

The Approach of Full-time Faculty Members in Clinical Practice: A Qualitative Study

Mohammad Reza Yousefi ^{1,*}, Mohammad Hossein Taziki ²

¹ General practitioner, Master of Medical Education, Coach, Center for the Study of Medical Education, Golestan University of Medical Sciences, Iran

² Department of Surgery, Faculty of Medicine, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

Received: 14 May 2017

Accepted: 20 Nov 2017

Keywords:

Full-time Clinical Faculty
Plan Health Access
Responsive Training

© 2018 Baqiatallah
University of Medical
Sciences

Abstract

Introduction: The broad spectrum of faculty tasks, combined with increased efficiency, require full-time and effective participation. Therefore, the activities of faculty members in the health promotion plan are implemented on a full-time basis. The purpose of this study was to evaluate the attitude and function of full-time clinical faculty members in educational activities with optimal therapeutic services in order to meet the needs of people with the lowest concern in paying for the medical expenses of medical staff in Gorgan.

Methods: In this qualitative study, 17 full-time full-time faculty members were selected in the Health Promotion Plan based on the goal. Subsequently, deep, wide, and comprehensive interviews (face to face) were performed to individual data saturation. The text of the Harvey interview was written in Van Mannan was subjected to analysis of the content in four stages. The conceptual concepts (themes) were extracted from it.

Results: Using handwritten analysis, a significant number of themes were extracted from the original and three main themes of the main theme of the theme, each of which was subdivided into sub-themes. Inside the main theme in the three categories are "the benefits and necessity of all members of the clinical faculty in the plan of health evolution with the theme or sub-theme," "challenges 7 with themes or sub-themes," and "5 ways or sub-topics" This is explained in the main and minor themes by sentences of the participants in the study.

Conclusions: It seems that in the implementation of social justice and community access to services and timely response to the needs of the population by benefiting patients from optimal services at a cheaper rate, they require adequate infrastructure and supervision and adequate supervision. It is necessary to ensure that the tariffs and timely payments of the special clinics as their business identity office Maintain and increase their satisfaction. Awareness of the patient's ability to provide responsive training.

* **Corresponding author:** Mohammad Reza Yousefi, General practitioner, Master of Medical Education, Coach, Center for the Study of Medical Education, Golestan University of Medical Sciences, Iran. E-mail: dr.mryousefi@yahoo.com

رویکرد و عملکرد اعضای هیئت علمی بالینی تمام وقت در طرح تحول سلامت - مطالعه کیفی

محمد رضا یوسفی^{۱*}، محمدحسین تازیکی^۲

^۱ پزشک عمومی، کارشناس ارشد آموزش پزشکی، مربی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ایران

^۲ متخصص جراحی گوش و حلق و بینی، دانشیار، گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

چکیده

مقدمه: طیف گسترده وظایف هیئت علمی همراه با افزایش کارایی مستلزم حضور تمام وقت و مؤثر می‌باشد. لذا فعالیت اعضای هیأت علمی در طرح تحول سلامت بصورت تمام وقت اجرا می‌گردد. هدف این مطالعه بررسی رویکرد و عملکرد اعضای هیئت علمی بالینی تمام وقت در فعالیتهای آموزشی توأم با خدمات بهینه درمانی به منظور پاسخگویی به نیازهای مردم با کمترین دغدغه در پرداخت هزینه هادردانشکده پزشکی گرگان می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کیفی ۱۷ تن از اعضای هیئت علمی بالینی تمام وقت در طرح تحول سلامت باروش مبتنی بر هدف انتخاب شدند. سپس مصاحبه‌های عمیق، وسیع و نیمه ساختار و متقابل (چهره به چهره) تا اشباع داده‌ها به صورت انفرادی صورت گرفت. متن مصاحبه‌ها روی کاغذ نگاشته و با روش ون‌مانن در چهار مرحله مورد تجزیه و تحلیل محتوایی موضوعی قرار گرفتند و مضمون‌ها و کدهای مفهومی (تم) از آن استخراج شدند.

یافته‌ها: با استفاده از تحلیل دست نوشته‌ها، تعداد قابل توجهی مضمون‌ها یا درون‌مایه اولیه و سه درون‌مایه اصلی "تم" که هر یک چند درون‌مایه فرعی داشتند، استخراج شد. درون‌مایه اصلی در سه طبقه، شامل "فوائد و ضرورت تمام وقتی اعضای هیئت علمی بالینی در طرح تحول سلامت یا درون‌مایه فرعی"، "چالش‌ها یا درون‌مایه فرعی" و "راهکارها یا درون‌مایه فرعی" دسته بندی شدند که این درون‌مایه‌های اصلی و فرعی با جملاتی از بیانات شرکت کنندگان در مطالعه توضیح داده شد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد در تأمین عدالت اجتماعی و دسترسی جامعه به خدمات و پاسخگویی بهنگام به نیازهای مردم با بهره‌مندی بیماران از خدمات بهینه با نرخ ارزان‌تر، مستلزم بستر مناسب زیرساخت‌ها و نظارت کافی و پویا می‌باشد و ضرورت دارد با واقعی نمودن تعرفه‌ها و پرداختی‌های به موقع و راه اندازی کلینیک‌های ویژه بعنوان مطب هویت شغلی آنان حفظ و موجب افزایش رضایت‌مندی‌شان گردد. و تمهیداتی صورت گیرد تا با ویزیت بیماران، فرصت آموزش پاسخگو فراهم گردد...

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۸/۲۹

واژگان کلیدی:

هیئت علمی بالینی تمام وقت
طرح تحول سلامت
آموزش پاسخگو

تمامی حقوق نشر برای
دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
(عج) محفوظ است.

مقدمه

در هر دو مکانیسم، داشتن نیروی انسانی تمام وقت ضروری است، یعنی کسی که در حوزه پژوهش و آموزش مشغول به فعالیت می‌شود، نباید به این شیوه باشد که ۵ ساعت از وقتش را در جایی صرف کند و در نتیجه دو ساعت را در جای دیگری و به جای او فرد دیگری نیروها را آموزش دهد و رزیدنت به جای او سر کلاس برود. در حوزه ارائه خدمات سلامت نیز برای اینکه فردی که مسوول ارائه خدمتی در سطح دوم یا سوم است، بتواند خدمت خود را مطلوب ارائه دهد و بیمار از بخش دولتی به بخش خصوصی نرود، باید این جداسازی اتفاق بیفتد. این تجربه در کشورهای اروپایی انجام شده و الان در اروپای غربی ماهیت پزشکی به همین صورت است؛ مثلاً کشورهای اسکانداوینی، انگلستان، ایتالیا و سوئیس فرد یا در مجموعه دولتی خدمت می‌کند یا در بخش خصوصی، ولی الزام اجرای این جداسازی در بخش دوم این مصوبه است [۱، ۲].

