مقاله پژوهشی

چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی شمال شرق ایران از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در طرح

الهه هوشمند[۱]، زهره نجات زادگان[۲]، حسین ابراهیمی پور[۱]،حبیب الله اسماعیلی[۱]، علی وفایی نجار[۱*]

۱- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲-کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۹/۱۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۳/۰۳

چکیده

زمینه و هدف: در ایران برنامه‌ای جدید تحت عنوان پزشک خانواده روستایی از سال ۱۳۸۴ آغاز شد. مطالعه حاضر باهدف تعیین چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی در استان خراسان رضوی انجام‌شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه ترکیبی (کمی – کیفی) است. در این مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف با ۱۱ مدیر و ۹ پزشک خانواده شاغل در طرح در خراسان رضوی مصاحبه شد. سپس بر اساس نتایج مصاحبه‌ها پرسشنامه‌ای طراحی و پس از تائید روایی و پایایی آن در یک مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۷ به کار گرفته شد. یافته‌های مطالعه کمی، با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های Mann-Whitney، T test و ANOVA در سطح معنی‌داری ۰.۰۵ تحلیل شد.

نتایج: در تحلیل محتوای کیفی ۹ مفهوم اساسی (برنامه‌ریزی جامع، نظام بیمه درمان، جبران خدمات، ارزیابی عملکرد، امکانات و تسهیلات رفاهی، جذب و حفظ نیروی انسانی، نظام اطلاعات، فرهنگ‌سازی و تأمین مالی) شناسایی شدند.

بزرگ‌ترین چالش در حوزه جبران خدمات (۴/۰±۰۵/۷۳) و کوچک‌ترین آن در حوزه امکانات و تسهیلات رفاهی (۳/۰±۶۷/۸۳) بوده است. بیشترین تفاوت دیدگاه مدیران و پزشکان در حوزه امکانات و تسهیلات رفاهی (۰/۰±۶۱/۲۰) و کمترین آن در حوزه فرهنگ (۰/۰±۰۴/۱۷) بوده است.

نتیجه‌گیری: بیشترین چالش‌های طرح پزشک خانواده در مطالعه موردبررسی مربوط به عوامل فرهنگی، اقتصادی، محیطی و شرایط کاری است. پیشنهاد می‌شود به‌منظور اجرای صحیح طرح پزشک خانواده به هماهنگی آن با اهداف این طرح در سطح بین‌المللی و تجربیات کشورهایی که این برنامه را اجرا کرده‌اند توجه شود.

کلمات کلیدی: پزشک خانواده روستایی، مراقبت‌های بهداشتی اولیه، سطح اول ارائه خدمات

مقدمه

سلامتی محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری است و هدف نهایی تأمین سلامتی ارتقای سطح سلامت آحاد مردم به شکلی است که بتوانند با برخورداری از سلامت کافی در فعالیت‌های اقتصادی، اجتماعی سهیم شوند (۱). در ایران جهت اصلاح بخش بهداشت و درمان کشور و حفظ اثربخشی و کارایی آن، ارائه خدمات سلامت به جمعیت روستایی کشور در قالب برنامه جدیدی تحت عنوان پزشک خانواده روستایی از سال ۱۳۸۴ آغاز شد و هم‌اکنون مراقبت‌های بهداشتی درمانی توسط گروه پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهایی با کمتر از ۲۰ هزار نفر جمعیت، در کشور در حال اجراست (۲). پزشک خانواده یک تخصص پزشکی است که خدمات سلامت را به‌صورت جامع و مستمر برای افراد و خانواده‌ها در تمام گروه‌های جنسی، سنی و بیماری‌ها تأمین می‌نماید (۳، ۴). در این برنامه، پزشک عمومی و گروه وی، مسئولیت کامل سلامت افراد و خانواده‌های تحت پوشش خود را بر عهده داشته

*نویسنده مسئول: **علی وفایی نجار**، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

Email: vafaeea@mums.ac.ir

https://orcid.org/0000-0002-2499-2687

و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز به عهده‌دارند (۳).

در صورت اجرای درست طرح پزشک خانواده، بسیاری از مشکلات در بخش بهداشت و درمان حل خواهد شد. اولاً با اقدامات پیشگیرانه مانع از بروز بسیاری از بیماری‌ها خواهد شد، ثانیاً در مورد بیماری‌های مزمن مهمی مانند دیابت و پرفشاری خون با بیماریابی و تشکیل پرونده و مراقبت بیماران از پیشرفت این بیماری‌ها و بروز عوارض آن جلوگیری خواهد شد و ثالثاً با درمان به‌موقع و صحیح بیماران و یا ارجاع و پیگیری به‌موقع آنان مانع سردرگمی بیماران و هزینه‌های بی‌رویه و نابجا در حوزه درمان می‌شود (۵). یک فایده بسیار مهم دیگر این برنامه حذف زیرمیزی خواهد بود، چراکه با اجرای این برنامه ارتباط مالی بین پزشک و بیمار قطع‌شده و ارتباط بین پزشک و بیمه برقرار می‌شود (۵).

مطالعات نشان داده‌اند که بسیاری از اصلاحات درزمینه‌ی مراقبت‌های بهداشتی اولیه به نتیجه مطلوب و پایداری دست نیافته‌اند و مشارکت و درگیری پزشکان خانواده در ارائه خدمات بهداشت خانواده در ۱۰ کشور به‌طور کامل، در ۱۵ کشور به‌طور نسبی و در ۶ کشور به‌صورت کمتر صورت می‌گیرد (۶, ۷).

نتایج مطالعه گنز، منکا و وندر ورت عدم تمایل پزشکان برای کار در مناطق روستایی، عدم آموزش کافی پزشکان، کمبود کارکنان بهداشتی، کمبود زمان و کمبود منابع، حجم کاری بالای پزشکان، نابرابری درآمدی، عدم توجه و همکاری متخصصان، دسترسی کم به متخصصان، فرآیندها، آزمایش‌ها و منابع دیگر، توقع و انتظارات بالای بیماران، حفظ و کسب مهارت‌ها و دانش تخصصی مسائل مرتبط با پزشکی قانونی را از مهم‌ترین چالش‌های پزشک خانواده نشان می‌دهد (۸-۱۰)

به‌طورکلی پژوهش‌ها نشان می‌دهد طرح پزشک خانواده با مشکلاتی از قبیل عدم تمایل پزشکان برای کار در مناطق روستایی، آموزش ناکافی پزشکان، کمبود کارکنان بهداشتی، کمبود منابع، حجم کاری بالا پزشکان، نابرابری درآمدی، عدم همکاری متخصصان مواجهه است (۸-۱۰).

خراسان رضوی دارای ۲۵ شهرستان است که درمجموع ۱۶ شهر، ۱۵۱ مرکز و ۲۲۸ پزشک، در طرح پزشک خانواده روستایی زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی مشهد در حال فعالیت هستند (۱۱).

با توجه به اینکه تعداد زیادی از مطالعات در ایران نشان داده‌اند که عملکرد پزشک خانواده در حد انتظار نبوده است و این طرح با مشکلاتی از قبیل نبود نظام ارجاع کامل، جابجایی و ریزش ۲۵ درصدی پزشکان، نقص سیستم آموزش پزشکی جامعه نگر، اختلافات موجود بین دو وزارتخانه رفاه و بهداشت بر سر تعیین سرانه و تخصیص به‌موقع منابع آن، عدم رعایت عدالت در سلامت در توزیع منابع و امکانات بسته خدمات پایه و عدم رضایت پزشکان مواجه است (۱۲-۱۴). لذا این مطالعه باهدف تعیین مهم‌ترین چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی در استان خراسان رضوی انجام‌شده است تا بر اساس نتایج آن بتوان ضمن پیشنهاد رفع نواقص احتمالی، سطح کیفیت و کمیت خدمات ارائه‌شده در نظام پزشک خانواده کشور را ارتقا داد.

مواد و روش‌ها

این‌یک مطالعه ترکیبی اکتشافی متوالی است که از دو بخش کیفی و کمی تشکیل‌شده است. در بخش کیفی، مطالعه از نوع تحلیل محتوا، در بخش کمی، مطالعه از نوع توصیفی و تحلیلی است.

در مرحله اول (بخش کیفی) با ۲۰ نفر (۸ پزشک خانواده و ۱۲ مدیر سیستم بهداشت و درمان) که به‌صورت هدفمند انتخاب‌شده بودند مصاحبه شد. معیارهای انتخاب افراد شامل رضایت و تمایل برای شرکت در مطالعه و داشتن حداقل یک سال سابقه کار به‌عنوان پزشک یا مدیر در طرح پزشک خانواده روستایی خراسان رضوی بود.

در طی مطالعه مصاحبه‌های اولیه به‌صورت عمیق و بدون ساختار و با مرور مصاحبه‌ها به مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته تغییر یافت. پرسش‌های اصلی مصاحبه ابتدا با یک سؤال کلی (چالش‌های طرح پزشک خانواده روستایی چیست؟) به‌منظور شمول تمام نظرات و دیدگاه‌ها، شروع شد و جریان بحث در حین مصاحبه، توسط پژوهشگر از مفاهیم گسترده‌تر به سمت مقوله‌های ریزتر هدایت یافت. بعد از دو مصاحبه عمیق، سؤالاتی به‌عنوان راهنمای مصاحبه توسط گروه پژوهش تنظیم شد و در طی انجام تحقیق تکمیل‌تر و به پرسشنامه نیمه ساختاریافته تبدیل شد.

برای انجام مصاحبه با افراد موردنظر پس از تنظیم قرار ملاقات سعی شد تا مصاحبه در دفتر کار افراد انجام گیرد تا افراد احساس راحتی بیشتری داشته باشند. مصاحبه‌ها با ۱۸ نفر به اشباع رسید و برای اطمینان بیشتر دو نفر دیگر هم مورد مصاحبه قرار گرفتند.

