

تبیین وظایف کارشناس ارشد بهداشت خانواده؛ یک مطالعه نیازسنجی با استفاده از تکنیک دلفی

حبیب اله رضایی^۱، دکتر علیرضا یوسفی^۲، دکتر نیکویمانی^{۳*}، دکتر غلامرضا شریفی راد^۴

۱- دانشجوی دکترای آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، گروه آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار، گروه آموزش پزشکی، مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۷/۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۵/۲۱

چکیده

سابقه و اهداف: تعریف وظایف حرفه‌ای به عنوان پایه‌ای جهت برنامه‌ریزی درسی یک رشته یا مقطع جدید محسوب می‌شود. هدف از این مطالعه تعیین وظایف حرفه‌ای کارشناس ارشد بهداشت خانواده با استفاده از نظرات ذی‌نفعان بود.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی مقطعی که با استفاده از تکنیک دلفی انجام شد پنج دانشگاه تیپ یک و چهار دانشگاه تیپ دو و سه به صورت تصادفی انتخاب شدند. نمونه مورد مطالعه اساتید گروه خدمات بهداشتی یا بهداشت عمومی، معاونین بهداشتی و مدیران شبکه‌های بهداشت و درمان، کارکنان واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشت استان و همچنین دانشجویان کارشناسی بهداشت عمومی بودند. ابزار مطالعه پرسش‌نامه‌ای حاوی یک سؤال باز پاسخ و تعدادی سؤالات دموگرافیک بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل محتوا انجام شد که در این تحلیل وظایف مشخص گردید. سپس وظایف اولویت‌بندی و در جلسه فوکوس گروپ تشکیل شده نهایی گردید.

یافته‌ها: در مرحله اول ۱۹۰ وظیفه استخراج گردید که بعد از اولویت‌بندی در مرحله دوم دلفی، در نهایت ۱۰۲ وظیفه به عنوان وظایف نهایی استخراج شدند که ۱۶ مورد از وظایف در حیطه ارائه خدمت به افراد خانواده، ۳۵ مورد در حیطه برنامه‌ریزی، ۵ مورد در حیطه نظارت، ۵ مورد در حیطه پژوهش، ۱۳ مورد در حیطه مدیریت و ۲۸ مورد در حیطه آموزش بود.

نتیجه‌گیری: جهت برنامه‌ریزی برای تربیت نیروی تخصصی مورد نیاز جامعه در حیطه بهداشت خانواده نیاز به تعریف وظایف حرفه‌ای کارشناس ارشد بهداشت خانواده است. از یافته‌های این پژوهش می‌توان در برنامه‌ریزی درسی برای این رشته استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: بهداشت خانواده، نیازسنجی، تکنیک دلفی، برنامه‌ریزی درسی

* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۳۳۰۸۹۵۱۹، آدرس الکترونیکی: yamani@edc.mui.ac.ir

ارجاع به این مقاله به صورت زیر است:

Rezaei H, Yosefi A, Yamani N, Sharifirad GR. *Establishing the tasks of family health masters: a needs assessment study using Delphi technique*. Journal of Medical Education and Development. 2014; 9(3):35-47

مقدمه

دانشگاه‌ها از مهم‌ترین مکان‌های آموزشی محسوب می‌شوند که با ارائه آموزش‌های مختلف دانشجویان را جهت پرداختن به مشاغل گوناگون آماده می‌کنند، در این بین دانشگاه‌های علوم پزشکی از اهمیت بسیار بالایی برخوردار هستند؛ زیرا از یک‌سو اکثر قریب به اتفاق فارغ‌التحصیلان آنها در فنون پزشکی و وابسته به آن مشغول به کار می‌شوند و از طرف دیگر حرفه آنها ایجاب می‌کند که نه با ابزاری بی‌جان بلکه باجان انسان سروکار داشته باشند، در نتیجه سلامت فرد و جامعه حاصل فعالیت‌های آنها در زمینه‌های مختلف شغلی است (۱). از سوی دیگر برخورداری از بهداشت، حقوق مسلم فردی و اجتماعی بشر است. انسان سالم محور و زیربنای مهم پیشرفت و توسعه اجتماعی است. لذا تأمین سلامت جسم و روان ابزاری برای تکامل انسان بوده و اهمیت قابل ملاحظه‌ای از نظر توسعه اقتصادی و اجتماعی دارد (۲). بهداشت خانواده رسالت بزرگ حفظ و ارتقای سلامت خانواده‌ها را از طریق ارائه خدمات به گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه به عهده دارد و گروه‌های هدف بهداشت خانواده کودکان، مادران، زنان و سالمندان می‌باشند (۳). اگر بهداشت خانواده به خوبی اجرا شود می‌تواند ضامن سلامتی و حامی کمال یابی انسان‌ها باشد و ما را به هدف پرورش نسل سالم‌تر و بهتر نزدیک سازد (۴). بنابراین تربیت افراد شایسته در حوزه بهداشت خانواده امری است با اهمیت که از وظایف دانشگاه‌های علوم پزشکی است.

در حال حاضر در ایران تربیت کاردان‌های بهداشت عمومی در دو گرایش بهداشت خانواده و مبارزه با بیماری‌ها انجام می‌گیرد (۵). مشکلات زیادی در زمینه بهداشت خانواده وجود دارد که کاردان بهداشت خانواده و کارشناس بهداشت عمومی پاسخگوی آن نیست.

مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که برنامه‌های آموزشی جاری در زمینه بهداشت خانواده نمی‌تواند جوابگوی تمامی مسائل بهداشت خانواده باشد (۶،۷) از جمله مطالعه انجام شده توسط اجاقی و همکاران در کرمانشاه نشان داد که در مجموع دروس برنامه‌های آموزشی جاری به طور کامل با نیازهای

آموزشی دانشجویان در دروس نظری و عملی همخوانی و انطباق ندارد (۶). همچنین مطالعه انجام شده توسط شهیدزاده و همکاران لزوم بازنگری عمیق در محتوای آموزشی بهداشت خانواده را نشان داد به نحوی که این دوره‌ها بر روی آموزش مهارت (اعم از مهارت‌های فنی و ارتباطی) و ارزشیابی بر اساس کسب مهارت انجام گیرد، نه صرفاً گذراندن چند واحد درسی (۷).

از نتایج مطالعه تبریزی نیز چنین بر می‌آید که کمبود مربی در عرصه‌های آموزشی بهداشت خانواده نقش کلیدی در بروز مشکلات آموزشی ذکر شده توسط دانشجویان دارد (۸). مطالعات انجام گرفته در سایر کشورها نیاز به فرد متخصص در رشته کارشناسی ارشد بهداشت عمومی برای روبه‌رو شدن با تقاضاهای جامعه را نشان داده است (۹).

بعضی از دانشگاه‌های خارج از کشور مانند دانشگاه هاروارد به تربیت دانشجو در سطح فوق‌لیسانس بهداشت عمومی می‌پردازد که یکی از اجزاء این دوره برنامه بهداشت خانواده است (۱۰) و بعضی دانشگاه‌ها مانند دانشگاه علوم مالزی در سطح فوق‌لیسانس بهداشت خانواده، دانشجو تربیت می‌نمایند (۱۱). با این وجود در حال حاضر در کشور رشته مرتبط در سطح کارشناسی ارشد برای بهداشت خانواده وجود ندارد. با توجه به ضرورت وجود چنین رشته‌ای و همچنین در راستای تأمین منابع و امکانات و تربیت نیروی انسانی حرفه‌ای برای ارائه خدمات، انجام پژوهش و اجرای آموزش همگانی در راستای سلامت فرد و جامعه طراحی این رشته را در سطح کارشناسی ارشد مدنظر قرار دادیم و اولین قدم در راه دستیابی به این مهم نیازسنجی جهت تدوین این دوره است.