در چشم‌انداز ۲۰ ساله، ما می‌خواهیم رتبه یک تولید دانش و توسعه خدمات سلامت را در منطقه دست پیدا کنیم. برای اینکه بتوانیم این کار را در بعد دانش انجام دهیم، باید نظام آموزشی و پژوهشی پویا و تمام وقتی داشته باشیم و برای اینکه بتوانیم در حوزه سلامت، خدمات را به صورت ساماندهی شده توزیع کنیم، باید نظام سطح‌بندی و ارجاع را پیاده کنیم [۱، ۲].

نیروی انسانی متعهد و توانمند یکی از ارکان اصلی توسعه و رشد دانشگاه محسوب می‌شود، به منظور استفاده مفیدتر از خدمات و توانمندیهای علمی و پژوهشی و درمانی اعضای هیأت علمی از طریق حضور و فعالیتهای بیشتر در دانشگاه طرح محرومیت از مطب برای اعضای هیأت علمی دانشکده علوم پایه پزشکی و در طرح تحول سلامت طرح تمام وقت برای سایر اعضای هیأت علمی طبق ضوابط قانون تمام وقت جغرافیایی پزشکان اجرایی گردد [۱، ۲].

آموزش و پژوهش اختصاص داده شده است، ارائه داد. این مقاله آثار تکامل مفهوم "تمام وقت" برای دانشکده بالینی و عواملی که اجرای آن را تحت تأثیر قرار داده‌اند توصیف می‌کند. بین ۱۹۱۰ و ۱۹۳۰، سیستم تمام وقت برای دانشکده بالینی در تعداد محدودی از مدارس پزشکی اجرا شد، اما عدم تأمین مالی از سیستم به طور کلی بلا استفاده شد. در ادامه اجرای مفهوم تمام وقت "جغرافیایی" در طول از ۱۹۴۰ تا ۱۹۶۰ به دانشکده این مجوز در نظر گرفته شد که بسیاری از درآمد خود را از عملکرد بالینی تأمین کند. حتی پس از آن، نگرانی و فشار بر دانشکده در رشته پزشکی برای افزایش فعالیت بالینی خود پس از ظهور ارائه دهندگان آموزش پزشکی خصوصی و عمومی، درخصوص درآمد بالینی به دست آمده در مقابل گسترش قابل توجه در تعداد اعضای هیات علمی بالینی تمام وقت در طول ۴۰ سال آینده تحریک و تشدید گردید. در ۱۰۰ سال پس از گزارش Flexner، دانشکده بالینی "تمام وقت" اما نه در راه Flexner که تصور می‌کرد به جای استخراج حقوق خود از منابع دانشکده پزشکی، آن‌ها به طور قابل توجهی نیاز کمک به تأمین مالی نهادی از طریق عمل خود را دارند. نگرانی Flexner در مورد "انحراف" از عملکرد بالینی تداخل با مشارکت اعضای هیات علمی در آموزش و پرورش است امروز باقی مانده یک موضوع اصلی در آموزش پزشکی می‌باشد [۶].

کلیات طرح تحول سلامت، در تقویت سیستم دولتی از ابعاد مختلف برخوردار است و در حقیقت برای ساماندهی تعرفه‌ها و هزینه‌ها راهی جز تقویت سیستم دولتی، ارتقا کیفیت ارائه خدمات و ایجاد فضای رقابتی نداریم. با تقویت زیرساخت‌های بخش دولتی این فرصت برای بیمار فراهم می‌شود که بین بخش خصوصی و دولتی انتخاب کند و اگر بسته ارتقا کیفیت ویزیت به درستی اجرا شود به تدریج اعتماد به بیمارستان‌های دولتی افزایش می‌یابد. دور بودن هیات علمی از ساختار اجرایی باعث می‌شود درک درستی از محدودیت‌ها نداشته باشد. در واقع حجم عملیاتی که در دانشگاه و بیمارستان‌ها پیگیری می‌شود آن قدر زیاد است که حتی اگر بخواهیم، فرصت پرداختن به جزئیات را نخواهیم داشت [۵].

فعالیت اعضای هیات علمی در طرح تحول سلامت بصورت تمام وقت اجرا می‌گردد و فرد باید به صورت کامل در اختیار دانشگاه باشد و امروزی تعداد قابل توجهی از افرادی که این طرح شامل حال آنها می‌شود، در زمان مربوطه در محل‌های دیگری فعالیت کرده و مشغول درآمدزایی هستند که رفع این موضوع، اصلاح نقاط ضعف سیستم و نظارت بیشتر را طلب می‌کند. لذا طرح تمام وقت جغرافیایی در طرح تحول سلامت چنانچه مورد اصلاح واقع شده و با خصوصیات یاد شده به اجرا درآید، به سود بخش آموزش پزشکی و درمان بیماران تمام می‌شود. اجرای قانون تمام وقتی هیات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی در طرح تحول سلامت این امکان را فراهم می‌کند تا ضمن بهره برداری از خدمات تخصصی و مطلوب یک فرد متخصص، او را در امر آموزش نیز به کار گیرند [۵].

از آنجاکه طرح تحول نظام سلامت طبق قانون اساسی جزء وظایف ذاتی دولت بوده است و طبق این قانون بیمه‌ها باید ۹۰ درصد هزینه درمان را پرداخت کنند و مردم ۱۰ درصد، اجرای طرح تحول نظام سلامت وظایف اصلی دولت بوده، یعنی بیماری که مراجعه می‌کند باید ۱۰ درصد هزینه‌ها را بدهد و ۹۰ درصد را بیمه‌ها و دولت متقبل شوند. حتی

در طرح تحول سلامت برای اینکه تفاوت بین بخش دولتی و خصوصی باعث نشود که نخبگان از بخش دانشگاهی و دولتی خارج شوند در ازای این خدمات، دولت موظف است که پرداخت‌هایش به جامعه پزشکی را واقعی کند. البته این موضوع به صورت یک بسته دیده شده است. میزان نرخ خدمت فنی در بخش خصوصی و دولتی یکی و تفاوت در استهلاک منابع و نه در نوع خدمت دیده شده است. مجموعه این بسته باید با هم اجرا شود تا این طرح با موفقیت اجرا شود و اگر سایر بخش‌ها اجرا نشود، این بخش هم طبیعتاً با مشکل روبه‌رو خواهد شد. برای اجرای موفق این طرح باید نفرهای ویژه ساماندهی شوند، وضعیت و گرفت‌های آموزشی و پژوهشی ساماندهی شوند و نوع پرداخت‌ها باید تغییر کند که همه این کارها باید در اجرا با هم انجام شود تا آن خواسته کلانی که اجرای قانون تمام وقتی در طرح تحول سلامت به دنبال آن است، محقق شود. در کل اگر مجموعه بسته با هم اجرا شود، پزشکان از این طرح استقبال می‌کنند و بیماران هم با نرخ ارزان‌تر از خدمات بهینه بهره‌مند می‌شوند [۱، ۲].