مدت‌زمان هر جلسه مصاحبه بین ۷۰-۴۰ دقیقه بود. تمامی مصاحبه‌ها توسط یکی از نویسندگان (ز.ن) انجام شد. مصاحبه‌ها بلافاصله بعد از هر مصاحبه تایپ شد و به‌عنوان راهنما در مراحل بعدی کار استفاده گردید. از چهار معیار مقبولیت، قابلیت انتقال، اعتماد و تأیید پذیری برای اطمینان از روایی و پایایی داده‌های کیفی استفاده شد (۱۵).

جهت اطمینان از اعتبار و مقبولیت داده‌ها اولین مصاحبه‌های انجام‌شده در قالب مصاحبه‌های عمیق بود و همچنین تلاش گردید تا با تلفیق روش‌های مختلف جمع‌آوری داده‌ها مانند یادداشت‌های پس از مصاحبه و استفاده از روش بازبینی مشارکت‌کنندگان برای تائید صحت داده‌ها و کدهای استخراج‌شده و یا اصلاح آن‌ها این مهم تحقق یابد.

برای تأمین اعتبار یافته‌ها از روش ناظر خارجی برای بررسی درک مشابه احتمالی او با پژوهشگر و جستجو برای موارد مغایر استفاده‌شده است که این مسئله از طریق ارائه‌ی کدهای اولیه از تفسیر تجارب شرکت‌کنندگان، مثال‌هایی از چگونگی استخراج درون‌مایه‌ها و گزیده‌هایی از متن مصاحبه‌ها برای هر یک از درون‌مایه‌ها صورت گرفت (۱۶).

جهت افزایش قابلیت انتقال پژوهشگر تلاش کرد با توصیف واضح، دقیق و هدفمند فرآیند تحقیق و کارهای انجام‌شده در مسیر مطالعه امکان پیگیری مسیر تحقیق و خصوصیات جمعیت موردمطالعه را برای دیگران فراهم کند. همچنین نتایج تحقیق به تعدادی از افراد که در مطالعه شرکت نداشتند به‌منظور قضاوت آن‌ها در مورد تشابه بین نتایج و تجارب خود، ارائه شد (۱۶).

جهت اطمینان از تائید پذیری، متن تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج‌شده در اختیار همکاران پژوهشگر و تعدادی از اعضا هیئت‌علمی که با نحوه‌ی آنالیز تحقیقات کیفی آشنا بوده و در تحقیق شرکت نداشته‌اند، گذاشته شد و ارزیابی توافق بین چند پژوهشگر بررسی و مورد تائید قرار گرفت (۱۶).

تحلیل مصاحبه‌ها با استفاده از آنالیز محتوا (conventional content analysis) از همان مصاحبه اول و به‌موازات انجام مصاحبه‌ها انجام گرفت. تمام مراحل بالا توسط نرم‌افزار Atlas-Ti Version5 انجام شد.

مرحله دوم (بخش کمی) مطالعه توصیفی – تحلیلی بود که بر روی تمامی ۲۲ مدیر طرح پزشک خانواده و ۱۰۱ پزشک خانواده صورت گرفت. سپس به‌منظور توزیع پرسشنامه‌ها از روش خوشه-ای دومرحله‌ای استفاده شد بدین‌صورت که شهرها با استفاده از روش نمونه‌گیری احتمال متناسب با حجم (pps)[1] انتخاب شدند و لیست شهرها نوشته شد و تعداد پزشکان هر شهر به‌عنوان فراوانی در نظر گرفته شدند سپس فراوانی تجمعی محاسبه گردید. با توجه به تعداد ۲۲۸ پزشک و ۱۶ شهر، ۱۰ شهر به‌طور تصادفی بافاصله ۳۰ نفر تعیین گردید و از هر شهر تعداد حداکثر ۱۰ پزشک در نظر گرفته شد.

پزشکان

به‌منظور تعیین حجم نمونه پزشکان خانواده در مرحله توصیفی ابتدا ۳۰ پرسشنامه به‌صورت پایلوت در بین پزشکان خانواده توزیع شد و پس از آنالیز و تعیین میانگین و انحراف معیار نمره کسب‌شده در مورد چالش‌ها (۱.۷±۳۳٪) و با توجه به محدود بودن جامعه پژوهش (۲۲۸ پزشک خانواده) با به‌کارگیری از فرمول زیر حجم نمونه ۸۸ نفر محاسبه گردید که جهت افزایش دقت مطالعه و با در نظر گرفتن ۱۵٪ ریزش، ۱۰۱ نفر در نظر گرفته شد. طبق نظر گروه پژوهش دقت (d)، ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

$$n. = \frac{(sz)^2}{d^2} \qquad n. = \frac{(0.3)^2\ 4}{(0.05)^2} = 144$$

$$n = \frac{n.}{1+\frac{n.}{N}} \qquad n = \frac{144}{1+\frac{144}{228}} = 88$$

مدیران

با توجه به محدودتر بودن تعداد مدیران، تلاش شد پس از انتخاب ۱۰ شهر (با روش خوشه‌ای) بین تمام مدیران مرتبط با پزشک خانواده روستایی معاونت بهداشتی درمانی خراسان رضوی و همچنین مدیران مراکز بهداشتی درمانی ۱۰ شهر انتخاب‌شده پرسشنامه توزیع شود؛ که درمجموع ۲۲ پرسشنامه تکمیل شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته‌ای مشتمل بر ۲ بخش بود. بخش اول شامل عوامل دموگرافیک (پزشکان ۱۵ سؤال و مدیران ۷ سؤال) و بخش دوم شامل ۴۲ سؤال اختصاصی در ۹ حوزه برنامه‌ریزی جامع (۴ سؤال)، نظام بیمه درمان (۵ سؤال)، جبران خدمات (۳ سؤال)، ارزیابی عملکرد (۱۰ سؤال)، امکانات و تسهیلات رفاهی (۵ سؤال)، جذب و حفظ نیروی

[1] Probability Proportional to Size

انسانی (۵ سؤال)، نظام اطلاعات (۲ سؤال)، فرهنگ (۵ سؤال) و تأمین مالی (۳ سؤال) بود. سؤالات اختصاصی پرسشنامه در رابطه با چالش‌های طرح پزشک خانواده روستایی بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت (بسیار موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و بسیار مخالفم) به ترتیب نمره‌گذاری ۱ تا ۵ در نظر گرفته شد. وجود چالش‌ها با نمرات ۲/۳۰-۱ ضعیف، ۳/۶۵-۲/۳۱ متوسط و ۶۶-۳/۵ قوی قلمداد شد. به‌منظور بررسی روایی محتوا ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه در اختیار ۱۲ نفر از اساتید متخصص و صاحب‌نظر درزمینه‌ی تحقیق قرار داده شد و ازنظر میزان مرتبط بودن، واضح بودن و ساده بودن (نمره CVI) مطالب تمامی سؤالات بررسی و اصلاحات لازم انجام شد.

شاخص روایی محتوا به‌وسیله مجموع تعداد امتیاز موافق برای هر آیتم با رتبه ۳ و ۴ تقسیم‌بر تعداد کل پاسخ‌ها اندازه‌گیری شد.

پذیرش آیتم‌ها بر اساس معیار زیر صورت گرفت:

نمره CVI بالاتر از ۰/۷۹؛ مناسب (Adequate) تشخیص داده شدند.

نمره CVI بین ۰/۷۹ تا ۰/۷۰؛ سؤال‌برانگیز (Questionable) تلقی و اصلاح و بازنگری شدند.

نمره CVI کمتر از ۰/۷۰؛ غیرقابل‌قبول (Unacceptable) تلقی و حذف شدند. برای تعیین پایایی ابزار، پرسش‌نامه توسط ۲۲ نفر از اعضاء جامعه موردپژوهش تکمیل شد که آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده (همبستگی درونی) برابر با ۰.۸۵ شد.

روایی محتوا پرسشنامه با استفاده ازنظر اساتید متخصص و پایایی آن با بررسی همبستگی درونی (آلفای کرونباخ ۰.۸۵) تائید شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی مشتمل بر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و آزمون‌های آماری Mann-Whitney U، T test و ANOVA برای مقایسه درصد و مقایسه میانگین‌ها استفاده شد.

نتایج

این‌یک مطالعه ترکیبی اکتشافی متوالی است که از دو بخش کیفی، کمی تشکیل‌شده است. در بخش کیفی، مطالعه از نوع تحلیل محتوا، در بخش کمی، مطالعه از نوع توصیفی و تحلیلی است.

بخش کیفی: در این مرحله با ۲۰ پزشک و مدیر طرح پزشک خانواده مصاحبه شد که ۹ نفر از مصاحبه‌شونده‌ها پزشک و ۱۱ نفر از آن‌ها مدیران این طرح بودند. پس از پیاده‌سازی داده‌ها و تجزیه تحلیل آن‌ها به‌منظور لکه‌گیری با یک مدیر طرح پزشک خانواده مصاحبه تکمیلی انجام شد. ۸۳٪ از مدیران، ۷۵٪ از پزشکان و درمجموع ۸۰٪ مصاحبه‌شونده‌ها مرد بودند. در انتهای این فرایند، ۹ مفهوم اساسی و ۲۷ زیرگروه شناسایی شد (جدول ۱).