آموزش علوم پزشکی جامعه‌نگر به معنای شناخت دقیق نیازهای جامعه و تربیت فراگیرانی که قابلیت رفع این نیازها را داشته باشند تعریف شده است. اولین قدم برای رسیدن به این هدف، شناخت دقیق نیازهای جامعه است. شناخت نیازهای واقعی جامعه مقدمه تعیین وظایف شغلی کارکنان ذی‌ربط است، یعنی بایستی افرادی که قابلیت رفع این نیازها دارند را

مشخص و این قابلیت ها را به اهداف آموزشی تبدیل نموده تا در چرخه آموزش قرار گیرد (۱۲).

تعریف وظایف حرفه‌ای به‌عنوان پایه ای جهت برنامه‌ریزی آتی در خصوص رشته‌هایی مانند کارشناس‌ارشد بهداشت خانواده ضروری به نظر می‌رسد. در همین راستا این مطالعه با هدف بررسی وظایف حرفه‌ای کارشناس‌ارشد بهداشت خانواده از دیدگاه معاونین بهداشتی، مدیران بهداشتی، کارکنان واحد بهداشت خانواده، دانشجویان و اساتید و نهایت امر نهایی‌سازی آنها با استفاده از نظرات اساتید انجام شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی به‌صورت یک مطالعه دلفی دو مرحله‌ای بود. جمعیت مورد مطالعه در این مطالعه اساتید گروه بهداشت عمومی، معاونین بهداشتی، مدیران شبکه‌های بهداشتی، کارکنان واحد بهداشت خانواده و دانشجویان بهداشت عمومی ۵ دانشگاه علوم پزشکی تیپ یک شامل اصفهان، تهران، شیراز، تبریز، مشهد و ۴ دانشگاه تیپ دو و سه شامل یاسوج، بوشهر، اراک و بندرعباس بودند که دانشگاه‌ها به صورت تصادفی انتخاب شدند.

اساتید در این استان‌ها به صورت سرشماری انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. جهت مطالعه دانشجویان، معاونین بهداشتی و مدیران شبکه‌های بهداشت و درمان، کارکنان واحد بهداشت خانواده مرکز بهداشت استان، ابتدا دانشگاه‌های اصفهان، شیراز، یاسوج، بوشهر، اراک و بندرعباس به‌صورت تصادفی انتخاب گردیدند و سپس دانشجویان با توجه به معیار ورود مورد بررسی قرار گرفتند. کل جمعیت مورد مطالعه ۲۴۷ نفر بود.

معیار ورود کارکنان واحد بهداشت خانواده مراکز بهداشت استان به مطالعه کارکنانی بودند که دارای تجربه کاری بالاتر از سه سال و جهت شرکت در مطالعه رضایت آگاهانه داشتند. در دانشگاه‌هایی که دارای گروه بهداشت عمومی بودند، از اساتید این گروه نظرخواهی به عمل آمد و آن‌هایی که فاقد گروه بهداشت عمومی بودند، اساتید گروه خدمات بهداشتی در مطالعه شرکت کردند.

معیار ورود دانشجویان، تحصیل در ترم دوم ناپیوسته یا ترم ۶ پیوسته بهداشت عمومی بود. در دانشگاه‌هایی که دانشجوی ترم دوم وجود نداشت از دانشجویان ترم‌های بالاتر استفاده گردید. به این علت از دانشجویان ترم دوم ناپیوسته استفاده کردیم که بتوانیم در مراحل بعدی مطالعه دوباره از آن‌ها استفاده کنیم و مسلماً این دانشجویان دارای تجارب بالاتری از دانشجویان ترم‌های پایین‌تر بودند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای شامل یک سؤال باز پاسخ و تعدادی سؤالات دموگرافیک بود. پرسش‌نامه‌ها به صورت حضوری به معاونین بهداشتی، دانشجویان کارشناسی بهداشت عمومی، کارکنان واحد بهداشت خانواده و اساتید دانشگاه‌های شیراز، اصفهان، اراک، بوشهر، بندرعباس و یاسوج تحویل داده شد و پس از ۱۰ روز جمع‌آوری شد. پرسش‌نامه‌ها جهت اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، مشهد و تبریز از طریق پست ارسال شد. پرسش‌نامه‌های مدیران بهداشتی نیز از طریق پست فرستاده شد و پیگیری لازم جهت بازگرداندن پرسشنامه انجام شد.

در ادامه نظرات افراد از پرسشنامه‌هایی که در اختیار آن‌ها قرار گرفت استخراج گردید. از آنجا که داده‌های مرحله اول دلفی به صورت کیفی بود برای تحلیل آن‌ها از تحلیل محتوا از نوع کیفی یا تحلیل محتوای موضوعی (Thematic content analysis) استفاده شد. ابتدا متن مصاحبه‌ها پس از پیاده کردن، چندین بار خوانده شد و مفاهیم و مقولات اصلی استخراج گردید. سپس مقولات دسته‌بندی گردیدند. نظرات هر گروه بر اساس دسته‌بندی‌ها تفکیک و زیر هر دسته‌بندی قرار داده شد. بدین ترتیب وظایف کارشناس‌ارشد بهداشت خانواده از دیدگاه منابع نیازسنجی دسته‌بندی شد و دسته‌بندی انجام شده به‌صورت یک پرسش‌نامه دیگر تنظیم گردید و همراه با یک نامه در مورد طریقه تکمیل پرسشنامه نحوه بازگشت پرسش‌نامه (برای پرسش‌نامه‌هایی که از طریق پست فرستاده شدند)، یک هدیه به رسم تشکر و یک پاکت پستی که هزینه برگشت آن پرداخت شده بود برای افراد شرکت کننده در مرحله اول ارسال گردید و از آن‌ها خواسته

شد که نظرات را اولویت‌بندی نمایند. پرسش‌نامه مذکور در اختیار ۱۵۶ نفر که پرسش‌نامه اول را باز گردانده بودند قرار گرفت.

پرسش‌نامه مرحله دوم به این‌صورت طراحی شد که در مقابل هر وظیفه سه ستون قرار داشت که از افراد خواسته شده بود که اولویت‌بندی را از سه جنبه میزان اهمیت، قابلیت اجرا و در دسترس بودن در ایران انجام دهند. منظور از اهمیت میزان تأثیر هر وظیفه بر ارتقای بهداشت فردی، بهداشت خانواده و جامعه، تأکید بر مفاهیم جدید و مهم در بهداشت خانواده و میزان اهمیت جهت دوره کارشناسی‌ارشد بهداشت خانواده بود. به منظور تعیین اهمیت وظیفه استخراج شده، عددی از مقیاس زیر توسط منابع نیازسنجی انتخاب شد که نشان دهد این وظیفه از دیدگاه آن‌ها چقدر اهمیت دارد. برای اهمیت زیاد عدد ۳، اهمیت متوسط عدد ۲، و اهمیت کم عدد ۱ انتخاب شد.