طرح تمام وقتی جغرافیایی پزشکان از اولویت‌های مهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و از تکالیف قانونی مندرج در برنامه پنجم توسعه است که بر اساس آن پزشکان ستادی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی حق کارکردن در بخش غیردولتی را ندارند و هدف از اجرای آن ارتقای کیفیت کار پزشکان عنوان شده است. در طرح تحول سلامت تاکید شده است پزشکان متخصصی که می‌خواهند در دانشگاه‌ها و مراکز دولتی خدمت کنند دیگر نباید در بیمارستان‌های خصوصی اشتغال داشته باشند، یعنی باید تمام وقت خود را در بیمارستان‌های دولتی سپری کنند [۳، ۴].

مصوبه طرح قانون تمام وقت جغرافیایی پزشکان در طرح تحول سلامت بر این نکته تاکید دارد که پزشکان تمام وقت جغرافیایی، مجاز به فعالیت پزشکی در مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی و خیریه نیستند [۳، ۴].

ایده اشتغال استادان تمام وقت (جغرافیایی) در دانشگاه‌های علوم پزشکی، سابقه‌ای دیرینه دارد و قبل از انقلاب در دانشگاه شیراز به پیروی از سیستم دانشگاه‌های آمریکا اجرا می‌شده است [۵]. بعد از انقلاب نیز در برخی مراکز خاص و تک‌تخصصی مانند بیمارستان قلب شهید رجایی، این الگو اجرا شده و سال‌ها نیز استادان جوان در برخی دانشگاه‌های علوم پزشکی در بدو استخدام به صورت تمام وقت جغرافیایی شروع به کار کرده و همزمان در کلینیک‌های ویژه بیمارستان‌ها بیماران خود را به صورت نیمه خصوصی ویزیت می‌کردند و پس از چند سال با توجه به مشکلات و موانع، عطای آن را به لقای بخشیده و وارد بخش خصوصی می‌شدند [۵].

طی دوران اصلاحات به خصوص سال‌های ۸۰ تا ۸۴، این طرح با جدیت بیشتری دنبال شد و استادان جوان در برخی دانشگاه‌ها مشروط بر قبول طرح تمام وقت جغرافیایی استخدام می‌شدند و از سوی دیگر در همین دوران یک بیمارستان فوق تخصصی قلب و عروق (مرکز قلب تهران) راه‌اندازی شد که تمامی اعضای هیات علمی آن تمام وقت جغرافیایی هستند [۵].

Flexner در گزارش ۱۹۱۰ خود تحت عنوان آموزش پزشکی در ایالات متحده و کانادا، یک مدل ایده آل آموزش پزشکی که شامل مبتنی بر دانشگاه پیشرفته، تمام وقت و دانشکده حقوق بگیر که زمان را به

اعضای هیئت علمی بالینی در طرح تحول سلامت ضرورت دارد چی به ذهن شما می‌اید برایم بازگو نمائید؟" فواید آن را بیان فرمائید. چالش‌ها و مشکلات احتمالی در اجرای طرح تمام وقتی را بیان فرمائید. آیا شرایط و موقعیتی را به خاطر دارید که تجربه کرده باشید، بیان دارید؟ و بقیه سؤالات کاوشی خواهد بود. پژوهشگر پاسخ شرکت کنندگان را با استفاده از سؤالات کاوشی نظیر می‌توانید بیشتر توضیح بدهید؟ و یا وقتی می‌گوئید، منظور شما چیست؟ مورد کنکاش بیشتر قرار می‌گرفت. مصاحبه توسط MP3 ضبط می‌شدند. مصاحبه‌های ضبط شده به رشته تحریر در می‌آمدند و به همراه یادداشت‌های برگرفته از مشاهدات محقق با استفاده از یک سری مراحل بخصوصی از جمله بازکردن کدها، محوری کردن کدها و کدبندی انتخابی مورد تحلیل قرار می‌گرفتند. جمع آوری داده‌ها تا زمانی که احساس می‌شد داده‌ها اشباع نشده‌اند، ادامه می‌یافت. مرحله اشباع مرحله‌ای است که احساس می‌شد مصاحبه با فرد دیگری ضرورت ندارد زیرا داده‌های جدید تنها تکرار مصاحبه‌های قبلی هستند و اطلاعات تازه دیگری با مصاحبه بعدی حاصل نخواهد شد. نکته مهم این است که جمع آوری داده‌ها و بازکردن کدها همزمان انجام می‌شد و این فرآیند به صورت مداوم و تدریجی انجام می‌گرفت. به محض این که اشباع تئوریک حاصل می‌گردید و جمع آوری داده‌ها پایان می‌یافت، کدگذاری محوری و انتخابی صورت می‌گرفت. محقق در پایان هر مصاحبه گزارشی کوتاه در مورد روند مصاحبه و نکات مهم آن به صورت دست نوشته تهیه کرد که در تحلیل داده‌ها مورد توجه قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها در این مطالعه باروش و مانن انجام پذیرفت. معمولاً تحلیل مطالعات کیفی در چهار مرحله صورت می‌گیرد که به شرح زیر است:

الف) تعیین و به دست آوردن معنی پدیده مورد مطالعه
این اولین مرحله تحلیل است. برای اینکه معنی کلی پدیده مورد بررسی را درک کنیم، باید متن مصاحبه‌های انجام شده را بارها و بارها خواند و مصاحبه‌های ضبط شده را چندین بار به دقت گوش کرد و شنید به طوری که از طریق شنیدن کافی مصاحبه‌ها را درک کرد و از این طریق ادراک عمیقی بین متن نوشته شده و مصاحبه ضبط شده فراهم شود. که در این مطالعه مصاحبه‌های ضبط شده به رشته تحریر درآمدند، و تبدیل به متن‌های نوشتاری شدند. هر متن نوشتاری با شماره و حروف بزرگ مشخص می‌شد.

استخراج داده‌ها: داده‌ها از مصاحبه‌ها استخراج می‌شدند و سپس به «واحد‌های معنایی» یا متن‌های گلچین شده کوچکتر مرتبط با پدیده مورد نظر تبدیل می‌گردیدند. تعیین واحدهای معنایی از طریق بررسی متن مصاحبه‌ها و به وسیله شناسایی عبارت‌ها و اظهارنظرهایی بود که در ارتباط با پدیده مورد نظر ارائه شده بودند. واحدهای معنایی یا متن‌های گلچین شده همواره همان واژه‌هایی واقعی بودند که شرکت کنندگان به صورت زنده (حضوراً) مطرح کرده بودند، که به صورت شاهد و مدرکی برای استفاده محقق در جهت تأیید موضوع یا، تم (که محقق آن را بعداً می‌سازد)، حفظ می‌شد.

