آموزش، تخصص و تعداد اساتید در هر مقطع مشخص شده باشد، رنج می‌برد و در هر دانشگاه به‌طور سلیقه‌ای عمل می‌شود. مصدق و همکاران در مطالعه خود به چالش‌های برنامه‌ریزی در دانشگاه علوم پزشکی پرداخته و غیرقابل پیش‌بینی بودن برنامه‌ها، دانش و مهارت ضعیف مدیران در برنامه‌ریزی، نداشتن مدل مناسب برنامه‌ریزی را از مهم‌ترین چالش‌ها در دانشگاه‌های علوم پزشکی دانسته‌اند، که برنامه‌ریزی تحصیلی را نیز متأثر ساخته است. برنامه پزشک خانواده نیز دچار ضعف در برنامه‌ریزی مشخص و واحد در دانشگاه‌های علوم پزشکی است (۹).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در بین مقاطع مختلف آموزش پزشکی، تنها در مقطع کارورزی در ۶ دانشگاه از ۵۱ دانشگاه از متخصصین پزشک خانواده، جهت تدریس استفاده شده است. نتایج کیفی مطالعه حاضر نیز نشان‌دهنده کمبود تعداد اساتید پزشک عمومی از جمله پزشک خانواده در گروه‌های بالینی بود. در حالی که در گزارش کار گروه ماموریت ویژه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در خصوص آموزش پزشکی خانواده تاکید شده است و با توجه به این که متخصص پزشک خانواده آموزش‌های لازم را برای اجرای مسئولیت‌های پزشک خانواده دیده است، بسیار ضروری است که در همراهی دانشجویان و توان‌افزایی آن‌ها از حضور متخصص پزشک خانواده بیشتر استفاده شود (۱۰).

نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که یکی از چالش‌های مربوط به گروه‌های آموزشی بالینی، اولویت دادن برنامه‌های بالینی بر برنامه آموزش پاسخگو است. مطالعه مهرالحسنی و همکارانش در سال ۱۴۰۰ این نتایج را تایید و بیان می‌نماید که رویکرد نظام آموزش پزشکی در ایران برای آموزش پزشکان عمومی،

آموزش و عدم امکان اضافه کردن مباحث جدید به برنامه آموزشی است. مطالعه بیگ زاده و همکارانش در زمینه چالش‌های آموزش بالینی در ایران نیز نشان داد که یکی از مشکلات آموزش پزشکی سرپایی به پزشکان، فرصت و زمان محدود آموزشی است (۱۹).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان‌دهنده وجود چالش‌های زیاد در حوزه‌های مرتبط با گروه‌های آموزشی بالینی، عرصه مراکز جامع سلامت، زیرساخت‌ها، دانشجویان و کوریکولوم برنامه آموزشی پزشکی خانواده در ایران است که هر نوع برنامه‌ریزی برای برنامه پزشک خانواده، بدون بررسی دقیق و اصلاح این چالش‌ها در حوزه آموزش، می‌تواند منجر به شکست شود. در پژوهش حاضر بررسی وضعیت آموزشی پزشکان خانواده با ترکیبی از روش‌های کمی و کیفی صورت گرفت، اما به دلیل این که این مطالعه منعکس‌کننده دیدگاه همه ذینفعان و گروه‌های مختلف ذیربط مانند گیرندگان خدمات یا دست‌اندرکاران ارائه خدمات، اساتید و غیره نیست، از جامعیت کافی برخوردار نمی‌باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد مطالعات کیفی بیشتری با همه ذینفعان، به‌منظور بررسی و تعیین وضعیت آموزشی پزشکان خانواده در ایران انجام شود و نتایج این بررسی‌ها در برنامه‌ریزی و اصلاح برنامه‌های آموزش پزشکی خانواده به کار رود.

### قدردانی

این مطالعه ذیل پروژه "تحلیل سیستمی برنامه پزشک خانواده ایران: رویکردی جامع و چندبخشی" و موافقت کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گیلان به شماره IR.GUMS.REC.1401.144 انجام شده است. نویسندگان مقاله تشکر و قدردانی صمیمانه خود را از کلیه شرکت‌کنندگان در این مطالعه که با دقت و انگیزه به سوالات پاسخ دادند، اعلام می‌دارند.