منظور از قابلیت اجرا توانایی انجام هر وظیفه توسط کارشناس ارشد بهداشت خانواده با توجه به امکانات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی موجود در کشور، همچنین وضعیت بهداشتی، فرهنگی و اجتماعی خانواده‌ها در کشور ما تا ۱۰ سال آینده بود. جهت تعیین قابلیت اجرای وظیفه مورد نظر عددی از مقیاس زیر توسط منابع نیازسنجی انتخاب شد که نشان دهد این وظیفه به چه میزان در کشور ما قابلیت اجرا دارد. برای قابلیت اجرای بالا عدد ۳، قابلیت اجرای متوسط عدد ۲ و قابلیت اجرای پائین عدد ۱ انتخاب شد.

منظور از در دسترس بودن این که آیا این وظیفه توسط سایر کارکنان بهداشتی درمانی ارائه می‌گردد یا قابل ارائه هست. اگر توسط سایر کارکنان ارائه می‌گردد به آن نمره ۳، اگر این وظیفه توسط سایر کارکنان بهداشتی درمانی ارائه نمی‌گردد ولی قابل ارائه هست نمره ۲ و اگر توسط هیچ‌کس ارائه نمی‌گردد به آن عدد ۱ اختصاص داده شد.

مهلت بازگرداندن پرسش‌نامه مرحله دوم ۱۰ روز در نظر گرفته شد. بعد از اتمام فرصت در نظر گرفته شده مواردی که هنوز بازگردانده نشده بود مشخص گردید و پیگیری لازم برای

بازگرداندن آن‌ها انجام گردید. بعد از جمع‌آوری نظرات اولویت‌بندی شده، نسخه نهایی نظرات اولویت‌بندی شده در جلسه فوکوس گروپ که شامل ۵ نفر از اساتید گروه خدمات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، یکی از اساتید متخصص برنامه‌ریزی گروه آموزش پزشکی و یکی از دانشجویان کارشناس ارشد آموزش پزشکی (با لیسانس بهداشت عمومی) بود، تأیید نهایی گردید.

یافته‌ها

هدف ما از انجام این پژوهش تعیین وظایف کارشناس ارشد بهداشت خانواده بود. برای رسیدن به این هدف پرسش‌نامه مرحله اول که حاوی یک سؤال باز در این زمینه بود برای ۶ نفر از معاونین بهداشتی، ۳۸ نفر از کارکنان، ۸۳ نفر از دانشجویان، ۵۷ نفر از اساتید، ۶۴ نفر از مدیران شبکه‌های بهداشتی فرستاده شد، که از این میان ۵ نفر از معاونین بهداشتی، ۳۰ نفر از کارکنان، ۷۵ نفر از دانشجویان و ۲۲ نفر از اساتید به این پرسش‌نامه پاسخ دادند. مدیران شبکه‌های بهداشتی ۲ مورد از دانشگاه علوم پزشکی تیپ دو و سه که جمعاً ۱۵ نفر بودند هیچ‌کدام به پرسش‌نامه پاسخ ندادند.

حاصل پرسش‌نامه مرحله اول ۱۹۰ وظیفه بود که بعد از حذف موارد تکراری و کاملاً نامربوط ۱۷۸ وظیفه باقی ماند که در ۶ حیطه ارائه خدمت به افراد خانواده، برنامه‌ریزی و اجرا، نظارت، پژوهش، مدیریت و آموزش دسته‌بندی شد. ۲۵ آیتم در حیطه ارائه خدمت به افراد خانواده، ۵۷ آیتم برنامه‌ریزی و اجرا، ۱۷ آیتم نظارت، ۱۵ آیتم پژوهش، ۳۶ آیتم مدیریت و ۳۸ آیتم در حیطه آموزش قرار گرفتند که در پرسش‌نامه مرحله دوم برای اولویت‌بندی قرار داده شدند. پرسش‌نامه مرحله دوم در اختیار ۱۵۶ نفر از افرادی که در مرحله اول شرکت کردند قرار گرفت. که ۱۲۹ نفر پرسش‌نامه مذکور را تکمیل کردند. ۶۶ نفر از دانشجویان، ۱۸ نفر از اساتید، ۲۵ نفر از کارمندان، ۱۷ نفر از مدیران شبکه‌ها و ۳ نفر از معاونین بهداشتی به این پرسش‌نامه پاسخ دادند.

پس از اولویت‌بندی وظایف در جلسه فوکوس گروپ که ۵ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، یک نفر از

دانشجویان و یک نفر از کارکنان مرکز بهداشت استان اصفهان تشکیل شد، ۵ مورد از وظایفی که در اولویت‌بندی حذف‌شده بودند مهم تلقی و حذف نگردیدند. این وظایف شامل جمع‌آوری، طبقه‌بندی و تجزیه و تحلیل اطلاعات برنامه‌های مختلف بهداشتی و آمار شهرستان‌ها، تعیین اولویت‌ها و تهیه و اجرای طرح‌های تحقیقاتی بهداشت خانواده در سطوح استانی با همکاری مراکز تحقیقاتی کشور، انجام پژوهش‌های کاربردی در رابطه با بهداشت خانواده و اعمال نظر در بخش اجرایی، انجام و طراحی مداخلات خانواده محور، هماهنگی برون و درون‌بخشی در برنامه‌های کودکان، مادران، سالمندان، میان‌سالان و تنظیم خانواده برای نیل به اهداف سیستم بهداشتی بود. جمعاً ۱۰۲ وظیفه به عنوان وظایف نهایی استخراج شدند که ۱۶ مورد از وظایف در حیطه ارائه خدمت به افراد خانواده، ۳۵ مورد در حیطه برنامه‌ریزی، ۵ مورد در حیطه نظارت، ۵ مورد در حیطه پژوهش، ۱۳ مورد در حیطه مدیریت و ۲۸ مورد در حیطه آموزش بود. وظایف نهایی استخراج شده در مرحله فوکوس گروپ در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: وظایف نهایی استخراج شده در مرحله فوکوس گروپ