جدول ۱. چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی

مفاهیم اصلی (Themes)	زیر مفهوم (Sub-themes)	فراوانی	درصد	موارد (Items)	فراوانی	درصد
۱. برنامه‌ریزی جامع	عدم پایلوت صحیح قبل از اجرا	۹	٪۴۵	تغییر دائم دستورالعمل‌های اجرای برنامه	۳	٪۱۵
	عدم هماهنگی بین بخشی	۱۳	٪۶۵	کسورات و تأخیر زیاد پرداخت‌ها	۹	٪۴۵
	تمرکز در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی	۸	٪۴۰	معیار نامناسب در تعیین سرانه	۳	٪۱۵
	ساعت کاری نامناسب	۱۱	٪۵۵	تأخیر در ابلاغ تفاهم‌نامه	۷	٪۳۵
۲. نظام بیمه درمان	بسته خدمتی ناقص	۶	٪۳۰	عدم بومی‌سازی بسته خدمات	۶	٪۳۰
	کسورات و تأخیر زیاد پرداخت‌ها	۱۰	٪۵۰	عدم تناسب بین بسته خدمتی و حجم جمعیت	۱۵	٪۷۵
	معیار نامناسب در تعیین سرانه	۱۶	٪۸۰	عدم احتساب اتباع افغانی در تعیین حق سرانه	۷	٪۳۵
				حق سرانه پایین به ازای جمعیت تحت پوشش	۱۰	٪۵۰

۳. جبران خدمات	ناکافی بودن حقوق	۲۰	٪۱۰۰	عدم تناسب حقوق با تورم، مدرک تحصیلی، سختی کار	۲۰	٪۱۰۰
	تأخیر در پرداخت حقوق	۱۴	٪۷۰			
	عدم تناسب اختیار و مسئولیت پزشکان	۹	٪۴۵			
۴. ارزیابی عملکرد	پایش توسط دو وزارتخانه	۸	٪۴۰	سلیقه‌ای بودن پایش‌ها	۵	٪۲۵
	عدم تناسب بین سطح تحصیلات پایشگران و پزشکان	۴	٪۲۰	عدم توجه به کیفیت و نتایج عملکرد در پایش	۵	٪۲۵
	روا و پایا نبودن چک‌لیست‌ها	۱۵	٪۷۵	مبتنی بر شواهد نبودن شاخص‌ها	۸	٪۴۰
	عدم پایش سایر کارکنان تیم پزشک خانواده، پزشکان متخصص و پاراکلینیک‌ها	۵	٪۲۵	استاندارد نبودن چک‌لیست‌ها	۶	٪۳۰
	نادیده گرفتن ارزش و شخصیت پزشکان	۹	٪۴۵	مستندسازی صوری توسط پزشکان	۱۲	٪۶۰
۵. امکانات و تسهیلات رفاهی	زیرساخت نامناسب اقامتی و رفاهی	۱۶	٪۸۰	محیط فیزیک نامناسب کار	۳	٪۱۵
	زیرساخت نامناسب حمل‌ونقل	۴	٪۲۰	پانسیون‌ها نامناسب	۴	٪۲۰
				عدم وجود امکانات نگهداری از کودکان	۵	٪۲۵
				ناکافی بودن تجهیزات مراکز	۲	٪۱۰
۶. جذب و حفظ نیروی انسانی	ناکافی بودن تعداد پزشکان دائمی	۱۳	٪۶۵	لغو قرارداد پزشکان به‌راحتی	۵	٪۲۵
	امنیت شغلی پایین	۹	٪۴۵			
	عدم استقبال پزشکان	۱۵	٪۷۵			
۷. نظام اطلاعات	زمان بربودن فرآیند دثبت اطلاعات	۱۵	٪۷۵	-	-	-
	تمایل به مستندسازی صوری	۱۲	٪۶۰			
۸.فرهنگ‌سازی	آگاهی ناکافی مردم	۲۰	٪۱۰۰	عدم اعتماد مردم به پزشک عمومی و بهورز	۴	٪۲۰
	آموزش ناکافی ارائه‌کنندگان	۲۰	٪۱۰۰	نادیده گرفتن نظام ارجاع در سطوح بالاتر	۱۳	٪۶۵
				عدم آموزش کافی مسائل بهداشتی به ارائه‌کنندگان	۱۸	٪۹۰
				عدم آشنایی کافی متخصصین و پاراکلینیک‌ها با نظام ارجاع	۸	٪۴۰
۹. تأمین مالی	عدم پرداخت به پزشکان متخصص	۵	٪۲۵	-	-	-
	مشارکت محدود بخش خصوصی	۳	٪۱۵			
	عدم استقبال پزشکان	۱۵	٪۷۵			

مفاهیم عبارت‌اند از:

۱. برنامه‌ریزی جامع

اجرای طرح‌ها به‌صورت آزمایشی این امکان را فراهم می‌نماید که فرآیند اجرای طرح در ابعاد کوچک‌تر بررسی‌شده و پس از رفع موانع و نارسایی‌ها و اصلاح آن، با آمادگی بیشتری طرح اصلی در ابعاد وسیع‌تر اجرا شود (۱۷) این در حالی است که مصاحبه‌شونده‌ها اظهار داشتند که قبل از اجرای برنامه پزشک خانواده پایلوت صحیح انجام‌نشده است.

«طرح [پزشک خانواده] به‌سرعت اجرا شد، [در] ابتدا قرار بود [این طرح به مدت] یک سال [به‌صورت] پایلوت [اجرا] شود ...، [ولی بعد از]... یک ماه پایلوت، بلافاصله [در سطح وسیع] اجرا شد و هم‌زمان مشکلات آن‌هم شروع شد.» (م ۱۱)

هماهنگی نیز به‌عنوان نخستین اصل سازمان‌دهی هر برنامه‌ای است (۱۸). بسیاری از مشارکت‌کنندگان به ناهماهنگی بین دو وزارتخانه متولی طرح برنامه پزشک خانواده (وزارت رفاه و وزارت بهداشت) اشاره کردند که این موضوع باعث کاهش سرعت تصمیم‌گیری‌ها می‌شود:

«بیمه‌ها در پایش‌های خود به ... درمان بیشتر توجه دارند [درحالی‌که] در پزشک خانواده بحث ... مدیریت سلامت بوده که [در آن باید] با آموزش مردم، کنترل عوامل محیطی اثرگذار، اصلاح شیوه زندگی و مشارکت مردم بیماری‌ها کاهش پیدا می‌کرد [نه با درمان]». (م ۶)

علاوه بر این عدم تمرکز یکی دیگر از چالش‌های اصلی طرح در این زمینه بود، چراکه یکی از استراتژی‌های بهبود برنامه‌ریزی و مدیریت در نظام سلامت رفع تمرکز است (۱۸).

«... [بهتر بود] مسئولین با نماینده پزشکان شهرهای مختلف راجع به چالش‌ها [طرح پزشک خانواده] صحبت می‌کردند تا بهبودی درروند این سیستم ایجاد می‌شد.» (م ۹)

۲. نظام بیمه درمان

بسته خدمات سلامت حاوی خدماتی است که اولویت بالاتری دارد و باید توسط پزشک خانواده یا گروه سلامت ارائه شود (۱۹). تعدادی از مصاحبه‌شونده‌ها اظهار داشتند که بسته خدمات سلامت کامل نبوده و بومی‌سازی نشده است.

«... بسته‌های خدمتی در کل کشور به یک‌شکل است [درصورتی‌که] بسته‌های خدمات باید با ساختار فرهنگی اجتماعی و غیره متناسب باشد.» (م ۱۳)

همچنین کسورات بالا از طرف بیمه و عدم همکاری بیمه با وزارت بهداشت از مشکلات این طرح در حوزه نظام بیمه درمان است چنانکه مصاحبه‌شونده‌ها اظهار داشتند:

«...بیمه بر اساس استقرار پزشک، تجهیزات و خدماتی که ارائه می‌شود... [اعتبارات می‌دهد] چون کمبود منابع [وزارت بهداشت] داریم، [بیمه] کسورات زیادی می‌زند...» (م ۱)

علاوه بر این پایین بودن سرانه پرداختی برای جمعیت تحت پوشش پزشک و عدم احتساب اتباع خارجی در محاسبه حق سرانه یکی دیگر از مشکلات مطرح‌شده است:

«[اتباع] خارجی... جزء جمعیت [پزشکان] حساب نمی‌شوند، اما پزشک... موظف است [به آن‌ها] ... خدمات ارائه دهد.» (م ۱۷)

۳. جبران خدمات

سازوکار پرداخت حقوق و مزایا بر رفتار ارائه‌کننده خدمت، اثر زیادی دارد (۱۹). نظام حقوق و مزایا باید به‌گونه‌ای طراحی شود که باعث ایجاد انگیزه و تشویق کارکنان به عملکرد بهتر شود (۲۰).

«منافع مالی ... [پزشکان خانواده]... با [سطح] تحصیلات، ساعت کاری و شرح وظایف ... [آن‌ها] مطابقت ندارد و این بزرگ‌ترین چالشی هست که ... [پزشکان] با آن مواجه‌اند.» (م ۱۵)

علاوه بر این عدم تناسب بین اختیار و مسئولیت پزشکان نیز یکی از مواردی بود که در این حیطه به آن اشاره شد:

«پزشک، همکاران خود را انتخاب نکرده... و [ممکن است] در یک گروه [پزشک خانواده] هر ۵ عضو ... کارایی داشته باشند ولی در گروه دیگری دو نفرشان کارا باشند.» (م ۶)

۴. ارزیابی عملکرد

یکی از روش‌های مؤثر و رایج برای کنترل کارکنان حرفه‌ای و یا غیرحرفه‌ای، ارزشیابی کارکرد است (۲۱). این در حالی است که بسیاری از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که در ارزیابی عملکرد، وحدت فرماندهی وجود ندارد و ارزیابی عملکرد توسط دو وزارتخانه و با دو چک‌لیست متفاوت انجام می‌شود.