### References

1. Doshmangir L, Bazayar M, Doshmangir P, Mostafavi H, Takian A. Infrastructures required for the expansion of family physician program to urban settings in Iran. Arch Iran Med 2017; 20 (9): 589-597.
2. Nasrollahpour Shirvani SD.[The Implementation of Family Physician Program in IR Iran: Achievements and Challenges]. J Babol Univ. Medical Sci 2014;16 (3): 15-26. [Persian]
3. Mafton F, Farzadi F, Montazeri A, AeenParast A. Contract performance and training conditions in family physician and referral system: the providers' perspectives. Payesh 2016 ; 15(1): 19-25. [Persian]
4. Aghdak P, Changiz T, Heidarzadeh A, Bagherikholejani F. Selecting the appropriate method of training family physicians in Iran to achieve EMRO-declared perspective by 2030. Int J Prev Med 2021; 12: 111: 1-7.

علمی و مشغله زیاد در بخش‌های بالینی است که سبب می‌شود که اساتید نتوانند فرصت و زمان کافی را به آموزش دانشجویان در این دوره اختصاص دهند. این یافته با نتیجه مطالعه بیگ‌زاده هماهنگی دارد که از دلایل عدم پرداختن به آموزش سرپایی در بخش‌های بالینی را مشغله و مسئولیت‌های زیاد اساتید در گروه بالینی و خستگی آن‌ها از کار عنوان کرده است (۱۹). تأمین هیات علمی بیشتر در این دوره می‌تواند یکی از راهکارهای حل این مشکل باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که دانشجویان انگیزه کافی برای یادگیری به دلیل نواقص نظام ارجاع، حقوق ناکافی و عدم رضایت شغلی ندارند. مطالعات زیادی به بررسی عوامل از بین‌برنده انگیزه در بین پزشکان خانواده پرداخته‌اند (۱۴،۲۰،۲۱). مطالعه بیاتی و همکاران عدم پرداخت حقوق و مزایای به موقع و حجم زیاد فعالیت‌ها در قبال هزینه دریافتی با توجه به تنوع و گستردگی فعالیت‌ها و تسهیلات رفاهی ناکافی به خصوص در مناطق روستایی (۲۰)، و مطالعه هوشمند و همکارانش ناکافی بودن حقوق پزشکان، تأخیر در پرداخت حقوق، عدم تناسب اختیار و مسئولیت پزشکان و نادیده گرفتن ارزش و شخصیت پزشکان در ارزیابی برنامه و در نتیجه عدم استقبال پزشکان را (۲۱) از جمله عوامل از بین‌برنده انگیزه پزشکان خانواده بیان کرده‌اند. محمدی بلبان آباد و همکارانش نیز در مطالعه‌ی خود به مکانیسم‌های انگیزشی نامناسب و ماندگاری پایین پزشکان در برنامه پزشک خانواده اشاره نمودند (۱۴). لذا به نظر می‌رسد ارتقاء سطح حقوق و مزایا، ایجاد راهکارهای قانونی که سبب ارتقاء موقعیت شغلی پزشکان خانواده می‌گردد و اصلاح نظام ارجاع می‌تواند از راهکارهایی باشد که سطح انگیزه برای ورود و ادامه فعالیت پزشکان در این رشته را ایجاد کند. نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که یکی از چالش‌های مربوط به برنامه آموزشی، وجود تعداد زیاد واحد درسی در برنامه



