

## *Factors Influencing Family Physician Program from the Perspective of the Health Team*

Akram Bayati<sup>1</sup>,  
Fateme Ghanbari<sup>2</sup>,  
Seyed Shahriar Hosseini<sup>3</sup>,  
Akram Maleki<sup>3</sup>,  
Mohsen Shamsi<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Lecturer, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

<sup>2</sup> MSc in Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

<sup>3</sup> Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

<sup>4</sup> Assistant Professor, Department of Public Health, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

(Received December 13, 2013 ; Accepted July 7, 2014)

### **Abstract**

**Background and purpose:** The ultimate target of health care system in any country is to improve the status of health in people. One of the amendments made in Iran's Health System is family physician program which was first implemented in 2005. This study aimed to review the experiences of physicians and other health team members in Arak University of Medical Sciences to assess this program.

**Material and methods:** In this phenomenological study data was collected through in-depth interviews (semi-structured). The participants included physicians, midwives and health workers who gave their experiences about the program. Fifty five interviews were carried out among 15 physicians, 15 midwives and 25 health workers. Qualitative content analysis approach was applied to explain the data.

**Results:** In this study, two secondary codes came out from meaning units including management factors and public interests. First, different codes were compared according to their similarities and differences within the general categories and were sub-divided into seven main categories (organizing, human resource planning, service delivery process, evaluation, induction programs, health benefits, and economic benefits) and five sub-categories (administrative barriers, welfare barriers, motivation barriers, lack of educational programs, and lack of public knowledge).

**Conclusion:** Further educational programs are needed to increase the level of information among all involved people including physicians, health workers and ordinary people. Also, to reduce the problems, revise the referral system, more focus on staff duty, and time assessment in delivering healthcare are necessary.

**Keywords:** Family physician, health team, family physician program, experiences

## بررسی عوامل موثر بر ارتقاء اجرای برنامه پزشکی خانواده از دیدگاه اعضای تیم سلامت

اکرم بیاتی<sup>۱</sup>  
فاطمه قنبری<sup>۲</sup>  
سید شهریار حسینی<sup>۳</sup>  
اکرم ملکی<sup>۳</sup>  
محسن شمس<sup>۴</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** هدف نهایی نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی هر کشوری، ارتقا سطح سلامت آحاد مردم می باشد. از جمله اصلاحات ایجاد شده در نظام سلامت ایران برنامه پزشکی خانواده است که از سال ۱۳۸۴ در کشور به اجرا درآمد. این مطالعه با هدف تبیین تجارب پزشکان خانواده و اعضای تیم سلامت در مورد برنامه پزشکی خانواده انجام شد.

**مواد و روش ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی از نوع فنومنولوژی (پدیدارشناسی) می باشد. روش جمع آوری اطلاعات مصاحبه عمیق فردی (نیمه ساختار یافته) بود که با سه گروه از پزشکان، ماماها و بهورزان انجام و از تجارب آنان در مورد برنامه پزشکی خانواده سوال شد. در مجموع ۵۵ مصاحبه صورت گرفت که در آن نظرات ۱۵ پزشک، ۱۵ ماما و ۲۵ بهورز جمع آوری شد. نمونه گیری به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف بود و برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش آنالیز محتوا با رویکرد قراردادی استفاده شد.

**یافته ها:** در این مطالعه از واحدهای معنی خلاصه شده در مجموع ۲ درون مایه استخراج شد که عبارت بودند از: عوامل مدیریتی و منافع عمومی. ابتدا کدهای متفاوت بر اساس شباهت ها و تفاوت ها با یکدیگر مقایسه و در داخل طبقات اصلی و زیر طبقات جای داده شدند که به طور کلی ۷ طبقه اصلی شامل (سازماندهی، برنامه ریزی نیروی انسانی، فرایند ارائه خدمات، ارزشیابی، آشناسازی، منافع بهداشتی درمانی و منافع اقتصادی) و ۵ زیر طبقه شامل (عوامل بازدارنده اداری، عوامل بازدارنده رفاهی، عوامل بازدارنده انگیزشی، توجیه ناکافی سیستم بهداشتی درمانی و توجیه ناکافی مردم) ایجاد شد. **استنتاج:** برگزاری آموزش های توجیهی برای کلیه افراد درگیر در برنامه اعم از پزشکان، اعضای تیم سلامت و مردم و همچنین بازنگری برنامه در خصوص رفع نواقص سیستم ارجاع و شرح وظایف کارکنان و زمان سنجی ارایه خدمات پیشنهاد می شود.