ردیف	وظایف	میانگین اهمیت	میانگین قابلیت اجرا	میانگین در دسترس بودن
برنامه‌ریزی و اجرا				
۱	برنامه‌ریزی برای واحدهای بهداشت خانواده مراکز بهداشت شهرستان	۲/۷۵	۲/۵۷	۱/۶۸
۲	برنامه‌ریزی بهداشتی برای واحدهای بهداشت خانواده مراکز بهداشتی و درمانی	۲/۷۵	۲/۴۸	۱/۸
۳	برنامه‌ریزی دقیق برای کارداران بهداشت خانواده	۲/۷۷	۲/۶۱	۱/۷۶
۴	برنامه‌ریزی جهت اجرای طرح‌های مختلف بهداشت خانواده	۲/۷۱	۲/۵۴	۱/۸۹
۵	برنامه‌ریزی جهت اجرای برنامه‌های مورد نیاز سیستم بهداشتی در ستاد استان و انتقال به زیرمجموعه خود	۲/۷۵	۲/۴۲	۱/۸۹
۶	اجرای برنامه عملیاتی بهداشت خانواده	۲/۸۴	۲/۴۹	۱/۸۱
۷	اجرای مداخلات بر اساس اهداف کلی اداره سلامت جمعیت، خانواده و مدارس	۲/۷۶	۲/۴۸	۱/۹۱
۸	برنامه‌ریزی در رابطه با کاهش مرگ و میر کودکان	۲/۸۹	۲/۵۰	۱/۷۴
۹	تنظیم برنامه مدون در مورد پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته	۲/۸۳	۲/۳۵	۱/۹۶
۱۰	تهیه برنامه مدون جهت نیل به ارتقای سلامت نوجوانان	۲/۷۷	۲/۲۹	۲/۱
۱۱	تهیه برنامه مدون جهت نیل به ارتقای سلامت سالمندان	۲/۷۷	۲/۲۸	۲/۰۶
۱۲	تهیه برنامه مدون جهت نیل به ارتقای سلامت کودکان	۲/۸۹	۲/۵۹	۱/۷۲
۱۳	تهیه برنامه مدون جهت نیل به ارتقای سلامت مادران باردار	۲/۸۹	۲/۵۷	۱/۶۹
۱۴	تهیه برنامه مدون جهت نیل به ارتقای سلامت زنان	۲/۸۰	۲/۳۹	۲
۱۵	ارائه راهکارها و برنامه‌های ویژه برای مادران و کودکان در بخش‌ها و مناطق محروم	۲/۸۰	۲/۲۷	۲/۱۵
۱۶	برنامه‌ریزی به منظور آماده‌سازی نوجوانان جهت دوران بلوغ	۲/۷۰	۲/۱۴	۲/۲۶
۱۷	برنامه‌ریزی جهت بهبود برنامه‌های بهداشت روان اعضا خانواده با در نظر گرفتن سایر جنبه‌های بهداشت خانواده	۲/۶۹	۲/۰۶	۲/۳۹
۱۸	برنامه‌ریزی در راستای بهبود کمی و کیفی شاخص‌های بهداشت خانواده بر اساس منابع موجود	۲/۶۴	۲/۲۸	۲/۰۸
۱۹	برنامه‌ریزی جهت ارتقا فرهنگ بهداشتی خانم‌ها	۲/۷۲	۲/۳۶	۲/۰۹
۲۰	برنامه‌ریزی و هماهنگی جهت آموزش مسائل بهداشت خانواده (سزارین، مادران باردار، کودکان، سالمندان) از طریق رسانه‌های جمعی به مردم	۲/۸۵	۲/۳۷	۲/۰۳
۲۱	برنامه‌ریزی در زمینه کاهش سقط غیربهداشتی	۲/۷۱	۲/۰۹	۲/۲۳
۲۲	برنامه‌ریزی جهت کاهش IMR و NMR	۲/۷۷	۲/۳۵	۱/۸۸

۲۳	برنامه‌ریزی در جهت افزایش پوشش مراقبت زنان باردار	۲/۸۴	۲/۶۰	۱/۵۶
۲۴	برنامه‌ریزی در جهت کاهش مرگ و میرمادران	۲/۹۰	۲/۵۹	۱/۶۵
۲۵	برنامه‌ریزی در جهت افزایش درصد پوشش استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری در روستاها	۲/۸۰	۲/۴۴	۱/۷۶
۲۶	برنامه‌ریزی در جهت استقبال مردم از برنامه‌های بهداشتی	۲/۷۶	۲/۲۲	۲/۰۹
۲۷	جمع‌آوری، طبقه‌بندی و تجزیه و تحلیل اطلاعات برنامه‌های مختلف بهداشتی و آمار شهرستان‌ها	۲/۶۹	۲/۵۴	۱/۶۱
۲۸	تفسیر و تحلیل شاخص‌های بهداشتی	۲/۷۴	۲/۶۱	۱/۶۵
۲۹	شناسایی اولویت‌ها و انجام فعالیت‌های مداخله‌ای در راستای برنامه‌های بهداشت خانواده	۲/۷۵	۲/۴۱	۱/۹۶
۳۰	انجام نیازسنجی در زمینه مشکلات بهداشت خانواده در استان و مراکز تحت پوشش	۲/۷۹	۲/۴۵	۱/۹۷
۳۱	نیازسنجی بهداشتی در ارتباط با سلامت مادران، کودکان و پدران	۲/۷۱	۲/۳۱	۲/۱۲
۳۲	انجام نیازسنجی‌های آموزشی در راستای بهداشت خانواده	۲/۷۲	۲/۳۶	۱/۹۲
۳۳	کمک به ایجاد فعالیت تعاملی بین بخش مادران، کودکان، سالمندان و یا میانسالان جهت ارتقا شاخص‌ها	۲/۶۳	۲/۲۶	۲/۱۱
۳۴	ارائه راهکار درخصوص حل مشکلات بهداشتی (تنظیم خانواده، مادران، کودکان، زنان باردار)	۲/۸۴	۲/۴۴	۱/۸
۳۵	ارائه راهکار در جهت بهبود کیفیت خدمات بهداشت خانواده (کودکان، مادران، نوزادان، میان‌سالان، تنظیم خانواده)	۲/۷۷	۲/۳۷	۲/۰۴
نظارت				
۱	نظارت بر نحوه اجرای برنامه‌های مراقبتی و آموزشی قابل اجرا در مراکز بهداشتی درمانی در زمینه بهداشت خانواده مانند برنامه مراقبت زنان باردار، برنامه تنظیم خانواده	۲/۸۵	۲/۶۶	۲/۴۴
۲	نظارت بر کمیت و کیفیت خدمات بهداشت خانواده و مقایسه با معیارها و ضوابط جهانی	۲/۷۰	۲/۳۹	۱/۹۴
۳	نظارت بر واحد بهداشت خانواده در مرکز بهداشت استان، شبکه‌های بهداشت، مرکز بهداشت شهرستان، مراکز بهداشتی درمانی	۲/۷۵	۲/۵۵	۲/۲۷
۴	نظارت بر مراکز مشاوره قبل از ازدواج در مراکز بهداشتی درمانی	۲/۷۷	۲/۵۸	۲/۱۵
۵	تهیه استانداردها و دستورالعمل‌های اجرایی و چک‌لیست‌های مرتبط با بهداشت خانواده بر اساس ضوابط تعیین‌شده و پیگیری و نظارت بر حسن اجرای آنها	۲/۷۰	۲/۴۲	۲/۰۶
پژوهش				
۱	تعیین اولویت‌ها و تهیه و اجرای طرح‌های تحقیقاتی بهداشت خانواده در سطوح استانی با همکاری مرکز تحقیقاتی کشور	۲/۶۹	۲/۳۴	۱/۷۹
۲	انجام پژوهش‌های کاربردی در رابطه با بهداشت خانواده و اعمال نظر در بخش اجرایی	۲/۷۳	۲/۳۵	۱/۷۳
۳	بررسی نیازهای پژوهشی درباره مسائل بهداشت خانواده	۲/۷۱	۲/۴۳	۱/۸۶
۴	بررسی کردن مشکلات مربوط به تنظیم خانواده	۲/۷۸	۲/۴۲	۲/۰۸
۵	انجام و طراحی مداخلات خانواده محور	۲/۵۵	۲/۱۳	۱/۶۱
مدیریت				
۱	ابلاغ برنامه‌ها و راهکارهای مربوط به مشکلات بهداشت خانواده پس از تجزیه و تحلیل و ارزشیابی دقیق خدمات	۲/۷۶	۲/۳۳	۱/۹۲
۲	ارتباط با وزارتخانه جهت حل مشکلات و برنامه‌های مختلف بهداشت خانواده (بوکلت چارت، فرم‌ها)	۲/۷۵	۲/۳۲	۱/۹۳
۳	تعیین شرح وظایف کاردان‌ها و کارشناسان بهداشت خانواده در سطح استان و شهرستان	۲/۷۴	۲/۴۹	۲/۱۹
۴	مدیریت در تقسیم نیروهای بهداشت خانواده (کاردان و کارشناس بهداشت خانواده) در مراکز	۲/۶۹	۲/۴۶	۲/۰۳
۵	تهیه فیدبک، استخراج نقاط قوت و ضعف نظارت‌ها و تجزیه و تحلیل و رتبه‌بندی واحدها	۲/۶۵	۲/۳۷	۲/۰۵
۶	هماهنگی برون و درون بخشی در برنامه‌های کودکان، مادران، سالمندان، میان‌سالان و تنظیم خانواده برای نیل به اهداف سیستم بهداشتی	۲/۶۷	۲/۳۰	۱/۹۱