«چک‌لیست ... [وزارت بهداشت] با چک‌لیست [وزارت رفاه] فرق می‌کند... [وزارت رفاه] دید درمان نگر ولی وزارت بهداشت سلامت‌نگر است.» (م ۴)

تعدادی از پزشکان اظهار داشتند که سطح تحصیلات پایشگران با پزشکان متناسب نیست و پایشگران نمی‌توانند خیلی

از موارد تخصصی را درک کنند «چون پایشگران... تحصیلاتشان با پزشک متفاوت است خیلی چیزها را درک نمی‌کنند.» (م ۱۳)

همچنین بیشتر مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که چک‌لیست‌های ارزیابی، روا و پایا نیستند «... [سؤالات] چک‌لیست‌ها بسته و محدودند و با بله یا خیر، باید امتیاز مربوط به آن بند را به ... [پزشکان] بدهیم.» (م ۱۷)

در همین راستا تعدادی از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند در پایش‌ها به ارزش و شخصیت پزشکان احترام گذاشته نمی‌شود. یک مشارکت‌کنندگان این‌گونه می‌گوید:

«رفتار کارشناس‌ها با پزشکانی که در طرح گروه پزشکان خانواده [کار می‌کنند] تحقیرآمیز است.» (م ۲)

۵. امکانات و تسهیلات رفاهی

خدمات رفاهی از عوامل عمده حفظ و نگهداری منابع انسانی به‌حساب می‌آید (۲۲).

بیشتر پزشکان بیان نمودند که امکانات و تسهیلات رفاهی اعم از محل سکونت مناسب، مهدکودک، سرویس ایاب‌وذهاب و ... در روستاها مناسب نیستند به همین دلیل تمایل آنان برای شرکت در طرح پزشک خانواده کم است.

امکانات و تسهیلات رفاهی اعم از محل سکونت مناسب، مهدکودک، سرویس ایاب‌وذهاب و ... در روستاها ناکافی است (م ۱۵).

۶. جذب و حفظ نیروی انسانی

یکی از چالش‌های مهم بخش سلامت در همه کشورها اعم از پردرآمد یا کم‌درآمد، جذب و حفظ نیروی انسانی در مناطق محروم است (۲۳). تعدادی از پزشکان اذعان داشتند که امنیت شغلی در طرح پزشک خانواده بسیار پایین است.

«[ما]... نمی‌دانیم استخدام می‌شویم یا نه! مثل بقیه کارمندان کار می‌کنیم ولی کارمند دولت نیستیم». (م ۵)

همچنین در همین رابطه عدم تمایل پزشکان برای شرکت در طرح پزشک خانواده و ماندگاری پایین آن‌ها یکی دیگر از چالش‌های این طرح است.

«من ... طرحم را... [در پزشک خانواده] گذراندم ولی اصلاً... [تمایلی] برای قرارداد دوباره با طرح پزشک خانواده، ندارم». (م ۱۳)

لغو قرارداد پزشک به‌راحتی، عدم استقبال و عدم ماندگاری پزشکان از طرح پزشک خانواده باعث کمبود پزشک در مناطق روستایی شده است:

«ما [در] خیلی از ... [مراکز] پزشک خانواده نداریم. فقط در مراکزی که جزء شیک‌ترین مراکز است... کمبود پزشک نداریم». (م ۸)

۷. نظام اطلاعات

اطلاعات صحیح و جامع چنانچه به‌موقع در اختیار مدیران قرار گیرد خطر اتخاذ تصمیمات نادرست به حداقل خواهد رسید اما باید به این نکته توجه داشت که جمع‌آوری اطلاعات نباید وقت‌گیر و هزینه‌بر باشد (۲۴).

تعدادی از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که فرایند ثبت اطلاعات زمان‌بر وقت‌گیر است و پزشکان باوجود حجم کاری بالا، نمی‌توانند ثبتی‌ات را کامل و صحیح انجام دهند.

«یک بروکراسی خاص اداری... در نظام بهداشت ما حاکم است که [پزشکان خانواده] مجبورند مکرراً پرونده‌ها را ثبت و ضبط کنند و [این کار] زمان زیادی می‌برد». (م ۸)

همچنین در این زمینه پزشکان اظهار داشتند که به دلیل حجم زیاد مستندسازی، به انجام مستندسازی صوری ترغیب می‌شوند.

«... حجم ثبتی‌ات زیاد است. هر چیزی را چند جا باید بنویسیم بنابراین... تلاش می‌کنیم، یک سری اسناد و مدارک درست کنیم تا طبق نظر ...[کارشناسان] اسناد مرتب‌شده باشد». (م ۸)

۸. فرهنگ‌سازی

زمانی انگیزه مشارکت در دریافت‌کنندگان خدمت ایجاد می‌شود که افراد نسبت به اهداف برنامه از آگاهی و نگرش مناسبی برخوردار باشند (۲۵). تعداد زیادی از مصاحبه‌شونده‌ها به مشکلات فرهنگ‌سازی به‌خصوص عدم آموزش کافی مردم در مورد سیستم ارجاع و بیتوته پزشک اشاره کردند:

«مردم فقط برای مهر زدن دفترچه و ارجاع [به متخصص] به پزشک خانواده مراجعه می‌کنند و حتی بعضی [از مردم] بیمار را هم نمی‌آورند». (م ۳)

همچنین تعدادی از مصاحبه‌شونده‌ها معتقد بودند که به ارائه‌دهندگان آموزش کافی داده نشده است به صورتی که بیشتر مدیران و سیاست‌گذاران دید درمان نگر دارند و پزشکان خانواده در مورد مسائل بهداشتی آشنایی کافی ندارند.

«[بیمار] با یک‌بار ارجاع پزشک [خانواده] می‌تواند به چند جا مراجعه کند ولی پزشک متخصص یا ...[پاراکلینیک‌ها] توجیه نیستند، لذا [بیمار] ... مجبور است چندین بار مسیر ... [روستا و شهر] را برود». (م ۷)

۹. تأمین مالی

تأمین مالی تأثیر بسیار مهمی بر عملکرد نظام سلامت می‌گذارد (۲۶). همچنین نظام پرداخت بر رفتار ارائه‌کنندگان خدمات و درنتیجه کیفیت خدمات تأثیر زیادی دارد (۲۷).

تعدادی از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که به خاطر عدم پرداخت تشویقی به متخصصان، آن‌ها علاقه و انگیزه‌ای برای همکاری در طرح پزشک خانواده ندارند «متخصصان اصلاً این طرح [پزشک خانواده] را قبول ندارند و همکاری نمی‌کنند چون برای آن‌ها منفعتی ندارد». (م ۳)

در همین رابطه تعدادی از مصاحبه‌شونده‌ها اظهار داشتند که بخش خصوصی تمایلی به مشارکت در این طرح ندارد:

«فقط مریض می‌تواند به برخی آزمایشگاه‌ها یا رادیولوژی‌های خاص مراجعه کند چون با تعداد کمی از پاراکلینیک‌ها قرارداد داریم». (م ۵)

بخش کمی

هدف از این پژوهش تعیین مهم‌ترین چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی در استان خراسان رضوی است. ۷۸.۲٪ (۷۹ نفر) پزشک و ۲۱.۸٪ (۲۲ نفر) مدیر که ۶۸.۲٪ از مدیران (۱۵ نفر) مرد، ۹۵.۵٪ متأهل و ۴۱٪ از پزشکان (۳۲ نفر) مرد، ۶۳٪ متأهل بودند. میانگین سن پزشکان ۷.۴۲±۳۶.۱ و مدیران ۶.۱±۴۱.۵ است ۴۲.۳٪ از پزشکان (۳۳ نفر) بومی شهرستان، نوع استخدامی ۶۸.۴٪ (۵۴ نفر) قراردادی، محل سکونت فعلی در ۶۱٪ موارد (۴۷ نفر) در شهرستان خدمت، وضعیت یکسان بودن زبان مادری با زبان محل خدمت ۵۷٪ موارد (۴۵ نفر) یکسان، وضعیت اشتغال همسر در ۲۷.۸٪ موارد (۲۲ نفر) شاغل در همان شهرستان، وضعیت بومی بودن همسر در ۴۲.۳٪ موارد (۳۳ نفر) بومی استان، تعداد جمعیت تحت پوشش در ۳۴.۲٪ موارد (۲۵ نفر) ۴۰۰۰- ۲۰۰۰ نفر و در ۶۸.۴٪ موارد (۵۴ نفر) فاصله محل زندگی تا محل خدمت کمتر از ۱۰۰ کیلومتر بود.