**واژه های کلیدی:** پزشکی خانواده، تیم سلامت، برنامه پزشکی خانواده، تجربیات

### مقدمه

تا بتوانند با برخورداری از سلامت کافی در فعالیت های اقتصادی و اجتماعی سهم شونند (۲، ۱). یکی از برنامه های

هدف نهایی نظام سلامت در ارائه خدمات بهداشتی درمانی هر کشوری، ارتقاء سطح سلامت آحاد مردم است

E-mail: bayati@arakmu.ac.ir

**مؤلف مسئول:** اکرم بیاتی - اراک: دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده پرستاری و مامایی

۱. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۳. کارشناس مرکز بهداشت استان مرکزی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۴. استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۱۲/۱۳ تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۴/۱۶

ارایه خدمات سلامت در کشور ما برنامه پزشکی خانواده است که در این برنامه رضایت کارکنان موضوع مهمی است که می‌تواند در کمیت و کیفیت تولید خدمات عامل تعیین کننده به حساب آید (۳،۴).

نتیجه برخی مطالعات ارتباط بین نارضایتی و فرسودگی شغلی را در جامعه پزشکان تأیید کرده است (۵،۶) در مطالعه‌ای که در مورد برنامه پزشکی خانواده در کرمان انجام گرفت پس از اجرای برنامه هر ساله روند افزایشی در ریزش پزشکان خانواده به دلایلی همچون ادامه تحصیل، نزدیک شدن به امتحان دستیاری، مسایل محیطی و وضعیت استخدام مشاهده شد (۶). در بررسی جنتی و همکاران در شهرستان مراغه مراجعات بیش از حد و ازدحام بیماران در خانه‌های بهداشت، پرداخت نشدن حقوق و مزایای اعضای تیم سلامت و محدودیت زمان دسترسی به پزشک خانواده از مهم‌ترین نقاط ضعف این برنامه ذکر شده است (۷).

برنامه پزشکی خانواده از سال ۱۳۸۴ در استان مرکزی در حال اجرا است. استان مرکزی با دارا بودن ۱۵۰ تیم سلامت در ۱۰۲ مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، از همکاری ۱۵۰ نفر پزشک و ۱۲۰ ماما و ۷۴۰ بهورز به عنوان تیم سلامت برخوردار است. این مطالعه با توجه به گذشتن حدود ۵ سال از اجرای برنامه پزشکی خانواده و با توجه به عدم وجود مطالعه کیفی در این زمینه به تبیین تجارب پزشکان خانواده و سایر اعضای تیم سلامت در مورد عوامل موثر بر ارتقاء کیفیت برنامه پزشکی خانواده در استان مرکزی می‌پردازد. هر پژوهشی با یک سوال خاص شروع می‌شود و سوال پژوهش تعیین کننده بوده و نقش هدایتی در روند، مراحل و نحوه اجرای یک مطالعه دارد (۸). در این پژوهش سوال این است: تجربه پزشکان خانواده و سایر اعضای تیم سلامت در مورد کیفیت برنامه پزشکی خانواده چیست؟ با توجه به این سوال مناسب‌ترین روش برای مطالعه، روشی است که بتواند ماهیت یک پدیده را در بستر طبیعی آن به همراه ساختار و عوامل موثر بر

شکل‌گیری آن را نشان دهد به همین دلیل بین روش‌های تحقیق، روشی که می‌تواند ماهیت پدیده و فرایند شکل‌گیری آن را در بستر طبیعی نشان دهد، مطالعه کیفی است (۹، ۱۰). با توجه به این که پژوهش‌های انجام شده بیشتر به بررسی عملکرد و رضایتمندی پزشکان و در برخی موارد اعضای تیم سلامت به صورت کمی و پرسشنامه‌ای پرداخته‌اند، لذا برای رسیدن به حقیقت از متن داده‌ها که حاصل مصاحبه‌ی عمیق با مشارکت کنندگان است، لزوم انجام این پژوهش به روش کیفی احساس شد. لذا پژوهش حاضر با هدف تبیین تجارب پزشکان خانواده و اعضای تیم سلامت در مورد برنامه پزشکی خانواده در مراکز مجری برنامه در شهرستان اراک در سال ۱۳۹۱ صورت پذیرفته است.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی است. با توجه به این که هدف از این مطالعه شناخت تجارب پزشکان و سایر اعضای شاغل در تیم سلامت برنامه پزشکی خانواده و درک عوامل موثر بر ارتقاء این برنامه بود از تحقیق کیفی از نوع پدیدشناسی (فونومولوژی) که ابزارهایی را برای بررسی این عوامل ارائه و موجب به دست آوردن اطلاعات غنی و عمیق از نمونه‌ها می‌شود، استفاده شد. جامعه پژوهش این مطالعه پزشکان، ماما‌های شاغل و بهورزان مراکز مجری برنامه پزشکی خانواده در سطح شهرستان اراک بودند و مکان (محیط) پژوهش نیز مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی شهرستان اراک بودند. شرکت کنندگان در این پژوهش سه گروه ۱۵ نفره پزشکان، ۱۵ نفره ماما و ۲۵ نفره بهورزان بودند. اعضای تیم سلامت مراکز مجری برنامه پزشکی خانواده از مراکز مختلف شهرستان با شرایط متفاوت از نظر دسترسی به خدمات سطح دوم، آزمایشگاه، رادیولوژی، به صورت پراکنده انتخاب و در طرح شرکت نمودند. شرکت کنندگان در این پژوهش به صورت نمونه‌گیری گلوله برفی انتخاب شدند. مشارکت کنندگانی