۷	تهیه و تنظیم امکانات مورد نیاز مراکز بهداشتی در زمینه بهداشت خانواده	۲/۶۲	۲/۳۰	۲/۰۸
۸	ارزشیابی برنامه‌های عملیاتی بهداشت خانواده	۲/۷۳	۲/۴۰	۲/۱۳
۹	انجام وظیفه در پست‌های سازمانی از قبیل:	۲/۵۶	۲/۳۸	۲/۱۸
۱۰	مدیر ستادی بهداشت خانواده در سطح استان	۲/۷۲	۲/۵۲	۲/۱۸
۱۱	مدیریت مراکز بهداشتی	۲/۷۹	۲/۵۶	۲/۲
۱۲	مسئول واحدهای بهداشت خانواده مرکز بهداشت استان	۲/۷۹	۲/۵۸	۲/۱۵
۱۳	مدیر گروه بهداشت خانواده در مرکز بهداشت استان	۲/۷۱	۲/۵۰	۲/۲۱
۱۳	مسئول پایگاه بهداشتی درمانی			
آموزش				
۱	آموزش کارکنان شاغل در ستاد شهرستان یا استان در زمینه انواع مدل‌های برنامه‌ریزی در سطوح بهداشتی	۲/۷۲	۲/۴۷	۱/۸۸
۲	آموزش بهداشت و ایجاد کارگاه‌های آموزشی و توجیهی برای کارکنان مرتبط واحد بهداشت خانواده	۲/۷۹	۲/۵۹	۱/۷۵
۳	آموزش به کارکنان در مورد روش‌های پیشگیری مدرن	۲/۷۶	۲/۶۱	۱/۷۴
۴	آموزش مسائل بهداشتی به مادران	۲/۸۰	۲/۵۷	۱/۷۴
۵	آموزش مسائل بهداشتی به سالمندان	۲/۷۴	۲/۳۹	۱/۹۴
۶	آموزش مسائل بهداشتی به دانش آموزان	۲/۸۳	۲/۵۰	۱/۸۳
۷	آموزش مسائل بهداشتی به کودکان	۲/۶۹	۲/۴۰	۱/۹۴
۸	آموزش صحیح به والدین در جهت آموزش به فرزندان در دوره نوجوانی	۲/۷۲	۲/۴۱	۲/۰۴
۹	آموزش به زنان در زمینه علائم خطر بارداری و پس از زایمان	۲/۷۹	۲/۵۷	۱/۷۵
۱۰	آموزش قشر کم‌سواد جامعه نسبت به برنامه‌های بهداشت خانواده	۲/۷۱	۲/۳۳	۲/۰۳
۱۱	آموزش خانواده‌ها در زمینه مشکلات مرتبط با نوجوانان و جوانان	۲/۶۹	۲/۲۹	۲/۱۱
۱۲	آموزش در جهت کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان و جوانان	۲/۷۲	۲/۳۳	۲/۰۶
۱۳	آموزش در جهت علاقه‌مند کردن مردم نسبت به برنامه‌های بهداشت و سلامت خانواده	۲/۸۰	۲/۴۲	۲/۰۱
۱۴	آموزش مردم در رابطه با آزمایش‌های روتین کودکان زیر دو سال	۲/۷۳	۲/۴۳	۱/۸۸
۱۵	آموزش به معلمان برای آموزش مسائل دوران بلوغ	۲/۷۴	۲/۵۱	۲/۰۲
۱۶	آموزش در جهت ارتقا وضعیت اجتماعی زنان	۲/۶۸	۲/۳۵	۲/۲۱
۱۷	آموزش در زمینه ایمن‌سازی مانند آموزش تزریق واکسن کودکان در موعد مقرر	۲/۷۷	۲/۶۳	۱/۶
۱۸	آموزش در زمینه مشکلات جنسی	۲/۷۳	۲/۲۰	۲/۱۹
۱۹	آموزش به افراد در راستای تنظیم خانواده و مسائل بهداشت خانواده	۲/۷۸	۲/۴۶	۱/۷۶
۲۰	آموزش در جهت اصلاح رفتارهای نادرست بهداشتی	۲/۷۷	۲/۴۱	۱/۹۲
۲۱	آموزش در جهت توسعه سلامت خانواده در حیطه‌های جسمی، روانی و اجتماعی	۲/۷۳	۲/۳۰	۲/۰۱
۲۲	آموزش در زمینه مشکلات بهداشت روان مانند ازمه پاشیدگی خانواده‌ها، مشکلات روحی روانی	۲/۶۶	۲/۲۲	۲/۱۲
۲۳	آموزش در زمینه اختلال رشد کودکان	۲/۷۷	۲/۵۱	۱/۷۹
۲۴	آموزش دانشجویان بهداشت و پیراپزشکی در طی دوره کارآموزی در مراکز بهداشتی	۲/۸۱	۲/۶۲	۱/۷۵
۲۵	تهیه پمفلت یا پوستر آموزشی در خصوص مسائل بهداشت خانواده (تنظیم خانواده، سوانح و حوادث در کودکان، سرطان‌های شایع زنان)	۲/۷۵	۲/۶۷	۱/۵۸
۲۶	تقویت اطلاع‌رسانی در برنامه‌های بهداشت خانواده و اجرای آن (سیستم گویای ندای بهداشت، تهیه مقاله و چاپ در جراید و رسانه‌های گروهی، مصاحبه رادیو و تلویزیون، مصاحبه با روزنامه و جراید)	۲/۷۹	۲/۵۴	۱/۷۸
۲۷	تهیه و تدوین منابع آموزشی مناسب در زمینه بهداشت خانواده برای کارکنان جهت استفاده در آموزش مراجعین	۲/۷۴	۲/۵۰	۱/۸۶
۲۸	تهیه و تدوین مطالب آموزشی جهت بازآموزی کارشناسان و کارکنان بهداشت خانواده	۲/۷۹	۲/۶۴	۱/۷۹