بزرگ‌ترین چالش از دیدگاه پزشکان و مدیران در حوزه جبران خدمات (۰۵/۷۳±۴/۰) و کوچک‌ترین آن در حوزه امکانات و تسهیلات رفاهی (۶۷/۸۳±۳/۰)، بزرگ‌ترین چالش از دیدگاه پزشکان در حوزه جبران خدمات (۱۸/۶۶±۴/۰) و کوچک‌ترین آن حوزه امکانات و تسهیلات رفاهی (۶۸/۸۴±۳/۰)، بزرگ‌ترین چالش از دیدگاه مدیران در حوزه نظام اطلاعات (۹۵/۷۲±۳/۰) و کوچک‌ترین آن در حوزه ارزیابی عملکرد (۴۲/۷۵±۳/۰)، بیشترین تفاوت دیدگاه مدیران و پزشکان در حوزه امکانات و تسهیلات رفاهی (۶۱/۲۰±۰/۰) و کمترین آن در حوزه فرهنگ (۰/۰۴±۰/۱۷) است. نتایج این مرحله در جدول ۲ نشان داده‌شده است:

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار چالش‌های طرح پزشک خانواده روستایی

چالش‌ها	مدیران و پزشکان (۵-۱)	پزشکان (۵-۱)	مدیران (۵-۱)	اختلاف در پزشکان و مدیران	نتیجه آزمون
	میانگین±انحراف‌معیار				
برنامه‌ریزی جامع	۳/۹۶±۰/۶۶	۴/۰۴±۰/۶۱	۳/۶۵±۰/۷۸	۰/۳۹±۰/۱۵	T=۲/۴۸,p≤۰/۰۱
نبود پایلوت صحیح قبل از اجرا	۴/۱۵±۰/۹۱	۴/۱۴±۰/۸۹	۴/۱۸±۱/۰۰	-۰/۰۳±۰/۲۲	T=۰/۴۲,p≤۰/۶۷
تغییر زیاد دستورالعمل‌های اجرایی	۳/۷۸±۰/۹۷	۳/۹۱±۰/۹۰	۳/۳۱±۱/۰۸	۰/۵۹±۰/۲۲	Z=۲/۳۶,P≤۰/۰۱
عدم هماهنگی بین بخشی	۳/۸۵±۱/۰۲	۳/۹۱±۰/۹۸	۳/۶۳±۱/۱۷	۰/۲۷±۰/۲۴	Z=۰/۸۷,P≤۰/۳۸
تمرکز در تصمیم‌گیری	۴/۰۹±۰/۸۵	۴/۲۵±۰/۷۶	۳/۵۰±۰/۹۱	۰/۷۵±۰/۱۹	Z=۳/۴۰,P≤۰/۰۰
نظام بیمه درمان	۴/۰۴±۰/۵۳	۴/۰۸±۰/۴۹	۳/۸۷±۰/۶۵	۰/۲۱±۰/۱۲	T=۱/۶۶,P≤۰/۰۹
عدم تناسب بین بسته‌خدمتی و حجم‌جمعیت	۴/۱۴±۰/۹۸	۴/۲۰±۰/۹۴	۳/۹۰±۱/۱۰	۰/۲۹±۰/۲۳	Z=۱/۲۰,P≤۰/۲۲
عدم بومی‌سازی بسته خدمتی	۴/۰۵±۰/۸۲	۴/۱۰±۰/۷۹	۳/۹۰±۰/۹۲	۰/۱۹±۰/۱۹	Z=۰/۸۷,P≤۰/۳۸
عدم احتساب اتباع افغانی در تعیین سرانه	۳/۷۴±۰/۹۰	۳/۷۳±۰/۹۲	۳/۷۷±۰/۸۱	-۰/۰۳±۰/۲۱	Z=۰/۲۴,P≤۰/۸۰
حق سرانه به ازای جمعیت تحت پوشش پایین	۳/۹۱±۱/۰۸	۴/۱۱±۰/۹۳	۳/۱۸±۱/۲۹	۰/۹۳±۰/۲۴	Z=۳/۱۹,P≤۰/۰۰
کسورات بالا از طرف بیمه‌ها	۴/۳۵±۰/۷۷	۴/۲۸±۰/۷۷	۴/۵۹±۰/۷۳	۰/۳۰±۰/۱۸	Z=۱/۸۵,P≤۰/۰۶

جبران خدمات	۴/۰۵±۰/۷۳	۴/۱۸±۰/۶۶	۳/۵۷±۰/۸۱	۰/۶۰±۰/۱۶	Z=۳/۱۱,P≤۰/۰۰
متناسب نبودن اختیار و مسئولیت پزشکان	۳/۹۴±۱/۰۷	۴/۱۱±۰/۹۹	۳/۳۱±۱/۱۲	۰/۷۹±۰/۲۴	Z=۳/۱۱,P≤۰/۰۰
عدم تناسب بین دستمزد پزشکان با تورم و...	۴/۲۷±۰/۸۹	۴/۴۲±۰/۷۳	۳/۷۲±۱/۲۰	۰/۶۹±۰/۲۰	Z=۲/۸۲,P≤۰/۰۰
تأخیر در پرداخت حقوق	۳/۹۶±۰/۹۹	۴/۰۳±۰/۹۳	۳/۶۸±۱/۱۷	۰/۳۵±۰/۲۳	Z=۱/۲۹,P≤۰/۱۹
ارزیابی عملکرد	۳/۸۰±۰/۶۸	۳/۹۱±۰/۶۲	۳/۴۲±۰/۷۵	۰/۴۸±۰/۱۵	T=۳/۰۹,P≤۰/۰۰
پایش توسط دو وزارتخانه	۳/۴۳±۱/۰۰	۳/۴۰±۰/۹۹	۳/۵۴±۱/۰۵	-۰/۱۴±۰/۲۴	Z=۰/۷۸,P≤۰/۴۳
متناسب نبودن سطح تحصیلات‌پایشگران وپزشکان	۴/۱۳±۰/۸۴	۴/۳۱±۰/۷۰	۳/۵۰±۱/۰۱	۰/۸۱±۰/۱۸	Z=۳/۵۸,P≤۰/۰۰
تأثیر نظرات فردی پایشگران در نتایج پایش	۳/۹۱±۱/۰۵	۴/۰۸±۰/۹۷	۳/۲۷±۱/۱۲	۰/۸۱±۰/۲۴	Z=۳/۲۰,P≤۰/۰۰
عدم پایش سایر کارکنان تیم پزشک خانواده	۴/۰۳±۱/۱۳	۴/۱۱±۱/۰۵	۳/۷۲±۱/۳۵	۰/۳۸±۰/۲۷	Z=۱/۰۸,P≤۰/۲۷
عدم همکاری پزشکان متخصص	۳/۹۱±۰/۹۹	۳/۸۳±۱/۰۰	۴/۱۸±۰/۹۰	-۰/۳۴±۰/۲۳	Z=۱/۵۰,P≤۰/۱۳
عدم توجه کافی به‌کیفیت و نتایج عملکرد در پایش	۳/۹۶±۱/۰۸	۴/۱۱±۰/۹۳	۳/۴۰±۱/۳۶	۰/۷۰±۰/۲۵	Z=۲/۱۶,P≤۰/۰۳
مبتنی بر شواهد نبودن شاخص‌های پایش	۳/۸۱±۱/۱۴	۴/۰۵±۱/۰۱	۲/۹۵±۱/۲۰	۱/۰۹±۰/۲۶	Z=۳/۶۵,P≤۰/۰۰
استاندارد نبودن چک‌لیست‌های ارزشیابی	۳/۹۱±۰/۰۳	۴/۱۲±۰/۸۸	۳/۱۳±۱/۱۶	۰/۹۹±۰/۲۳	Z=۳/۵۷,P≤۰/۰۰
مستندسازی صوری توسط پزشکان خانواده	۳/۳۱±۱/۲۸	۳/۲۰±۱/۳۱	۳/۷۲±۱/۲۰	۰/۵۲±۰/۳۰	Z=۱/۶۳,P≤۰/۱۰
نادیده گرفتن ارزش و شخصیت پزشکان	۳/۶۰±۱/۲۹	۳/۸۳±۱/۲۶	۲/۷۷±۱/۰۶	۱/۰۶±۰/۲۹	Z=۳/۵۰,P≤۰/۰۰
امکانات و تسهیلات رفاهی	۳/۶۷±۰/۸۳	۳/۶۸±۰/۸۴	۳/۶۲±۰/۸۰	۰/۶۱±۰/۲۰	T=۰/۳۰,P≤۰/۷۶
محیط فیزیکی کار نامناسب	۳/۵۵±۱/۲۴	۳/۶۳±۱/۲۵	۳/۲۷±۱/۲۰	۰/۳۶±۰/۲۹	Z=۱/۲۸,P≤۰/۱۹
پانسیون‌ها نامناسب	۳/۶۵±۱/۱۳	۳/۷۱±۱/۱۱	۳/۴۲±۱/۲۰	۰/۲۸±۰/۲۷	Z=۱/۰۰,P≤۰/۳۱
عدم وجود امکانات ایاب و ذهاب	۳/۴۵±۱/۳۱	۳/۴۱±۱/۳۶	۳/۵۹±۱/۱۴	-۰/۱۸±۰/۳۱	Z=۰/۳۹,P≤۰/۶۹
عدم وجود امکانات نگهداری از کودکان‌پزشکان	۳/۹۹±۰/۹۱	۳/۹۳±۰/۹۵	۴/۱۸±۰/۷۳	۰/۲۴±۰/۲۱	Z=۰/۹۹,P≤۰/۳۱
ناکافی بودن تجهیزات مراکز بهداشتی	۳/۷۲±۱/۰۸	۳/۷۳±۱/۱۰	۳/۶۸±۱/۰۴	۰/۰۵±۰/۲۶	Z=۱/۰۹,P≤۰/۷۷
جذب و حفظ نیروی انسانی	۴/۰۴±۰/۵۵	۴/۰۹±۰/۵۷	۳/۸۹±۰/۴۶	۰/۲۰±۰/۱۳	T=۱/۵۰,P≤۰/۱۳
ناکافی بودن تعداد پزشکان دائمی	۴/۲۶±۰/۶۷	۴/۲۶±۰/۷۱	۴/۲۷±۰/۵۵	۰/۰۰±۰/۱۶	Z=۰/۲۳,P≤۰/۸۱
امنیت شغلی پایین	۳/۹۸±۱/۰۱	۴/۱۶±۰/۸۸	۳/۳۱±۱/۲۱	۰/۸۴±۰/۲۳	Z=۳/۰۳,P≤۰/۰۰
تمایل اندک پزشکان برای شرکت در طرح	۳/۹۷±۰/۹۲	۴/۰۲±۰/۹۶	۳/۷۷±۰/۷۵	۰/۲۵±۰/۲۲	Z=۱/۴۶,P≤۰/۱۴
لغو قرارداد توسط پزشک به‌راحتی	۳/۷۸±۰/۹۸	۳/۶۷±۰/۹۷	۴/۱۸±۰/۷۳	-۰/۵۱±۰/۲۲	Z=۲/۳۱,P≤۰/۰۲
پایین بودن جذابیت برای ماندگاری پزشکان	۴/۲۳±۰/۸۶	۴/۳۲±۰/۷۹	۳/۹۰±۱/۰۱	۰/۴۲±۰/۲۰	Z=۱/۸۷,P≤۰/۰۶
نظام اطلاعات	۳/۷۵±۰/۸۱	۳/۷۰±۰/۸۳	۳/۹۵±۰/۷۲	۰/۲۵±۰/۱۹	Z=۱/۳۳,P≤۰/۱۸
زمان‌بر بودن فرآیند ثبت اطلاعات	۴/۱۵±۰/۹۴	۴/۲۱±۰/۹۲	۳/۹۲±۰/۹۹	۰/۲۶±۰/۲۲	Z=۱/۲۱,P≤۰/۲۲
مستندسازی صوری توسط پزشکان	۳/۳۵±۱/۱۴	۳/۱۸±۱/۱۷	۳/۹۵±۰/۷۸	-۰/۷۷±۰/۲۶	Z=۲/۸۲,P≤۰/۰۰
فرهنگ	۳/۸۲±۰/۷۲	۳/۸۳±۰/۷۲	۳/۷۸±۰/۷۶	۰/۰۴±۰/۱۷	T=۰/۲۸,P≤۰/۷۷
عدم اعتماد کافی مردم به پزشک خانواده	۳/۲۸±۱/۲۹	۳/۳۲±۱/۳۳	۳/۱۳±۱/۱۲	۰/۱۹±۰/۳۱	Z=۰/۷۰,P≤۰/۴۸
نادیده گرفته شدن نظام ارجاع در سطوح‌بالاتر	۴/۰۹±۰/۹۵	۴/۰۲±۰/۹۹	۴/۳۱±۰/۷۷	-۰/۲۹±۰/۲۲	Z=۱/۱۱,P≤۰/۲۶
عدم آموزش کافی به مردم	۴/۰۶±۰/۹۷	۴/۱۵±۰/۸۹	۳/۷۷±۰/۱۹	۰/۳۷±۰/۲۳	Z=۱/۲۷,P≤۰/۲۰
عدم آموزش کافی مسائل بهداشتی به پزشکان	۳/۳۸±۱/۱۷	۳/۳۰±۱/۱۶	۳/۶۸±۱/۱۷	-۰/۳۷±۰/۲۸	Z=۱/۴۴,P≤۰/۱۵
توجیه ناکافی پزشکان متخصص‌در مورد نظام‌ارجاع	۴/۱۹±۰/۷۸	۴/۲۵±۰/۷۷	۴/۰۰±۰/۸۱	۰/۲۵±۰/۱۸	Z=۱/۴۰,P≤۰/۱۶
تأمین مالی	۴/۰۱±۰/۶۹	۴/۰۵±۰/۷۰	۳/۹۰±۰/۶۶	۰/۱۴±۰/۱۶	T=۰/۸۴,P≤۰/۴۰
عدم تمایل متخصصان برای همکاری در طرح	۴/۰۷±۰/۸۶	۴/۰۵±۰/۸۹	۴/۱۸±۰/۷۹	-۰/۱۳±۰/۲۰	Z=۰/۵۶,P≤۰/۵۷
مشارکت محدود بخش خصوصی	۴/۱۴±۰/۷۹	۴/۱۷±۰/۷۴	۴/۰۴±۰/۹۵	۰/۱۳±۰/۱۹	Z=۰/۳۵,P≤۰/۷۲
عدم استقبال پزشکان برای مشارکت در برنامه	۳/۸۳±۱/۰۰	۳/۹۳±۰/۹۷	۳/۵۰±۱/۰۵	۰/۴۳±۰/۲۴	Z=۱/۷۴,P≤۰/۰۸