که دارای ویژگی‌های زیر بودند، در مطالعه شرکت داده شدند: داشتن تجربه حداقل یک سال فعالیت در برنامه پزشکی خانواده، سابقه حداقل یک سال خدمت در برنامه پزشکی خانواده در روستاهای اراک، توانایی برقراری ارتباط و درک مفاهیم، توانایی بیان کلامی با سهولت، توانایی حس و بیان احساسات و عواطف درونی بدون خجالت یا مهار احساسات، به خاطر آوردن وضعیت واحد تحت مطالعه در زمان نسبتاً نزدیک (قابل یادآوری) و علاقه به بیان تجربه و توانایی نوشتن یا گزارش عقائد و تفکرات.

اطلاعات به روش مصاحبه عمیق فردی جمع‌آوری شد. پژوهشگر برای به دست آوردن تجارب نمونه‌ها سوالات بازی از قبیل: نحوه‌ی آشنایی با برنامه پزشکی خانواده، تجارب به دست آمده در خصوص نحوه اجرا برنامه و تجارب آنان در مورد میزان دستیابی به اهداف پیش‌بینی شده در برنامه مطرح کرد.

این اطلاعات در قالب ۵۵ مصاحبه عمیق فردی با پزشکان، ماماها، و بهورزان در مراکز مجری برنامه جمع‌آوری شد. پیش از شروع هر جلسه مشارکت‌کنندگان رضایت خود را برای شرکت در پژوهش حاضر اعلام می‌نمودند. همه مصاحبه‌ها در اتاقی جداگانه و به صورت فردی انجام گرفت. در ابتدای هر جلسه سوال اولیه به صورت باز در خصوص وضعیت و نحوه اجرای برنامه پزشکی خانواده مطرح می‌شد و سپس مناسب با روند بحث ادامه می‌یافت. زمان تقریبی هر مصاحبه دو ساعت تعیین شد ولی با توجه به تمایل مشارکت‌کنندگان افزایش یا کاهش می‌یافت. تمامی مصاحبه‌ها ضبط می‌شد و بلافاصله پس از اتمام مصاحبه روی کاغذ آورده می‌شد.

به منظور افزایش روایی داده‌های پژوهش علاوه بر پژوهشگر اصلی سایر اعضای تیم پژوهش حداقل ۲ نفر در همه مراحل جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها مشارکت فعال داشتند. افزون بر این در مطالعه حاضر پس از کدگذاری هر مصاحبه، نسخه‌ای کامل از آن شامل کدها و عبارات کلیدی به دست آمده به

منظور ارزیابی سازگاری کدها با تجربه‌های مشارکت‌کنندگان در اختیار آنان قرار می‌گرفت. بحث و بررسی تیم پژوهش در خصوص یافته‌های متناقض و دستیابی به اجماع نهایی نیز از دیگر روش‌های تأمین قابلیت پذیرش در مطالعه حاضر بود. همچنین پژوهشگران متن پیاده شده مصاحبه‌ها را به فاصله چند روز پس از کدگذاری اولیه دوباره خوانی و کدگذاری کرده و نتایج را با اولین کدگذاری مقایسه می‌کردند. در صورت دستیابی به یافته‌های مشابه، ثبات و هماهنگی داده‌ها و در نتیجه قابلیت اعتماد آن‌ها تأیید می‌شد. برای اطمینان از تطابق پذیری یافته‌ها، پژوهشگران مدارکی از همه مراحل پژوهش اعم از جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها و همچنین مراحل انجام پژوهش به صورت نظام مند فراهم می‌کردند. این مدارک به منظور تأیید تطابق‌پذیری در اختیار تعدادی از کارشناسان مجرب در پژوهش‌های کیفی قرار داده می‌شد.