ارائه خدمت به افراد خانواده				
مادران				
۱	مراقبت مطلوب خانم‌ها در دوران بارداری	۲/۸۵	۲/۷۲	۱/۴۳
۲	مراقبت مطلوب خانم‌ها در دوران شیردهی	۲/۸۱	۲/۶۴	۱/۶۱
۳	انجام وظایف کارشناس شیر مادر	۲/۷۳	۲/۵۷	۱/۷۰
۴	شناختن و بررسی مادران در معرض خطر بیماری‌ها	۲/۸۰	۲/۳۸	۱/۸۲
کودکان و سالمندان				
۱	ارائه خدمات مراقبت‌های دوران نوزادی	۲/۹۲	۲/۶۳	۱/۴۸
۲	مراقبت کودکان سالم و مانا	۲/۷۷	۲/۴۵	۱/۷۸
۳	ارائه خدمت به سالمندان و مرتفع کردن نیازها و مشکلات آنها	۲/۷۶	۲/۲۰	۲/۲۵
تنظیم خانواده				
۱	ارائه خدمات و انجام کارهای تخصصی در بحث تنظیم خانواده	۲/۸۶	۲/۵۱	۱/۸۱
۲	اقدام در جهت کنترل و رشد مناسب جمعیت	۲/۸۷	۲/۴۳	۱/۸۲
۳	اقدامات مؤثر تنظیم خانواده در جهت جلوگیری از بارداری‌های ناخواسته	۲/۸۹	۲/۳۶	۱/۸۴
۴	پیدا کردن علل منجر به شکست روش‌های پیشگیری	۲/۸۴	۲/۳۶	۲/۱۲
خدمات مشاوره‌ای				
۱	همکاری با پزشک خانواده در جهت پیشبرد اهداف ارتقا سلامت جامعه تحت پوشش	۲/۷۹	۲/۴۵	۱/۹۹
۲	ارائه مشاوره بهداشت خانواده	۲/۸۴	۲/۵۸	۱/۹۲
۳	مشاوره‌های مراقبتی دوران حاملگی	۲/۷۹	۲/۴۴	۱/۷۷
۴	ارائه مشاوره قبل از ازدواج	۲/۸۷	۲/۵۸	۱/۵۹
۵	کمک به حل مشکلات واحد بهداشت خانواده شهرستان‌ها	۲/۷۶	۲/۴۸	۱/۹۴

بحث

هدف از انجام این مطالعه تعیین وظایف بود. وظایف در مرحله اول دلفی از نظرات منابع نیازسنجی استخراج شد. این نظرات سپس توسط همان منابع اولویت‌بندی گردید و پس از تشکیل جلسه فوکوس گروپ وظایف نهایی گردید. وظایف نهایی شده در ۶ دسته برنامه‌ریزی و اجرا، نظارت، پژوهش، مدیریت، آموزش و ارائه خدمت به افراد خانواده قرار داده شد. از مهم‌ترین وظایف در دسته وظایف برنامه‌ریزی و اجرا می‌توان به برنامه‌ریزی جهت اجرای طرح‌های مختلف بهداشت خانواده، برنامه‌ریزی در رابطه با کاهش مرگ و میر کودکان، تنظیم برنامه مدون در مورد پیشگیری از حاملگی‌های ناخواسته، تفسیر و تحلیل شاخص‌های بهداشتی و انجام نیازسنجی در زمینه مشکلات بهداشت خانواده در استان و مراکز تحت پوشش اشاره کرد. این وظایف با وظایف بهداشت حاملگی، تولد و کودکان، کارشناس ارشد بهداشت عمومی دانشگاه باری، برون، فلوریدا و بیرمنگام هماهنگ است (۱۳)، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷). بهداشت حاملگی، تولد و کودکان، بهبود

استراتژی، برنامه‌ریزی برنامه‌ها، برنامه‌ریزی هزینه‌ها، مرور برنامه‌ها و ارزشیابی برنامه‌ها را از وظایف مهم در مدیریت بهبود برنامه‌های بهداشت حاملگی، تولد و کودکان که زیرمجموعه برنامه بهداشت خانواده و جامعه است تلقی کرده است (۱۳).

از وظایف دانشجویان کارشناسی ارشد بهداشت دانشگاه باری (Barry) مدیریت و تفسیر شاخص‌های مرتبط بهداشتی است. برنامه‌ریزی بهداشتی، شناخت نیازهای نظام بهداشتی و تکنولوژی برای مدیریت کردن این نیازها، جمع‌آوری داده‌ها، مدیریت، ارائه و توصیف داده‌های آماری از وظایف دیگر این دانشجویان در نظر گرفته شده است (۱۴).

دانشگاه برون (Brown) واحدهای آمار زیستی و تجزیه و تحلیل داده‌ها و مداخلات ارتقا سلامت برای دانشجویان کارشناسی ارشد بهداشت عمومی در نظر گرفته است، بنابراین می‌توان ادعا داشت یکی از وظایف آنها تجزیه و تحلیل داده‌ها باشد (۱۵).

از وظایف کارشناس ارشد بهداشت عمومی دانشگاه فلوریدا تجزیه و تحلیل آمارها و طراحی و اجرای تغییرات ضروری برای تضمین سلامتی جامعه است (۱۶). از واحدهای اجباری کارشناس ارشد بهداشت عمومی دانشگاه بیرمنگام نیازسنجی بهداشتی است. می توان نتیجه گرفت که انجام نیازسنجی بهداشتی از وظایف آن ها می باشد (۱۷).

از مهم ترین وظایف در دسته وظایف نظارتی و پژوهشی می توان به موارد نظارت بر نحوه اجرای برنامه های مراقبتی و آموزشی قابل اجرا در مراکز بهداشتی درمانی در زمینه بهداشت خانواده مانند برنامه مراقبت زنان باردار، برنامه تنظیم خانواده، انجام پژوهش های کاربردی در رابطه با بهداشت خانواده و اعمال نظر در بخش اجرایی و انجام و طراحی مداخلات خانواده محور اشاره کرد. این وظایف با وظایف بهداشت حاملگی، تولد و کودکان (MCA)، بهداشت خانواده جامائیکا، وظایف بیان شده برای کارشناس ارشد بهداشت عمومی توسط موسسه مرتبط با دانشکده بهداشت عمومی، فوق لیسانس بهداشت عمومی دانشگاه مکزیکو، نیکاراگوئه، کلمبیا، باری، برون، فلوریدا و بیرمنگام هماهنگ است (۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۹).

پژوهش، یکی از برنامه های اصلی بهداشت حاملگی، تولد و کودکان (MCA) است (۱۳). پژوهش در مورد اصلاح سیاست ها، فرم ها، دستورالعمل ها و بهبود استراتژی ارائه خدمت برای زنان حامله، کودکان و خردسالان از وظایف ضروری آن می باشد (۱۳). در برنامه بهداشت خانواده در دانشگاه مونا در جامائیکا به مطالعه خانواده اشاره شده است (۱۸). موسسه مرتبط با دانشکده بهداشت عمومی، واقع در لیما که در زمینه بهداشت عمومی فعالیت می کند توسعه پژوهش برای تقویت سیستم بهداشتی، بهبود شرایط زندگی افراد و ارتقا خدمات و سیاست های بهداشتی را از وظایف کارشناس ارشد بهداشت عمومی بیان کرده است (۹). در فوق لیسانس بهداشت عمومی دانشگاه مکزیکو (Mexico)، نیکاراگوئه (Nicaragua) و کلمبیا (Colombia) نیز تأکید بر پژوهش وجود دارد (۹). انجام پژوهش در رابطه با مشکلات

بهداشت، انجام پژوهش های کاربردی در خدمات بهداشتی و پژوهش در بهداشت عمومی از وظایف دانشجویان فوق لیسانس بهداشت عمومی دانشگاه باری در نظر گرفته شده است (۱۴). دانشگاه برون نیز واحدهای پژوهشی و مداخلات ارتقا سلامت برای دانشجویان کارشناسی ارشد در نظر گرفته است، بنابراین می توان ادعا داشت یکی از وظایف آنها انجام پژوهش های کاربردی باشد (۱۵). از وظایف کارشناس ارشد بهداشت عمومی دانشگاه فلوریدا طراحی و اجرای تغییرات ضروری برای تضمین سلامتی جامعه است (۱۶).