بحث

این تحقیق یک بررسی کمی –کیفی است که باهدف تبیین چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی شمال شرق ایران در سال ۱۳۹۵ انجام‌شده است. یافته‌های مطالعه حاضر در بخش کیفی ۹ درون‌مایه اصلی را نشان می‌دهد که به شرح زیر در فاز کمی مطالعه قابل‌بررسی است:

◄برنامه‌ریزی جامع:

در حیطه برنامه‌ریزی جامع چالش‌های نبود پایلوت صحیح قبل از اجرا، عدم هماهنگی بین بخشی، تمرکز در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی و ساعت کاری نامناسب شناسایی شدند که با نتایج مطالعات دیگر همخوانی دارد (۲۸-۳۰).

در مقایسه نظرات پزشکان با مدیران در حوزه برنامه‌ریزی درمجموع تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای بین نظرات مشاهده نگردید.

به نظر می‌رسد بتوان با تعیین یک متولی اصلی در نظام سلامت و یا ایجاد هماهنگی بیشتر بین دو وزارتخانه، برگزاری جلسات جمعی از سیاست‌گذاران و مسئولان خرد و کلان با حضور پزشکان خانواده به اجرای بهتر طرح پزشک خانواده کمک کرد.

◄نظام بیمه درمان:

در حیطه نظام بیمه درمان بسته خدمتی ناقص، معیار نامناسب در تعیین حق سرانه، کسورات بالا و تأخیر زیاد پرداخت‌ها توسط بیمه از چالش‌های عنوان‌شده در این حیطه است.

نتایج مرحله کمی نشان داد بزرگ‌ترین و جدی‌ترین چالش‌ها در این حوزه کسورات بالا و تأخیر زیاد پرداخت‌ها توسط بیمه هستند که بامطالعه کرمی همخوانی دارد (۳۱). یکی دیگر از چالش‌های مهم این حوزه عدم تناسب بین بسته خدمتی و حجم جمعیت است که با مطالعات دیگر همخوانی دارد (۲۸، ۳۲).

در بررسی تفاوت دیدگاه مدیران و پزشکان مشاهده شد که بیشترین اختلاف در چالش حق سرانه پایین به ازای جمعیت تحت پوشش است و این اختلاف معنادار است البته پایین بودن حقوق پزشکان در مطالعات دیگر نیز تائید شده است (۸، ۹).

◄جبران خدمات:

در حیطه جبران خدمت چالش‌های ناکافی بودن حقوق، تأخیر در پرداخت حقوق، عدم تناسب اختیار و مسئولیت پزشکان در حوزه جبران خدمات شناسایی شدند که با سایر مطالعات در این حوزه همخوانی دارد (۸، ۹، ۲۸، ۳۰، ۳۳).

در این پژوهش از بین تمام حوزه‌ها، حوزه جبران خدمات و از بین تمام چالش‌ها، چالش عدم تناسب بین دستمزد پزشکان با تورم و مدرک تحصیلی بیشترین نمره را به خود اختصاص داده‌اند که نشان می‌دهد بزرگ‌ترین چالش نظام پزشک خانواده روستایی است که بامطالعه خوبان همخوانی دارد (۳۴).

دیدگاه پزشکان و مدیران در چالش عدم تناسب بین دستمزد و مدرک تحصیلی، تورمنیز متفاوت و معنادار است و پزشکان این چالش را نسبت به مدیران بیشتر تائید کرده‌اند.

نتایج این مطالعه و مطالعات دیگر نشان داد که پزشکان خانواده از حقوق و مزایای پرداختی ناراضی هستند (۳۴، ۳۵)؛ و این نارضایتی منجر به نارضایتی شغلی می‌شود (۳۶). با توجه به اینکه حقوق بر رفتار ارائه‌کننده تأثیر می‌گذارد و می‌تواند یک عامل انگیزشی برای کارکنان باشد. پیشنهاد می‌شود مسئولین به چالش‌های حوزه جبران خدمات به‌خصوص پایین بودن حقوق پزشکان توجه بیشتری کنند و از تجربه کشورهای پیشرفته برای حل این مشکل کمک بگیرند و توجه داشته باشند که نارضایتی از حقوق دریافتی می‌تواند به دلیل حجم کار بالا و مسئولیت‌های متعدد در مقایسه با بخش خصوصی باشد.

◄ارزیابی عملکرد:

در حیطه ارزیابی عملکرد چالش‌های پایش توسط وزارتخانه و روا و پایا نبودن چک‌لیست‌ها شناسایی شدند.

بزرگ‌ترین چالش این حوزه، عدم تناسب بین سطح تحصیلات پایشگران و پزشکان است که منجر به عدم درک درست و ارزشیابی صحیح توسط پایشگران می‌گردد که بامطالعه ترابیان همخوانی دارد (۳۰).

بیشترین اختلاف میانگین چالش بین پزشکان و مدیران در مبتنی بر شواهد نبودن شاخص‌های پایش است به این معنی که پزشکان معتقدند بسیاری از شاخص‌ها غیرواقعی‌اند و امکان اجرای آن‌ها عملاً وجود ندارد. ولی تعداد کمی مدیران این چالش را تائید کرده‌اند، پیشنهاد می‌شود گروهی متشکل از نماینده پزشکان و مدیران و همچنین کارشناسان ارزیابی تشکیل گردد و شاخص‌ها دوباره بررسی و بازنگری شوند.

◄امکانات و تسهیلات رفاهی:

در حیطه امکانات و تسهیلات رفاهی زیرساخت نامناسب اقامتی، حمل‌ونقل و رفاهی در حوزه امکانات و تسهیلات رفاهی شناسایی شدند.

نتایج بخش کمی نشان داد چالش‌های عدم وجود امکانات

نگهداری از کودکان پزشکان و ناکافی بودن تجهیزات مراکز بهداشتی در این حوزه بزرگ و جدی هستند که با مطالعات دیگر همخوانی دارد (۲۸، ۳۰، ۳۷).