5. Ferdosi M, Goli F, Aghili G, Daneshvar SM. A Brief History of Family Medicine Development and Training in Iran (2005-2018). *Int J Body Mind Culture* 2018; 5 (2): 89-93.
6. Delavari S, Arab M, Rashidian A, Nedjat S, Gholipour Souteh R. A qualitative inquiry into the challenges of medical education for retention of general practitioners in rural and underserved areas of Iran. *J Prev Med Public Health* 2016; 49 (6): 386-93. [DOI:10.3961/jpmph.16.062]
7. Gharibi F, Dadgar E. Pay-for-performance challenges in family physician program. *Malays Fam Physician* 2020 ; 15 (2): 19-29.
8. Dehnavieh R, Kalantari AR, Jafari Sirizi M. Urban family physician plan in Iran: challenges of implementation in Kerman. *Med J Islam Repub Iran* 2015; 29: 303.
9. Mosadeghrad AM, Dargahi H, Roozbahani M. Planning in University of medical sciences: Challenges and solutions. *Teb va Tazkiye* 2020; 29 (3): 212-34.
10. Arabi A, Alvandi M, Heidarzadeh A, Rezaei M, Razavi M, Rahbar MR, et al.[Report of the working group of the special mission of family physician and the referral system regarding family medical education: 2021. [Persian]
11. Mehrolohasani MH, Kohpeima Jahromi V, Dehnavieh R, Iranmanesh M. Underlying factors and challenges of implementing the urban family physician program in Iran. *BMC health services research* 2021; 21 (1) 1336: 1-12. [DOI:10.1186/s12913-021-07367-3]
12. Farzadfar F, Jafari S, Rahmani Kh, Valiee S, Bidarpour F, Molashkhi M, et al.[Views of managers, health care providers, and clients about problems in implementation of urban family physician program in Iran: A qualitative study]. *Sci J Kurd Univ Med Sci*; 22(5): 66-83. [Persian]
13. Alaei H, Amiri Qaleh Rashidi N, Amiri M. [A qualitative analysis on family physician's program to identify the causes as well as challenges of the failure of program accomplishment]. *JHOSP*; 19 (3): 55-66. [Persian]
14. Mohammadi Bolbanabad J, Mohammadi Bolbanabad A, Valiee S, Esmailnasab N, Bidarpour F, Moradi G.[The Views of Stakeholders about the Challenges of Rural Family Physician in Kurdistan Province: A Qualitative Study]. *IRJE*; 15(1): 47-56. [Persian]
15. Rahbar Taramsari M, Heidarzadeh A, Khoshrang H, Mohseni F, Dadgaran, Taheri M, et al. [Development the field of accountable education: along the way from the comprehensive health service center to the social accountable medical education center: The need for change]. *RME*. 2021; 13 (4): 76-79. [Persian] [DOI:10.52547/rme.13.4.76]
16. Kaskaldareh M, Najafi L, Zaboli R, Roshdi I.[Explaining the Barriers and Deficiencies of a Family Physician Program Based on Electronic Health Record: A Qualitative Research]. *TB* 2021; 20 (2): 12-26. [Persian]
17. Fardid M, Jafari M, Moghaddam AV, Ravaghi H. Challenges and strengths of implementing urban family physician program in Fars Province, Iran. *J Educ Health Promot* 2019; 8:36: 1-8.
18. Abedi G, Marvi A, Soltani Kentaie SA, Abedini E, Asadi Aliabadi M, Safizadehe Chamokhtari K, et al. [SWOT analysis of implementation of urban family physician plan from the perspective of beneficiaries: A qualitative study]. *J Maz Univ Med* 2017; 27(155): 79-93. [Persian]
19. Beigzadeh A, Yamani N, Bahaadinbeigy K, Adibi P. Challenges and problems of clinical medical education in Iran: a systematic review of the literature. *SDME* 2019;16(1): 1-15. [DOI:10.5812/sdme.89897]
20. Bayati A, Ghanbari F, Maleki A, Shamsi M, Jafari M.[Effective factors influencing family medicine programme dynamics with regard to viewpoints of involved physicians: A qualitative study]. *DANESHMED* 2015; 22 (117): 39-48. [Persian]
21. Hooshmand E, Nejatzadegan Z, Ebrahimipour H, Bakhshi M, Esmaili H, Vafaenajar A. Rural family physician system in Iran: Key challenges from the perspective of managers and physicians, 2016. *Int J Healthc Manag* 2019; 12 (2): 123-30. [DOI:10.1080/20479700.2017.1402422]