در دسته وظایف مدیریتی به وظایف مهم ابلاغ برنامه ها و راهکارهای مربوط به مشکلات بهداشت خانواده پس از تجزیه و تحلیل و ارزشیابی دقیق خدمات، مدیریت در تقسیم نیروهای بهداشت خانواده (کاردان و کارشناس بهداشت خانواده) در مراکز، تهیه فیدبک، استخراج نقاط قوت و ضعف نظارت ها و تجزیه و تحلیل و رتبه بندی واحدها، ارزشیابی برنامه های عملیاتی بهداشت خانواده اشاره شده است. این وظایف با وظایف در نظر گرفته شده برای دانشجویان فوق لیسانس بهداشت عمومی دانشگاه باری، برون و فلوریدا و بیرمنگام هماهنگ است (۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴). مدیریت منابع انسانی ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی از وظایف دانشجویان دانشگاه باری در نظر گرفته شده است (۱۴). دانشگاه برون واحدهای مداخلات ارتقا سلامت و مدیریت خدمات بهداشتی برای دانشجویان کارشناسی ارشد در نظر گرفته است بنابراین می توان ادعا داشت یکی از وظایف آنها وظایف مدیریتی باشد (۱۵).

دانشگاه فلوریدا واحدهایی مربوط به مدیریت بهداشتی برای دانشجویان کارشناس ارشد بهداشت عمومی در نظر گرفته است. بنابراین مسئله یکی از وظایف آن ها وظایف مدیریتی است (۱۶). از واحدهای اجباری کارشناس ارشد بهداشت عمومی دانشگاه بیرمنگام ارزشیابی مراقبت های بهداشتی و مدیریت بهداشت عمومی است. در نتیجه ارزشیابی خدمات بهداشتی و وظایف در حیطه مدیریتی از وظایف آن ها است (۱۷).

در نتایج به وظایف آموزشی اشاره شده است که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به وظایف آموزش بهداشت و ایجاد کارگاه‌های آموزشی و توجیهی برای کارکنان مرتبط واحد بهداشت خانواده، آموزش مسائل بهداشتی به مادران، کودکان، سالمندان و دانش‌آموزان، آموزش به معلمان برای آموزش مسائل دوران بلوغ، آموزش به افراد در راستای تنظیم خانواده و مسائل بهداشت خانواده، آموزش در زمینه مشکلات بهداشت روان مانند از هم‌پاشیدگی خانواده‌ها و مشکلات روحی روانی، آموزش در جهت اصلاح رفتارهای نادرست بهداشتی اشاره کرد. در مطالعه فلاح‌زاده و سنایی نسب پیشنهاد شده که آموزش‌های بیشتر به منظور آشنایی خانواده‌ها با روش‌های مطمئن پیشگیری از حاملگی انجام گیرد (۱۹،۲۰). در برنامه بهداشت خانواده در دانشگاه مونا در جامائیکا به وظایف ارتقا بهداشت و تغییر رفتارهای افراد خانواده اشاره شده است (۱۸). موسسه مرتبط با دانشکده بهداشت عمومی واقع در لیما توسعه آموزش برای تقویت سیستم بهداشتی، بهبود شرایط زندگی افراد و برای ارتقا خدمات و سیاست‌های بهداشتی را از وظایف کارشناس ارشد بهداشت عمومی بیان کرده است (۹).

در دانشگاه‌های مکزیکو (mexico)، کاستاریکا (costa Rica)، السوادور (El Salvador)، گواتمالا (Guatemala)، ونزوئلا (Venezuela)، اکوادور (Ecuador)، کلمبیا (Colombia)، کوبا (Cuba)، نیکاراگوئه (Nicaragua)، جامائیکا (Jamaica)، هندوراس (Honduras)، Doin Republic کارشناس ارشد بهداشت عمومی وجود دارد، که در برنامه این رشته بر ارتقای بهداشت، آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، سلامت روانی، بهداشت و سالخوردگی تکیه شده است (۹). دانشگاه برون نیز واحدهای اصول رفتارهای بهداشتی و مداخلات ارتقای سلامت را برای دانشجویان کارشناسی ارشد در نظر گرفته است، بنابراین می‌توان ادعا داشت یکی از وظایف آن‌ها آموزش به اقشار مختلف جامعه باشد (۱۵) و از وظایف کارشناس ارشد بهداشت عمومی دانشگاه فلوریدا ارتقا دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی باکیفیت، بهبود رفتارهای بهداشتی و آموزش رفتارهای بهداشتی سلامتی جامعه است (۱۶).

از مهم‌ترین وظایف ذکر شده در دسته ارائه خدمت به افراد خانواده شامل مراقبت مطلوب خانم‌ها در دوران بارداری و شیردهی، ارائه خدمات مراقبت‌های دوران نوزادی، ارائه خدمت به سالمندان و مرتفع کردن نیازها و مشکلات آنها، ارائه خدمات و انجام کارهای تخصصی در بحث تنظیم خانواده و ارائه مشاوره قبل از ازدواج است. در نیازسنجی انجام شده در گناباد به بی‌توجهی به بهداشت و سلامت سالمندان و عدم مراقبت از سالمندان اشاره شده است (۲۱). در مطالعه انصاری نیایک نشان داده شده است که علی‌رغم اینکه یکی از راهکارهای اساسی جهت ارتقای سلامتی کودکان و مادران ارائه مراقبت‌های قبل از زایمان است اما هنوز کیفیت ارائه مراقبت‌ها در کشور ما مطلوب نیست و لازم است جهت ارتقا کیفیت این مراقبت‌ها گام‌های مؤثرتری برداشته شود (۲۲). این وظایف با وظایف ذکر شده توسط بهداشت خانواده و جامعه که یکی از برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی است و روی بهداشت و ارتقا افراد تمرکز دارد و مراقبت دوران حاملگی و تولد نوزاد، مراقبت نوزادان، مراقبت کودکان، توسعه سلامت سالمندان، زنان و واکسینه کردن مردم در برابر بیماری‌ها از وظایف آن‌ها است یکسان است (۱۳). در برنامه بهداشت خانواده در دانشگاه مونا در جامائیکا مراقبت‌های بهداشتی اولیه یکی از وظایف این افراد در نظر گرفته شده است (۱۸).

در دانشگاه‌های مکزیکو، کاستاریکا، السوادور، گواتمالا، ونزوئلا، اکوادور، کلمبیا، کوبا، نیکاراگوئه، جامائیکا، هندوراس، Doin Republic بر مراقبت‌های بهداشتی اولیه، سلامت خانواده، بهداشت و سالخوردگی تکیه شده است (۹)، که این وظایف با وظایف ارائه خدمت ذکر شده هماهنگ است. در این دانشگاه‌ها به صورت مستقیم به وظایف مشاوره‌ای اشاره نشده است که می‌توان این چنین برداشت کرد که وظایف مشاوره‌ای در دل وظایف فوق‌الذکر نهفته است.

چالش‌های اجرایی این پژوهش عدم استفاده از اساتید سایر دانشگاه‌ها، معاونین بهداشتی، مدیران بهداشتی، کارکنان و دانشجویان در جلسه فوکوس گروپوزمان بر بودن بازگشت پرسش‌نامه‌های ارسالی بود.