ب) تبدیل واحدهای معنایی Meaning Unit یا متن‌های گلچین شده به زبان علمی (تشکیل عبارت همسان Consistent Statement):

در متون نوشتاری از طریق بررسی سطحی و گذرا Spot Checking نکات کلیدی که همان واحدهای معنایی هستند، شناسایی می‌شدند، و

در این طرح ۳۰۰ خدمت جدید تحت پوشش بیمه قرار گرفته است و بودجه طرح تحول نظام سلامت در سال‌های آتی به منابع بیمه‌ها اختصاص داده خواهد شد. ولی همواره بر این مهم که آموزش نباید با اجرای این طرح مورد غفلت واقع شود، توجه بیشتر به مقوله‌های آموزش و پژوهش در کنار اجرای طرح تحول نظام سلامت، تأکید شده است [۵]. سه عامل مهم برخورداری از هویت مستقل پزشکی، منافع مالی بخش خصوصی در بعضی رشته‌ها و ثبات آینده حرفه‌ای پزشکی در طرح تحول نظام سلامت و طرح تمام وقت جغرافیایی اساتید تعیین کننده است [۶].

به منظور استفاده مفیدتر از خدمات و توانمندی‌های علمی و پژوهشی اعضای هیأت علمی رسمی و پیمانی از طریق حضور و فعالیتهای بیشتر در دانشگاه طرح محرومیت از مطب برای اعضای هیأت علمی دانشکده علوم پایه پزشکی و طرح تمام وقت برای سایر اعضای هیأت علمی طبق ضوابط قانون تمام وقت جغرافیایی پزشکان در طرح تحول سلامت اجرا می‌گردد. مطالعه حاضر با هدف بررسی رویکرد و عملکرد اعضای هیئت علمی بالینی تمام وقت در تأمین عدالت اجتماعی و دسترسی جامعه به خدمات و پاسخگویی به نیازهای مردم با بهره‌مندی بیماران از خدمات بهینه با نرخ ارزان‌تر در طرح تحول سلامت دانشکده پزشکی گرگان انجام شده است.

روش کار

این مطالعه به روش کیفی و از رویکرد مطالعه موردی و از نوع تحلیل محتوایی استفاده شده است. جامعه مورد مطالعه در این تحقیق اساتید با تجربه و صاحب نظر در گروه‌های مختلف آموزش بالینی در دانشکده پزشکی گرگان می‌باشد. معیارهای ورود به مطالعه، عضو هیئت علمی بالینی تمام وقت در طرح تحول سلامت دانشکده پزشکی، و نیز تمایل آن‌ها به انجام و ضبط مصاحبه با ایشان بود. با توجه به رویکرد مطالعه انجام مصاحبه‌ها تا اشباع داده‌ها ادامه می‌یافت. انتخاب هر فرد جهت ادامه مصاحبه‌ها با توجه به معیارهای ورودی تعیین می‌گردید. روش و ابزار جمع آوری داده‌ها در این مطالعه مصاحبه‌های عمیق با اساتید با تجربه و صاحب نظر بالینی تمام وقت در طرح تحول سلامت در گروه‌های مختلف آموزش بالینی در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان بود. مصاحبه عمیق، وسیع و نیمه ساختار و متقابل (چهره به چهره) بودند. مصاحبه هاضب و حداکثر ظرف ۴۸ ساعت دست نویس و کدبندی و تجزیه و تحلیل شده‌اند.

روش نمونه‌گیری در این تحقیق از نوع گلوله برفی مؤثر در آینده Snow Bale Prospective و مبتنی بر هدف و حداکثر تنوع از گروه‌های مختلف بالینی بوده است. تعداد نمونه بر اساس اشباع داده‌ها تعیین می‌گردید. بنابراین تعداد نمونه‌ها مهم نبوده، بلکه این تکرار و اشباع داده‌ها بود که به غنای اطلاعات کمک می‌نمود. در این مطالعه ابتدا پس از کسب اجازه از مقامات مسئول و از طریق مذاکره و هماهنگی با مصاحبه شونده‌گان در محلی که مصاحبه شونده‌گان تعیین می‌نمودند مصاحبه صورت می‌گرفت. پژوهشگر حتی الامکان سعی خواهد نمود شونده فعال باشد. زمان مصاحبه بیست تا چهل دقیقه و بستگی به وضعیت شرکت کننده خواهد داشت. جهت انجام مصاحبه‌ها از سؤالات نیمه ساختار یافته استفاده خواهد شد. مصاحبه با یک سؤال کلیدی آغاز می‌شد. سؤال‌ها شامل: " وقتی می‌گویم اجرای تمام وقتی

ارائه و فواید - چالش‌ها و امکان پذیر بودن و راهکارها با بیست و یک مفهوم اصلی وزیر مفهوم‌های مربوطه براساس اهداف مطالعه، از طریق سئوال‌ات مطرح شده که همگی پیرامون تمام وقتی جغرافیایی پزشکان در طرح تحول سلامت می‌باشد، استنتاج و دسته بندی گردیده‌اند. که بصورت کتابنامه سئوال‌ات مصاحبه، نمایه هر کدام در جدول ۱ مشخص و تعریف شده است.

مضمون (مقوله) اصلی: A: ضرورت اجرای طرح تمام وقتی اعضای هیئت علمی بالینی در طرح تحول سلامت و اثرات و فواید آن؛ این مضمون بر اساس استخراج و تحلیل داده‌های سئوال ۱ مصاحبه، مشتمل بر نه مضمون (مقوله) فرعی می‌باشد. که بصورت کتابنامه مقوله اصلی A در جدول ۲، نمایه هر کدام از آنها مشخص و تعریف شده‌اند.

نتایج حاصل از تحلیل داده‌های سئوال ۱ نشان می‌دهد که شرکت کنندگان نسبت به ضرورت اجرای طرح تمام وقتی جغرافیایی اعضای هیئت علمی بالینی در طرح تحول سلامت تاکید داشته‌اند. اما به یک اصل هم اعتقاد دارند و آن اینکه با اجرای کامل قانون، عدالت اجتماعی و دسترسی تمام افراد جامعه به خدمات پزشکی را فراهم می‌کنند. این خصوص یکی از شرکت کنندگان اظهار داشتند: آنگه این قانون کامل اجرا بشه پزشکان بالینی همیشه در دسترس مردم هستند و به نیازهای تخصصی و فوق تخصصی جامعه پاسخگویند. همچنین با همزمانی آموزش و درمان در مواجهه با بیمار و دسترس بودن و ایجاد فرصت آموزشی با افزایش تعداد و تنوع بیماران، وقت بیشتری برای آموزش مناسب و ویزیت بیماران با ارائه خدمات علمی روز فراهم می‌کند. در این خصوص یکی دیگر از شرکت کنندگان در پاسخ به این سئوال چه فوایدی دنبال خواهد داشت اظهار داشتند: با توجه به تعداد و تنوع بیماران، فرصت‌های آموزشی بیشتری فراهم میشه و همزمان درمان بیماران علمی تر انجام می‌گیره. و نیز ضمن درآمدزایی بیمارستانها، با کاهش هزینه‌های درمانی برای افراد جامعه و سوق دادن این هزینه‌ها به سمت بیمه‌ها، پاسخگوی نیازهای تخصصی و فوق تخصصی جامعه می‌باشد.