بزرگ‌ترین چالش در این حوزه، عدم وجود امکانات نگهداری از کودکان پزشکان (مهدکودک) است. با توجه به فاصله زیاد شهر تا مشهد و دور بودن پزشکان از خانواده پیشنهاد می‌شود در مراکز بهداشتی درمانی برای نگهداری کودکان پزشکان خانواده مکانی اختصاص داده شود.

◄جذب و حفظ نیروی انسانی:

در حیطه جذب و حفظ نیروی انسانی ناکافی بودن تعداد پزشکان دائمی، امنیت شغلی پایین و عدم استقبال پزشکان در حوزه جذب و حفظ نیروی انسانی شناسایی شدند که در مطالعات دیگر نیز به این چالش‌ها اشاره‌شده است (۲۸، ۳۷، ۳۸).

بزرگ‌ترین چالش‌ها در این حوزه، ناکافی بودن تعداد پزشکان دائمی و پایین بودن جذابیت برای ماندگاری پزشکان است.

بیشترین تفاوت دیدگاه بین پزشکان و مدیران در چالش امنیت شغلی پایین است و نشان می‌دهد که پزشکان امنیت شغلی‌شان را چالش بزرگی می‌دانند و انتظار دارند تمهیداتی برای استخدام آن‌ها در نظر گرفته شود، ولی مدیران نمره کمتری به این چالش اختصاص داده و آن را در سطح متوسط قلمداد کرده‌اند.

یکی از چالش‌های مهم بخش سلامت در همه کشورها اعم از پردرآمد یا کم‌درآمد، جذب و حفظ نیروی انسانی در مناطق محروم است (۲۳، ۳۹، ۴۰) و با توجه به چالش‌های شناسایی‌شده در این مطالعه و مطالعات دیگر (۲۳، ۲۸، ۴۲-۳۷)، پیشنهاد می‌شود به عوامل ترغیب پزشکان خانواده اعم از عوامل اقتصادی و انگیزه‌های مالی، متناسب نمودن ساعات و حجم کار با توان پزشکان، به‌کارگیری روش‌های مناسب جمع‌آوری اطلاعات، فراهم آوردن فرصت‌های شغلی برای همسران پزشکان و نیز فرصت‌های آموزشی و تفریحی برای فرزندان آن‌ها، به‌منظور حفظ و ادامه خدمت توجه بیشتری شود.

◄نظام اطلاعات:

در حیطه نظام اطلاعات زمان‌بر بودن فرآیند ثبت اطلاعات و افزایش تمایل گروه به مستندسازی صوری در حوزه نظام اطلاعات شناسایی شدند. نتایج بخش کمی نشان داد که بزرگ‌ترین چالش در این حوزه، زمان‌بر بودن فرآیند ثبت اطلاعات است که با مطالعات دیگر همخوانی دارد (۲۸، ۳۰).

بیشترین اختلاف دیدگاه بین مدیران و پزشکان، در چالش مستندسازی صوری توسط پزشکان است. دلایل مستندسازی صوری می‌تواند سیستم ثبت اطلاعات وقت‌گیر و نامناسب و غیراصولی بودن ارزیابی عملکرد باشد. به نظر می‌رسد با راه‌اندازی هر چه سریع‌تر پرونده الکترونیک، حضور پزشکان خانواده در گروه کارشناسان پایش عملکرد و همچنین استفاده از نظرات آن‌ها در تدوین چک‌لیست‌ها، این مشکلات کمرنگ‌تر شوند.

◄فرهنگ‌سازی:

در حیطه فرهنگ‌سازی آگاهی ناکافی مردم و آموزش ناکافی ارائه‌کنندگان در حوزه فرهنگ‌سازی شناسایی شدند.

نتایج بخش کمی نشان داد چالش‌های نادیده گرفته شدن نظام ارجاع در سطوح بالاتر، عدم آموزش کافی به مردم و توجیه ناکافی پزشکان متخصص در مورد نظام ارجاع در این حوزه بزرگ و جدی هستند.

نتایج این مطالعه و مطالعات دیگر نشان می‌دهد به میزان کافی فرهنگ‌سازی در رابطه با طرح پزشک خانواده در مردم، پزشکان خانواده، پزشکان متخصص و سطوح بالاتر نشده است (۹، ۲۸، ۴۳-۴۵). و همچنین آموزش پزشکان عمومی در دوران تحصیل برای ارائه خدمات سلامت در راستای بسته‌های خدمتی طرح پزشک خانواده وجود ندارد که با مطالعات دیگر همخوانی دارد (۸، ۱۴، ۴۰).

پیشنهاد می‌شود برای همکاری بیشتر پزشکان متخصص با طرح از سیستم‌های تشویقی و الزام قانونی متخصصین به همکاری مؤثر و هدفمند در طرح و پرداخت حق بیمه تنها در صورت ارائه پس‌خوراند به سطح اول ارجاع، صورت گیرد.

◄تأمین مالی:

در حیطه تأمین مالی عدم پرداخت به پزشکان متخصص، مشارکت محدود بخش خصوصی و عدم استقبال پزشکان در حوزه تأمین مالی شناسایی شدند.

چالش‌های این حوزه به ترتیب اهمیت از بیشترین به کمترین عبارت‌اند از: مشارکت محدود بخش خصوصی، عدم تمایل پزشکان متخصص برای همکاری و عدم استقبال پزشکان برای مشارکت در برنامه که در مطالعات دیگر نیز به این چالش‌ها اشاره‌شده است (۲۸-۳۰، ۴۶، ۴۷).

با توجه به چالش‌های این حوزه که یکی از دلایل آن‌ها کمبود اعتبارات و تأمین مالی است. پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران و

مدیران اعتبارات بیشتری را به این برنامه اختصاص دهند و مشارکت بخش خصوصی را جلب کنند.

محدودیت‌های پژوهش

این مطالعه صرفاً به بیان دیدگاه‌های مدیران و پزشکان خانواده پرداخته است که این امر منجر می‌شود بسیاری از چالش‌هایی که بقیه افراد گروه سلامت اعم از بهورز و ماما با آن مواجه‌اند، نادیده گرفته شود. پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی به چالش‌هایی که تمام افراد گروه پزشک خانواده با آن روبرو هستند، بپردازند.

نتیجه‌گیری

بیشترین چالش‌های طرح مربوط به عوامل فرهنگی، اقتصادی، محیطی و شرایط کاری است که نقش اساسی در ترغیب پزشکان خانواده دارد. لذا می‌توان با فرهنگ‌سازی در جامعه و همچنین اصلاحاتی در سطوح خرد و کلان به اجرا بهتر این طرح کمک کرد.

باید توجه داشت که طرح پزشک خانواده حتی در کشورهای توسعه‌یافته نیز دارای مشکلات و چالش‌هایی نسبتاً مشابه با چالش‌های شناسایی‌شده در این مطالعه هستند که این امر نشان‌دهنده عمومیت نسبی بعضی چالش‌ها در بین کشورهای مختلف است. با توجه به اینکه تمام چالش‌های شناسایی‌شده در این مطالعه بزرگ و بااهمیت هستند و پزشکان و مدیران از این طرح ناراضی هستند، پیشنهاد می‌شود به‌منظور اجرای صحیح طرح پزشک خانواده آن‌گونه که اهداف این طرح و تعریف بین‌المللی و شناخته‌شده آن در سطح جهان و کشورهایی که طرح را اجرا کرده‌اند مطابقت داشته باشد، سیاست‌گذاران عزم جدی در رفع چالش‌ها در عرصه اقتصادی، همکاری بین بخشی و اطلاع‌رسانی و وضع قوانین مربوطه در این حوزه به‌خصوص همکاری جدی سطوح تخصصی با سطح اول ارجاع (پزشک خانواده) داشته باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد با عنوان «بررسی چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی در استان خراسان رضوی» است که طی طرح تحقیقاتی مصوب با کد ۹۱۱۱۲۱ موردحمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مشهد قرارگرفته است. بدین‌وسیله از همکاری کسانی که ما را در انجام پژوهش یاری نمودند، قدردانی می‌نماییم.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی را اعلام نکرده اند.

References

1. Jannati A, Maleki M, Gholizade M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. Knowledge & Health 2010;4(4):39-44.[in persian]
2. Vafaee-Najar A, Nejatzadegan Z, Pourtaleb A, Kaffashi S, Vejdani M, Molavi Taleghani Y, et al. The quality assessment of family physician service in rural regions, Northeast of Iran in 2012. Int J Health Policy Manag. 2014;2(3):137-42. [in persian]
3. Khayyati F, Motlagh ME, Kabir M, Kazemeini H, Gharibi F, Jafari N. The role of family physician in case finding, referral, and insurance coverage in the rural areas. Iranian journal of public health. 2011;40(3):136-9. [in persian]
4. Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. Health policy and planning. 2011;26(2):163-73. [in persian]
5. Shariati M, Moghimi D, Amamyan M. Family physician in health plans in 1404 the Islamic Republic of Iran, The role of family physicians in the health system;2012; Mashhad: Vice chancellery for health;2012.25[in persian]
6. Talbot Y, Takeda S, Riutort M.Capacity-building in family health: innovative in-service training program for teams in Latin America. Canadian family physician Medecin de famille canadien. 2009;55(6):613-3 e1-6.
7. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? 1nd ed.London:Open University Press;2012,149
8. Van Der Voort CT, Van Kasteren G, Chege P, Dinant GJ. What challenges hamper Kenyan family physicians in pursuing their family medicine mandate? A qualitative study among family physicians and their colleagues. BMC family practice. 2012 Apr 26;13:32. doi: 10.1186/1471-2296-13-32.