بهداشت خانواده در سطح فوق لیسانس ضروری به نظر می‌رسد. وظایف آموزشی تدوین شده در این نیازسنجی اولین قدم برای تدوین دوره کارشناسی‌ارشد بهداشت خانواده است. پیشنهاد می‌شود که با استفاده از وظایف تعیین شده در این مطالعه، برنامه درسی متناسب طراحی و اجرا گردد.

با توجه به این که در حال حاضر در کشور رشته مرتبط در سطح کارشناسی‌ارشد برای بهداشت خانواده وجود ندارد و با توجه به ضرورت احساس شده جهت وجود چنین رشته‌ای و در راستای تأمین منابع و امکانات و تربیت نیروی انسانی حرفه‌ای برای ارائه خدمات، انجام پژوهش و اجرای آموزش همگانی در راستای سلامت فرد و جامعه، طراحی رشته

References

- 1- Mohamadzade Z. A review on to exploit theoretical and practical teaching in view of points of family health technicians [Post graduate thesis]. Faculty of Health, Isfahan University of Medical Sciences. 1997. [Persian]
- 2- Vaziriyan P. Review of health. 1st edition. Tehran: RazmandeganeEslam; 1992. [Persian]
- 3- Ardakan Health Network. Family Health Unit. [Cited 2010 June 5]. Available from: [http:// www.ardakanbehdar.ir/index.asp?id=15](http://www.ardakanbehdar.ir/index.asp?id=15). [Persian]
- 4- Nowri MR. Health 3, family health, associated mothers' and children's care and nutrition. 2nd edition. Tehran: Sahowri; 1990: 9. [Persian]
- 5- General specification, plan and syllabus of associate degree of public of health with field of family health and champion of disease. Ministry of Health, Treatment and Medical Education; High Council of Planning of Medical Science: Approved in session of high council of planning of medical science. 2004. [Persian]
- 6- OjaghiSh, Almasi A, Shammaa F. A review on to exploit theoretical and practical teaching in view of points of family health technicians, graduated from Health Faculty; 2000-2001. Journal of Health Administration. 2006; 9(25): 37-46. [Persian]
- 7- Shahidzadeh A, Mir Moeeni ES, Azimian MH, et al. A qualitative assessment of urban family planning facilities Hamadan, May-September 2003. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2004; 2(1): 1-10. [Persian]
- 8- Tabrizi1 JS, Mardani L, Kalantari H, et al. Clerkship from the perspective of students of health services management and family health in Tabriz University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Education. 2011, 10(4): 439-51. [Persian]
- 9- Laura MV, Gustavo NH, Rodolfo MV, et al. Report of international conference on new directions for public health education in low and middle income countries. Public Health Foundation of India. 229-76.
- 10- Harvard University. Academics. MPH Program. [Cited 2010 December 10] Available from: <http://www.hsph.harvard.edu/academics/master-of-public-health-program/program/concentrations/>
- 11- Universiti Sains Malaysia. List of field. Medical science campe . [Cited 2014 April 5]. Available from: <http://irantomalezi.com/index.php?>

option=com_content&view=article&id=280&Itemid=358

12- Mirzabeygi A. Curriculum planning and lesson plan in formal education and human resource training. 2nd edition. Tehran: Yastoroon. 2005. [Persian]

13- Worth Health Organization. Programmes and projects. Family and Community Health Cluster (FCH). MCA. [Cited 2009 November 20]. Available from: <http://www.who.int/about/structure/organigram/fwc/en/index.html>

14- Barry University. College of Health Sciences. HSA/Public Health (MS). Course Descriptions. [Cited 2009 November 20] Available from: <http://www.barry.edu/hsa/dual/about/>

15- Brown University. Prospective students. Master of Public Health. Required Courses. [Cited 2009 November 20]. Available

from: <http://www.brown.edu/academics/college>

16- The Florida State University. The College of Social Sciences and Public Policy. Masters of public health. Why study public health? (Cited 2009 October 13) Available from:

<http://www.coss.fsu.edu/publichealth/>

17- University of Birmingham. Postgraduate. Public Health (MPH). Modules. [Cited 2010 may

15]. Available

from: <http://www.findamasters.com/search/masters-degree.aspx?course=750>

18- Paul TJ, Mitchell A, Lagrenade J, et al. More questions than answers? Expanding students' reflections from a community health experience. Education for Health. 2006; 19(2): 244-50.

19- Fallahzadeh H, Mazloumi SS. Survey on unplanned pregnancies in pregnant women in Yazd. The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2002; 9(4): 91-7. [Persian]

20- Sanaeinasab H, Rashidi Jahan H, Tavakoli R, et al. Correlates of unwanted pregnancy among pregnant women attending medical and health centers in Semnan, Iran. Hayat. 2009; 15(2): 81-6. [Persian]

21- Delshad A, Salari H, Khajavi AAJ, et al. Certifying of the society felt needs based on community as partner model in Gonabad population lab. boundaries. Ofogh-e-Danesh. 2005; 10(4): 15-22. [Persian]

22- Ansari Niaki M, Izadi Sabet F. The quality of prenatal care performance on the basis of existing care standards in health centers. Koomesh. 2004; 5(1): 81-6. [Persian]

Establishing the tasks of family health masters: a needs assessment study using Delphi technique

Rezaei H (PhD)¹, Yosefi A(PhD)², Yamani N (PhD)*³, Sharifirad GR (PhD)⁴

1. PhD candidate, Center of Management and Development of Medical Education, Isfahan University of Medical Science, Isfahan- Iran

2. Associative Professor, Center of Management and Development of Medical Education, Isfahan University of Medical Science, Isfahan- Iran

3. Assistant Professor, Center of Management and Development of Medical Education, Isfahan University of Medical Science, Isfahan- Iran

4. Professor, Department of Health Promotion, Isfahan University of Medical Science, Isfahan- Iran

Received: 25Sep 2014

Accepted: 12Out 2014

Abstract

Introduction: Professional duties are regarded as a base for developing the curriculum in a new course. The purpose of this study is to determine the professional duties of postgraduates of family health major according to the viewpoints of stakeholders.

Methods: In this cross sectional study, five type one universities (high quality universities) and four type two and three universities were randomly selected using Delphi technique. The participants were directors of health departments, the vice chancellor of public health authorities, the assistance and managers of health and treatment networks, the employees of family health units, and also public health undergraduate students. We developed a questionnaire to gather data. The questionnaire consisted of an open ended and some demographic questions. Data was analyzed using the content analysis technique. In this case duties were defined. Then they were prioritized and finalized in a focus group.

Results: In the first step of Delphi 190 duties were extracted. Then we classified them, based on priority in the second Delphi, into 102 duties. Finally 16 items were grouped under the domain of providing services to families, 35 items were in the domain of planning, 50 items were in the domain of supervision, 5 items were in the domain of research, 13 items were in the domain of management, and 28 items in the domain of education.

Conclusion: In order to plan for the education of required family health experts there is a need to define the duties of family health postgraduates. The results of this study can be used in the planning of the curriculum of this major.

Keywords: family health, need assessment, Delphi technique, curriculum planning

*Corresponding author's email: yamani@edc.mui.ac.ir

This paper should be cited as:

Rezaei H, Yosefi A, Yamani N, Sharifirad GR. *Establishing the tasks of family health masters: a needs assessment study using Delphi technique*. Journal of Medical Education and Development. 2014; 9(3):35-47