مضمون (مقوله) اصلی B: چالش‌ها و مشکلات احتمالی در اجرای طرح تمام وقتی جغرافیایی پزشکان:

این مضمون بر اساس استخراج و تحلیل داده‌های سئوال ۲ مصاحبه مشتمل بر چهار مضمون (مقوله) فرعی می‌باشد. که بصورت کتابنامه مقوله اصلی B، نمایه هر کدام از آنها در جدول ۳ مشخص و تعریف شده‌اند.

نتایج حاصل از تحلیل داده‌های سئوال ۲ که مضمون اصلی B و هفت مضمون (مقوله) فرعی از آن استخراج شده است، نشان می‌دهد که تقریباً همه شرکت کنندگان، مهیا نبودن بستر مناسب زیرساخت‌ها و شفاف نبودن تبیین و تامین منابع مالی و سخت افزاری و نظارت کافی و پویا، از مهمترین مشکلات اجرایی برنامه دانسته‌اند. در این خصوص یکی از شرکت کنندگان در پاسخ به این سئوال چالش‌ها و مشکلات احتمالی در اجرای طرح تمام وقتی را بیان فرمائید. اظهار داشتند: بستر مناسب زیرساخت‌ها برای اجرای این طرح مهیا نیست و تامین منابع مالی و سخت افزاری بطور شفاف تبیین نشده و نظارت کافی و پویا، برایش تعریف نشده همچنین عدم اجرای کامل و جامع قانون تمام وقتی در همه سطوح سازمانی، بی اعتمادی به آن و توجه ناکافی به جایگاه سازمانی و هویت شغلی پزشکان بدنبال خواهد داشت. در این خصوص

با استفاده از روش تحلیل محتوایی موضوعی Thematic Content Analysis، واحدهای معنایی مورد ارزیابی قرار می‌گرفتند و درهم ادغام می‌شدند تا عبارتهای واحد و همسو با متن اصلی مصاحبه تدوین گردد. این عبارتهای واحد در واقع موضوعات Theme تحقیق هستند. هر موضوع با استفاده از کدها که همان واژه‌هایی هستند که شرکت کنندگان به صورت زنده (حضوراً) مطرح کرده بودند، تحلیل می‌شدند. در آخرین مرحله این عبارات علمی را منظم و سازماندهی می‌کردیم تا یک وصف جامع از ماهیت پدیده (یعنی تم) بدست می‌آمد که گویای تجارب واقعی شرکت کنندگان بود. یافته‌ها در قالب مضمون‌هایی (مقوله‌هایی) بدست آمده معرفی، توصیف و تفسیر می‌شوند. این آخرین مرحله تحلیل است. مدل شماتیک مراحل تحلیل داده‌ها در مطالعات کیفی در زیر نشان داده شده است.

برای اطمینان از موثق بودن پژوهش از معیارهای معتبر بودن، قابلیت اعتماد، قابلیت انتقال و قابلیت تأیید، استفاده می‌شود. معتبر بودن یعنی درجه حقیقی بودن یافته‌های مطالعه و این که یافته‌ها بازتاب هدف پژوهش و واقعیت اجتماعی شرکت کنندگان در پژوهش هستند. اطمینان یا ثبات یافته‌ها با نسخه‌نویسی در اسرع وقت و فراهم نمودن موقعیت مشارکت کنندگان فراهم می‌گردد بدین منظور قابلیت اطمینان از طریق بازنگری متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده توسط محققان و اعضای هیئت علمی شرکت کننده مورد تأیید قرار خواهد گرفت. لذا یافته‌های این مطالعه به برخی از شرکت کنندگان ارائه شد و آنها نظریات خود را در مورد هماهنگی یافته‌ها با تجربیات خود به محقق ابراز نمودند بدین ترتیب، تأیید پذیری یافته‌ها مشخص خواهد شد. و نمان برای تأمین این معیار، پیشنهاد می‌کند که علاوه بر بازبینی توسط اعضاء می‌توان یافته‌های پژوهش را با کسانی که در زمینه پژوهش کیفی تجربه دارند، در میان گذاشت، بر این اساس یافته‌های مقدماتی مطالعه با دونفر که در این زمینه تجربه داشتند، و همچنین با مشاورین این مطالعه به بحث گذاشته شد. وقتی که معیار معتبر بودن برای یک پژوهش تأیید شود، بدین معنی است که معیار قابلیت اعتماد نیز تأیید شده است. محقق با انجام اقداماتی نظیر بازبینی توسط اعضاء و تحلیل همکاران که در بالا شرح آنها رفت، قابلیت اعتماد پژوهش را تأمین کرد. به عقیده لینکلن و گوبا، پژوهشگر کیفی نمی‌تواند قابلیت انتقال پژوهش را مشخص کند و وظیفه وی در این زمینه، تنها مهیا نمودن توضیحات مبسوط از یافته‌ها است، تا کسانی که علاقمند به بکارگیری این یافته‌ها در بافت دیگر هستند، بتوانند بر اساس این توضیحات، ارزیابی قابل اعتمادی در این زمینه انجام دهند لذا برای قابلیت تأیید در این تحقیق نگارش یافته‌ها به گونه‌ای صورت خواهد گرفت که سایر محققین نیز بتوانند قادر به درک تجربه اساتید و دانشجویان از اخلاق حرفه‌ای و دستیابی مشابه باشند.

یافته‌ها

در این مطالعه با ۱۷ تن از اعضای هیئت علمی بالینی تمام وقت در طرح تحول سلامت که از اعضای هیئت علمی گروه‌های آموزشی بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان بودند، مصاحبه انجام شد. چهار نفر از مشارکت کنندگان خانم هستند و بقیه را آقایان تشکیل می‌دهند. یافته‌های مطالعه براساس نظرات مشارکت کنندگان از طریق مصاحبه عمیق استنتاج شده است. سه مضمون (مقوله) اصلی ضرورت

وقتی تعرفه‌ها واقعی نباشد و پرداختی‌ها به موقع انجام نشد کارهای اضافی برای بیمار درخواست میشه، و آموزش افت می‌کنه. مضمون (مقوله) اصلی C: امکان پذیر بودن و راهکارها در اجرای موفق طرح تمام وقتی جغرافیایی پزشکان: این مضمون بر اساس استخراج و تحلیل داده‌های سؤال ۳ مصاحبه مشتمل بر پنج مضمون (مقوله) فرعی می‌باشد. که بصورت کتابنامه مقوله اصلی C، نمایه هر کدام از آنها در جدول ۴ مشخص و تعریف شده‌اند.