9. Manca DP, Varnhagen S, Brett-MacLean P, Allan GM, Szafran O, Ausford A, et al. Rewards and challenges of family practice: Web based survey using the Delphi method. Canadian family physician Medecin de famille canadien. 2007;53(2):278-7.
10. Güneş ED, Yaman H. Transition to family practice in Turkey. Journal of Continuing Education in the Health Professions. 2008;28(2):106-12.
11. Farakhani EM. Health deputy statistical yearbook of mashhad university of medical sciences. Mashhhad:Mashhad university of medical sciences; 2014,134[in persian]
12. Nasrollahpour Shirvani S, Raeisee P, Motlagh M, Kabir M, Ashrafian Amiri H. Evaluation of the Performance of Referral System in Family Physician Program in Iran University of Medical Sciences. Hakim Research Journal. 2010;13(1):19-25. [in persian]
13. Alipour A, Habibian N, Tabatabaei S. Evaluation the impact of family physician care program on family planning in Sari.Iranian Journal of Epidemiology. 2009;5(1):47-55. [in persian]
14. Jandoghy J, Safari H, Eskandari L. Challenges of family physicians programs in villages and towns under 20,000 population, and provide comments on the proposed guidelines in family physicians in Semnan Medical University, The role of family physicians in the health system - Mashhad; 2012;Mashhad: Vice chancellery for health; 2012. 10. [in persian]
15. Bayrami R, Taghipour A, Ebrahimipour H. Challenges of providing cervical cancer prevention programs in iran: a qualitative study. Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP. 2014;15(23):10071-7. [in persian]
16. Javadnoori M. Exploring meaning and constructs of sexual health education for female adolescents: developing a modle using exploratory mixed methods research [Mixed method]. Mashhad university of medical sciences school of nursing and midwifery; September2012. [in persian]
17. Zakeri A. The importance of knowledge management as a pilot project. Knowledge Management Magazine. 2011;5(7):14-21[in persian]
18. Feizi T. Principles of Organization and Management.Tehran: Payame noor university; 2003,254[in persian]
19. Minstary of health and Medical Education.Instruction programs family physician and Rural Insurance.Version 15. Tehran: Department of Health and Medical Education Network Management Center;2014,54. [in persian]
20. Saadat E. Human resource management.Tehran: Human Sciences Research and Development Center; 2010,350. [in persian]
21. Asefzadeh S, Rezapour A. Health management. Ghazvin: Hadis emroze; 2007, 452 [in persian]
22. Mirspasy N. Human resource strategic management and labour relations.Tehran: mir publishing company; 2005,301[in persian]
23. Rockers PC, Jaskiewicz W, Wurts L, Kruk ME, Mgomella GS, Ntalazi F, et al. Preferences for working in rural clinics among trainee health professionals in Uganda: a discrete choice experiment. BMC health services research. 2012;12(212):13.
24. Iran Nejad Parizi M, Sassangohar P. Organization and Management.Tehran: Bankdari Iran Institution; 2004, 641 [in persian]
25. Najimi A, Alidoosti M, Sharifirad G. Study of knowledge, attitude, and satisfaction toward the Family Physician Program in Rural Regions of Isfahan, Iran. Journal of Health Systems Research. 2010;7(6):883-90[in persian]
26. Marc J, Robert S, Hsiao W, Berman P, Reich MR. Getting health reform right:a guide to improving performance and equity.Oxford:Oxford university press; 2004,197
27. Bagheri lankarani K. Income on equity in the health system. Shiraz: Navid shiraz; 2010, 64 [in persian]
28. Arab M, Shafiee M, Iree M, Safari H, Habibi F, Akbari Sari A, et al. Surveying the Attitude of Family Physicians Working in Health Centers of Tehran University of Medical Sciences towards their Profession Using a Qualitative Approach. Journal of Hospital. 2013;12(3):19-28. [in persian]
29. Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir M, Shabestani Monfared A, Nahvijoy A. Satisfaction of family physiciens (FPs) about effective factors on activations of FP program in medical universities. Journal of guilan university of medical sciences.19(76):48-55. [in persian]
30. Torabian S, Cheraghi MA, Azarhomayoon A. Family physician program: physicians' satisfactions in Hamadan, Iran. Journal of Payesh. 2013;12(3):289-96. [in persian]
31. Karami M, Safdari R, Moeini M. Effect of deductions imposed by the social security insurance and financial rights of patients in hospitals, Kashan University of Medical Sciences. Nursing and Midwifery journal. 2010;8(4):220-8. [in persian]
32. Mahdizadeh M, Vafaei Najar A, Taghipour A, Esmaily H, Mahdizadeh M, Ebrahimipour H. Occupational burnout and influence of work environment factors among Family Physicians in khorasan Razavi. Occupational medicine quaterly journal. 2013;5(4):42-51. [in persian]
33. Schattner PL, Coman GJ. The stress of metropolitan general practice. Med J Aust. 1998;169(3):133-7.
34. Khooban H, Dahrazma B, Farkhani.Ehsan M. Was the iranian family physician program successful in satisfying healthcare team: a study from mashhad university of medical sciences? Journal of Mashhad Medical Council 2014;17(3):121-4. [in persian]

35. Goetz K, Campbell SM, Steinhaeuser J, Broge B, Willms S, Szecsenyi J. Evaluation of job satisfaction of practice staff and general practitioners: an exploratory study. BMC family practice. 2011;12:137.
36. Ghorbani K, Najaf Zadeh H, Sedighi A, Mousavi S, Mahdavi M, Monajemi F. Midwives' Satisfaction with family physician plan in Rasht. Holist Nurs Midwifery. 2014;24(2):33-9. [in persian]
37. Atefi A, Aghamohamadi S, JamshidBeygi E, Zarabi M, Poor Reza A, Shariati M. Factors Influencing Desertion of Family Physicians Working in Rural Areas with Deprivation Index Less than 1.4 (Prosperous) in 2010. Hakim Health Sys Res. 2014;17(1):44- 7. [in persian]
38. Farzadi F, Kazem M, Maftoon F, Labaf Qasemi R, TabibZadeh N. Survey of general practitioners and family physicians of the possibility of human resources programs. Journal of Payesh. 2009;8(4):421-15. [in persian]
39. Rosenblatt RA, Andrilla CH, Curtin T, Hart LG. Shortages of medical personnel at community health centers: implications for planned expansion. Journal of the American Medical Association. 2006;295(9):1042-9.
40. Gunes ED, Yaman H. Transition to family practice in Turkey. Journal of Continuing Education in the Health Professions. 2008;28(2):106-12.
41. Felix H, Shepherd J, Stewart MK. Recruitment of rural health care providers: a regional recruiter strategy. The Journal of rural health: official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association. 2003;19:340-6.
42. Simoens S, Scott A, Sibbald B. Job satisfaction, work-related stress and intentions to quit of Scottish GPS. Scottish medical journal. 2002;47(4):80-6.
43. Miedema B, Hamilton R, Fortin P, Easley J, Tatemichi S. The challenges and rewards of rural family practice in New Brunswick, Canada: lessons for retention. Rural and remote health. 2009;9(2):1141.
44. Chaman R, Amiri M, Raei M, Alinejad M, Nasrollahpour Shirvani S. National Family Physician Program in Shahroud: Assessing Quality of Implementation and Condition of Settings. Hakim Research Journal 2011;14(2):123- 9. [in persian]
45. Omid A, Yamani N, Heidari K, Moghadas T, Mousavi A. Educational Needs of General Practitioners Who Enrolled as Family Physicians in National Family Medicine Program and Referral System. Iranian Journal of Medical Education. 2013;13(5):470-9. [in persian]
46. Aligol M, Mohammadbeigi A. Assessment of private sector physicians' willingness to participate in family physician program using the diffusion of innovation model, Qom, 2012, Iran. Qom Univ Med Sci J 2014;8(1):27-34. [in persian]
47. Chaman R, Amiri M, Raei M. National family physicians program and quality of referral system. payesh. 2012;11(6):785-90. [in persian]

Original Article

The Challenges of the Family Physician Program in the North East of Iran from the Perspective of Managers and Practitioners Working on the Plan

Hooshmand E[1], Nejatzadegan Z[2], Ebrahimipour H[1], Esmaily H[1], Vafaee najar A[1*]

1. Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2. Student research Committee ,Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran

Received: 06 Dec 2018 Accepted: 21 Jun 2019

Abstract

Background & Objective: In Iran, a new program called the Family Doctor was started in 1384. The present study aims to determine the challenges of the family physician system in Khorasan Razavi province.

Materials & Methods: The present study is a quantitative-qualitative study. In this study, a sample-based sampling method was conducted with 11 managers and 9 family physicians working in the project in Khorasan Razavi. Then, based on the results of the interviews, a questionnaire was designed and confirmed by its validity and reliability in a descriptive-analytic study in 1395. The findings of the quantitative study were analyzed using descriptive statistics and Mann-Whitney, T-test and ANOVA tests at a significant level of 0.05

Results: In the analysis of qualitative content 9 basic concepts (comprehensive planning, health insurance system, compensation services, performance appraisal, facilities and welfare facilities, recruitment and maintenance of human resources, information system, culture and financing) were identified.

The biggest challenge is in the area of compensation (4.55 ± 0.73) and the smallest in the area of facilities and facilities (3.67 ± 0.83). The greatest difference is between the viewpoints of managers and physicians in the field of facilities and amenities (0/61 ± 0/20) and the least in the field of culture (0.04 ± 0/17).

Conclusion: The most common challenges faced by family physicians in the study are cultural, economic, environmental and working conditions. It is suggested that, in order to properly implement the plan of the family physician, it should be considered in coordination with the objectives of the plan at international level and the experiences of the countries that implemented the program.

Keywords: Rural family Physician, Primary health care, First level of service provision

***Corresponding Author: Vafaee najar Ali,** Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
Email: vafaeea@mums.ac.ir
https://orcid.org/0000-0002-2499-2687