یکی دیگر از شرکت کنندگان در پاسخ به این سؤال اظهار داشتند نگرانم قانون تمام وقتی در همه سطوح سازمانی بطور کامل و جامع اجرا نگردد و موجب بی‌اعتمادی و لطمه به جایگاه سازمانی و هویت شغلی پزشکان شود. تحلیل بحث انجام شده، نگرانی عمده‌ایی را بیان می‌کند. این نگرانی بیشتر بعلت واقعی نبودن تعرفه‌ها و پرداختی‌ها، با پرسنجرها و داروهای اضافی، هزینه بر بیمار تحمیل می‌شود و کیفیت آموزش با افزایش حجم کاردرمانی و اجرایی افت می‌کند. در این خصوص یکی دیگر از شرکت کنندگان در پاسخ به این سؤال اظهار داشتند نگرانم

جدول ۱: مضمون‌های (مقوله‌ها) اصلی مطالعه

ردیف	نمایه‌های اصلی	تعریف نمایه‌های اصلی
۱	A	ضرورت وفوائد اجرای تمام وقتی اعضای هیئت علمی بالینی در طرح تحول سلامت
۲	B	چالش‌ها و مشکلات احتمالی طرح تمام وقتی اعضای هیئت علمی بالینی در طرح تحول سلامت
۳	C	امکان پذیر بودن و راهکارها در اجرای موفق طرح تمام وقتی اعضای هیئت علمی بالینی در طرح تحول سلامت

جدول ۲: کتابنامه (نمایه‌های) سؤال ۱ (ضرورت وفوائد اجرای تمام وقتی اعضای هیئت علمی بالینی در طرح تحول سلامت)

ردیف	نمایه	تعریف نمایه
۱	A1	- ضرورت اجرای طرح تمام وقتی اعضای هیئت علمی بالینی با اجرای کامل قانون جهت ایجاد عدالت اجتماعی
۲	A2	- دسترسی تمام افراد جامعه به خدمات پزشکی
۳	A3	- همزمانی آموزش و درمان در مواجهه با بیمار
۴	A4	- دردسترس بودن و ایجاد فرصت آموزشی و تحقیقاتی با صرف وقت بیشتر برای آموزش مناسب
۵	A5	- ویزیت بیماران با ارائه خدمات علمی روز
۶	A6	- کاهش اضطراب و دغدغه خاطر بیش از حد کاردرمانی در محیط علمی
۷	A7	- افزایش تعداد و تنوع بیماران و درآمدزایی بیمارستانها
۸	A8	- کاهش هزینه‌های درمانی برای افراد جامعه و سوق دادن این هزینه‌ها بسمت بیمه‌ها
۹	A9	- پاسخگویی به نیازهای تخصصی و فوق تخصصی جامعه

جدول ۳: کتابنامه (نمایه‌های) سؤال ۲ (چالش‌ها و مشکلات احتمالی در اجرای طرح تمام وقتی جغرافیایی در طرح تحول سلامت)

ردیف	نمایه	تعریف نمایه
۱	B1	- مهیا نبودن بستر مناسب زیرساخت‌ها
۲	B2	- شفاف نبودن تبیین و تامین منابع مالی و سخت افزاری و نظارت کافی و پویا،
۳	B3	- عدم اجرای کامل و جامع قانون تمام وقتی در همه سطوح سازمانی و بی‌اعتمادی به آن
۴	B4	- واقعی نبودن تعرفه‌ها و پرداختی‌ها
۵	B5	- تحمیل شدن هزینه‌های پرسنجرها و داروهای اضافی بر بیمار
۶	B6	- توجه ناکافی به جایگاه سازمانی و هویت شغلی
۷	B7	- افت کیفیت آموزش با افزایش حجم کاردرمانی و اجرایی

جدول ۴: کتابنامه (نمایه‌های) سؤال ۳ (امکان پذیر بودن و راهکارها در اجرای موفق طرح تمام وقتی جغرافیایی در طرح تحول سلامت)

ردیف	نمایه	تعریف نمایه
۱	C 1	امکان پذیر بودن در صورت مهیا شدن مقدمات آن
۲	C 2	تقویت سیستم دولتی در ابعاد مختلف جهت ارتقا کیفیت ارائه خدمات و ایجاد فضای رقابتی
۳	C 3	استفاده مفیدتر از خدمات و توانمندیهای علمی و پژوهشی و آموزشی با حضور و فعالیت بیشتر اعضای هیأت علمی تمام وقت
۴	C 4	واقعی نمودن تعرفه‌ها و پرداختی‌های به موقع
۵	C 5	راه اندازی کلینیک‌های ویژه بعنوان مطب

زیرساخت‌های بخش دولتی این فرصت برای بیمار فراهم می‌شود که از خدمات باکیفیت برخوردار گردد را مهمترین و مؤثرترین راهکار برای تحقق این مقوله دانسته‌اند. در این خصوص یکی از شرکت کنندگان در پاسخ به این سؤال آیا اجرای طرح تمام وقتی امکان پذیر هست؟ اظهار داشتند: در صورتی که مقدمات آن از نظر قانونی و اجرایی فراهم بشه بله امکان پذیره. و در ادامه پاسخ به این سؤال چه راهکاری جهت پیشبرد این طرح پیشنهاد می‌کنید؟ اظهار داشتند: وقتی عضو هیأت

نتایج حاصل از تحلیل داده‌های سؤال ۳ که مضمون اصلی C و پنج مضمون (مقوله) فرعی از آن استخراج شده است و توزیع پاسخ دهندگان به آن در جدول ۴ آورده شده است نشان می‌دهد که تقریباً همه شرکت کنندگان، اجرای طرح تمام وقتی جغرافیایی پزشکان و طرح تحول سلامت در صورت مهیا شدن مقدمات آن، امکان پذیر دانسته‌اند. بطوریکه همه آنها تقویت سیستم دولتی در ابعاد مختلف موجب ارتقا کیفیت ارائه خدمات و ایجاد فضای رقابتی می‌گردد. و با تقویت

با اجرای کامل قانون، عدالت اجتماعی و دسترسی تمام افراد جامعه به خدمات پزشکی را فراهم می‌کند. و با همزمانی آموزش و درمان در مواجهه با بیمار و دسترس بودن و ایجاد فرصت آموزشی با افزایش تعداد و تنوع بیماران، وقت بیشتری برای آموزش مناسب و ویزیت بیماران با ارائه خدمات علمی روز فراهم می‌کند. ضمن درآمدزایی بیمارستانها، با کاهش هزینه‌های درمانی برای افراد جامعه و سوق دادن این هزینه‌ها بسمت بیمه‌ها، پاسخگوی نیازهای تخصصی و فوق تخصصی جامعه می‌باشد.

این موضوع در مطالعه آقای Davis در دانشکده مورنشان می‌دهد که با وجود اعضای هیئت علمی تمام وقت در تربیت پرستاران و پزشکان فرصت بیشتری در کسب مهارت‌های اختصاصی و وسیع فراهم می‌گردد. و کسانی که آموزش می‌دهند می‌توانند توجه و وقت بیشتری در برنامه های آموزشی در دانشکده داشته باشند. آن‌ها کسانی هستند که انتظار می‌رود مسئولیت تسلط روی آموزش دادن و فعالیت های مراقبت بالینی همچون فعالیت‌هایی که در علوم بهداشتی و بالینی در نظر گرفته شده، داشته باشند. [۸].

بهبود آموزش و پژوهش در اجرای قانون تمام وقتی به فاکتورهای متعدد و مهمی ارتباط دارد از مهم‌ترین آنها که در نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها این مطالعه تاکید شده است، مهیانبودن بستر مناسب زیرساخت ها و شفاف نبودن تبیین و تامین منابع مالی و سخت افزاری و نظارت کافی و پویا، از مهم‌ترین مشکلات اجرایی برنامه دانسته‌اند. بطوریکه عدم اجرای کامل و جامع قانون تمام وقتی در همه سطوح سازمانی، بی اعتمادی به آن و توجه ناکافی به جایگاه سازمانی و هویت شغلی پزشکان بدنال خواهد داشت. و این سؤال را مطرح می‌کند آیا طرح قادر به تأمین مالی و امنیت شغلی پزشکان هیات علمی است، واقعیت آن است که در صورتی که منبع درآمد پزشکان متخصص عضو هیات علمی محدود به خدمات آنها در مراکز دانشگاهی باشد، نیاز به ویزیت ماسیو بیمار دارد که نه علمی است نه سبب ارتقا علمی دانشگاه از نظر علمی و آموزشی می‌شود این قانون تلاش در دولتی کردن طبابت است نه تمام وقت کردن هیات علمی. در واقع با این قانون هیات علمی از نظر عملکردی تفاوتی با پزشک بخش خصوصی ندارد فقط حجم بالاتر بیمار را با هزینه کمتر می‌بیند که نه تأثیری در علم و آموزش دانشگاه دارد و نه حتی کیفیت خدمات درمانی را ارتقا می‌بخشد. در تجربه عملی کشور ما واقعیت آن است که در مراکز که استادان تمام وقت داشته‌اند، وضعیت آموزش و پژوهش بهتر بوده است. در مورد کمیت و کیفیت ارائه خدمات به بیماران با اطمینان بیشتری می‌توان اظهار نظر کرد که این طرح موجب بهبود خدمات به بیماران می‌شود. که در مطالعه آقای Flexner در سال ۱۹۱۰ تحت عنوان آموزش پزشکی در ایالات متحده و کانادا، یک مدل ایده آل آموزش پزشکی که شامل مبتنی بر دانشگاه تمام وقت، دانشکده حقوق بگیر که زمان به آموزش و پژوهش اختصاص داده شده است، ارائه می‌کند. این مقاله آثار تکامل مفهوم "تمام وقت" برای دانشکده بالینی و عوامل که اجرای آن را تحت تأثیر قرار داده‌اند توصیف می‌کند [۵]. عدم تأمین مالی در سیستم تمام وقت برای دانشکده بالینی در اجرای مفهوم تمام وقت "جغرافیایی" راهی نبود که Flexner تصور می‌کرد. در طول سال‌های ۱۹۴۰-۱۹۶۰ به دانشکده‌های بالینی اجازه داده شد که منابع مالی در نظر گرفته شده تمام وقت‌ها بسیاری از آن را از درآمد عملکرد بالینی خود تأمین کنند.

علمی بطور تمام وقت در بیمارستان حضور داشته باشد از خدمات تخصصی و آموزشی ایشان بیشتر استفاده میشه و همیشه هم در دسترس هستش. لذا استفاده مفیدتر از خدمات و توانمندی‌های علمی و پژوهشی اعضای هیات علمی رسمی و پیمانی از طریق حضور و فعالیت‌های بیشتر در دانشگاه از دیدگاه بیشتر آنان مهم بوده است. اجرای قانون تمام وقتی هیات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی این امکان را فراهم می‌کند تا ضمن بهره‌برداری از خدمات تخصصی و مطلوب یک فرد متخصص، او را در امر آموزش نیز به کار گیرند. طرح تمام وقت جغرافیایی چنانچه مورد اصلاح واقع شده و با خصوصیات یاد شده به اجرا درآید، به سود بخش آموزش پزشکی و درمان بیماران تمام می‌شود و با واقعی نمودن تعرفه‌ها و پرداختی‌های به موقع و راه اندازی کلینیک‌های ویژه بعنوان مطب هویت شغلی آنان حفظ و موجب افزایش رضایت‌مندی‌شان می‌گردد و انجام پرسیدورها و تجویز داروهای اضافی و بی‌مورد و بالطبع هزینه‌ها نیز کاهش می‌یابد. در این خصوص یکی از شرکت کنندگان اظهار داشتند: پیشنهاد می‌کنم کلینیک‌های ویژه راه اندازی کنید تا هویت شغلی‌مان حفظ بشه و رضایت مندی افزایش پیدا کنه.

بحث و نتیجه گیری

آموزش پزشکی با بهداشت و درمان دو موضوع در هم تنیده است. در بخش آموزش پزشکی به تربیت نیروی انسانی متخصص می‌پردازد و در بخش بهداشت و درمان همان نیروها را برای ارائه خدمات سلامت به کار می‌گیرد. هدف از این کار این است که آموزش عالی پزشکی متناسب با نیازهای حوزه سلامت باشد چرا که آموزش پزشکی، پشتیبان بخش درمان و بهداشت است.

آموزش پزشکی یک کار زیرساختی است و یکی از مأموریت‌های اصلی وزارت بهداشت به شمار می‌رود اما آن بخشی که مربوط به برنامه تحول نظام سلامت است، مستلزم اجرای برنامه‌های کوتاه مدت در حوزه آموزش پزشکی است. باتوجه به اینکه آموزش و درمان دو حوزه تاثیرگذار بر یکدیگرند، در برنامه تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های دولتی، نمی‌توانیم آموزش اعضا هیات علمی و دستیاران را به عنوان دو موضوع انتزاعی در نظر بگیریم. وزارت بهداشت یک برنامه تعهدی برای آموزش پزشکی دارد که در قالب برنامه‌های کوتاه مدت، میان مدت و بلندمدت است و جزو برنامه‌های ذاتی آن است.

یکی از اقدامات کوتاه مدت در حوزه آموزش در اجرای طرح تحول نظام سلامت، حضور تمام وقتی اعضا هیات علمی در بیمارستانها برای ارائه خدمات درمانی که یکی از اهداف محقق شده برنامه تحول است، می‌باشد. اجرای قانون تمام وقتی هیات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی این امکان را فراهم می‌کند تا ضمن بهره برداری از خدمات تخصصی و مطلوب یک فرد متخصص، او را در امر آموزش نیز به کار گیرند. لذا طرح تمام وقت جغرافیایی در قالب یک برنامه زمان بندی مشخص در حوزه آموزش در حال انجام است که یکی دیگر از دستاوردهای اجرای برنامه تحول سلامت است [۲، ۷].

تحلیل داده‌ها این مقاله نشان می‌دهد که شرکت کنندگان نسبت به ضرورت اجرای طرح تمام وقتی جغرافیایی پزشکان تاکید داشته‌اند. که با دسترس بودن و ایجاد فرصت آموزشی، وقت بیشتری برای آموزش مناسب و ویزیت بیماران با ارائه خدمات علمی روز فراهم می‌کند. که

پژوهش، نگرانی عمده ایی را بیان می‌کند. این نگرانی بیشتر بعلت واقعی نبودن تعرفه هاوپرداختی ها، با پرسیداروهای اضافی، هزینه بر بیمار تحمیل می‌شود و کیفیت آموزش باافزایش حجم کاردرمانی واجرایی افت می‌کند. زیرا باتوجه به گزارش Flexner به جای دریافت حقوق خود از منابع دانشکده پزشکی، آن‌ها به طور قابل توجهی کمک به تأمین مالی دانشکده از طریق عمل خود رادارند. واین نیز موجب "انحراف" از عملکرد بالینی وتداخل با مشارکت اعضای هیات علمی در آموزش و پژوهش می‌گردد [۶، ۱۰]. که با حل مشکلات بودجه‌ای مراکز آموزشی و پژوهشی بالاجرای قانون تمام وقتی هیات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی این امکان را فراهم می‌کند تا ضمن بهره برداری از خدمات تخصصی و مطلوب یک فرد متخصص، او را در امر آموزش نیز به کار گیرند. و چنانچه طرح تمام وقت جغرافیایی مورد اصلاح واقع شده و با خصوصیات یاد شده به اجرا درآید، به سود بخش آموزش پزشکی و درمان بیماران تمام می‌شودبواقعی نمودن تعرفه هاوپرداختی های به موقع و راه اندازی کلینیک‌های ویژه بعنوان مطب هویت شغلی آنان حفظ و موجب افزایش رضایت مندیشان می‌گردد و انجام پرسیدارها و تجویز داروهای اضافی و بی‌مورد و بالطبع هزینه‌ها نیز کاهش می‌یابد و با حفظ جایگاه و منزلت استاد دانشگاه، فضای رقابتی سالم بین دانشگاه‌ها ایجاد شده و ارتباطات آسان بین دانشگاه‌های کشور و با دانشگاه‌های معتبر دنیا فراهم می‌گردد و آموزش و پژوهش را درکنار درمان بهبود وارتقاء می‌یابد.

حتی پس از آن، نگرانی که رشته پزشکی دارد فشار بر چنین دانشکده را برای افزایش فعالیت بالینی خود به منظور تأمین وحمایت از منابع مالی دانشکده وجود دارد. درآمد بالینی به دست آمده یک منبع آشکار و به طور فزاینده مهم ازدرآمد دانشکده پزشکی می‌باشد. این گسترش قابل توجهی در تعداد اعضای هیات علمی بالینی تمام وقت در ۱۰۰ سال پس از گزارش Flexner، دراجرای مفهوم دانشکده بالینی "تمام وقت"، برخلاف آنچه که آقای Flexner تصور می‌کرد بود. که به جای دریافت حقوق خود از منابع دانشکده پزشکی، آن‌ها به طور قابل توجهی کمک به تأمین مالی دانشکده از طریق عمل خود رادارند. نگرانی Flexner در مورد "انحراف" از عملکرد بالینی وتداخل با مشارکت اعضای هیات علمی در آموزش و پژوهش بوده است، امروز باقی مانده و یک چالش وموضوع اصلی در آموزش پزشکی شده است [۶، ۹]. ازچالش هاومشکلات احتمالی در اجرای طرح تمام وقتی جغرافیایی پزشکان که دراین مطالعه بدست آمد، عدم اجرای کامل وجامع قانون تمام وقتی درهمه سطوح سازمانی، بی‌اعتمادی به آن و توجه ناکافی به جایگاه سازمانی وهویت شغلی پزشکان بدنبال خواهد داشت. که درمطالعه آقای Pollard و همکارانش نشان داده شد که دلایل وعوامل متعدد از جمله امکان موقعیت های متنوعی جهت پیشرفت وارتقاء شغلی ومنابع مالی برای اعضای هیئت علمی پاره وقت وجوددارد که برای تمام وقتی‌ها وجود ندارد وباعث شده اعضای هیئت علمی تمایل بیشتری برای پاره وقتی داشته باشند [۸]. تحلیل بحث انجام شده با توجه به نگرانی Flexner در مورد "انحراف" از عملکرد بالینی وتداخل با مشارکت اعضای هیات علمی در آموزش و

References

1. Ghazizadeh SAH. Full-Time Doctors: A Successful Experience in the World. Tehran, Iran: Parliament's Healthcare Committee; 2012.
2. Bahadori M, Ravangard R, Alimohammadzadeh K, Hosseini SM. Plan and road map for health reform in Iran. *BMJ*. 2015;351:h4407. doi: 10.1136/bmj.h4407 pmid: 26285708
3. Academic Rules and Regulations, Chapter One. Tehran, Iran: Educational deputy of the Ministry of Health and Medical Education; 2009.
4. Executive Order on how to pay a full time doctoral specialist physician. Tehran, Iran: Educational Deputy of the Ministry of Health and Medical Education; 2014.
5. Guideline on how to manage the teaching hospitals of the Board of Trustees and the full regulations of the Physicians - Article 1 - Paragraphs 1 and 2 in Law of the 5th Development Plan of the Islamic Republic of Iran. Tehran, Iran: Educational Deputy of the Ministry of Health and Medical Education; 2007.
6. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002;80(2):594-602.
7. Full-time Geographic Faculty Membership Practice Directions. Tehran, Iran: Educational Deputy of the Ministry of Health and Medical Education; 2010.
8. Pollart SM, Dandar V, Brubaker L, Chaudron L, Morrison LA, Fox S, et al. Characteristics, satisfaction, and engagement of part-time faculty at U.S. medical schools. *Acad Med*. 2015;90(3):355-64. doi: 10.1097/ACM.000000000470 pmid: 25186817
9. Barzansky B, Kenagy G. The full-time clinical faculty: what goes around, comes around. *Academic Medicine*. 2010;85(2):260-5.
10. Davis A. Doctor ally Prepared Clinical Faculty, Full-time: Betty Irene Moore School of Nursing, Education Building; 2015.