آنالیز داده‌ها به صورت دستی طی فرایند کدگذاری باز انجام می‌شد، متون پیاده شده مصاحبه‌ها چند بار توسط پژوهشگران مطالعه می‌شد و مفاهیم اصلی در قالب کد در برهه‌ای جداگانه یادداشت می‌شد. سپس کدهای اولیه دسته‌بندی شده و کدهای مشابه کنار هم قرار گرفته و طبقه‌ها شکل گرفتند. اشباع داده‌ها در هر طبقه بررسی و تأیید شد.

در این پژوهش، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آنالیز محتوا استفاده شده است. در واقع آنالیز محتوا با خلاصه‌سازی، در جستجوی کاهش دادن مطالب است، در مسیری که محتوای اساسی (متن) حفظ شود و در عوض یک متن کوتاه معقول ایجاد شود (۱۳-۱۱).

در این پژوهش متن هر مصاحبه چندین بار مطالعه شد و با شکستن هر متن، مضمون‌ها یا درون‌مایه‌ها به عنوان کوچکترین واحدهای تشکیل‌دهنده معنی‌دار (Themes) استخراج، کدبندی و طبقه‌بندی شدند. جمع‌آوری و تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش که به صورت همزمان انجام شد، در سه مرحله قابل

تقسیم‌بندی بود. ابتدا مصاحبه‌ها به طور کامل ضبط و سپس کلمه به کلمه نسخه برداری می‌شدند پس از آن هر مصاحبه چندین بار به طور کامل خوانده می‌شد تا معنی کلی مصاحبه استنباط شود سپس مصاحبه به صورت خط به خط خوانده می‌شد و تجزیه تحلیل در سه مرحله انجام گرفت در مرحله اول (کدگذاری باز Open) به مفاهیم و عبارات معنی دار کد داده شد و تعداد ۳۷۶ کد اولیه از مطالب نسخه برداری شده، استخراج گردید. در مرحله دوم (کدگذاری محوری Axial) کدهای مرتبط با هم یک طبقه را تشکیل دادند و در این مرحله سعی شد به تحلیل طبقات حاصل از مرحله قبل پرداخته شود و روابط بین طبقات تعیین گردد. در مرحله سوم، به منظور تعیین متغیر اصلی، ارتباط هر یک از طبقه‌ها نسبت به سایر طبقات (درون‌مایه‌ها) مورد توجه قرار گرفت و این روابط با داده‌های کدگذاری شده معتبرسازی شد. برای تسهیل تشخیص دقیق روابط بین درون‌مایه‌ها و نامگذاری طبقات، همه موارد روی یک صفحه بزرگ نوشته شد تا امکان مشاهده کلی موارد و تحلیل‌های قیاسی مداوم میسر گردد.

برای اطمینان از صحت و پایایی نتایج پژوهش، کلیه کدگذاری‌های اولیه، چند روز بعد مورد مطالعه و بازنگری قرار گرفت و با کدگذاری اولیه مقایسه گردید تا از صحت نتایج اولیه اطمینان حاصل شود. علاوه بر این، از یک کدگذار دیگر نیز درخواست شد تا نحوه کدگذاری را از نظر وجود توافق و پایایی نتایج مورد بررسی قرار دهد.

در این مطالعه، پژوهشگر برای افزایش دادن عمق و وسعت اطلاعات، زمان کافی را برای جمع‌آوری آن‌ها اختصاص داد. برای افزایش اعتبار تحقیق محقق کوشید تا ارتباط خود را با شرکت‌کنندگان بیشتر کند و برای افزایش اعتبار داده‌ها از روش‌های member check، Peer check استفاده شد بدین صورت که برای اعتبار بخشی نتایج، ۲ کار اصلی انجام گردید اولاً از نظرات افرادی که خارج از پژوهش بودند شامل پزشکان، ماماها

و بهورزان شاغل در مراکز روستایی برنامه پزشکی خانواده استفاده شد و نظرات آنان نیز در مورد کیفیت اجرای برنامه پزشکی خانواده جمع‌آوری و آنالیز شد و از نظر درستی و مشابهت با نظرات افراد شرکت‌کننده در پژوهش مقایسه شد. برای صحت نتایج این افراد به گونه‌ای انتخاب شدند که از نظر وظایف و مسولیت‌ها با گروه شرکت‌کننده در پژوهش در شرایط یکسانی بودند. ثانیاً در مورد افراد شرکت‌کننده نیز بعد از پیاده کردن مصاحبه‌ها از ایشان درخواست شد تا مطالب پیاده شده را مطالعه کنند و صحت و سقم آن‌ها را ارزیابی کنند. برای بازنگری درون‌مایه‌های استخراجی از متن برخی مصاحبه‌ها، علاوه بر محقق، از ۲ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک که تجربه انجام تحقیقات کیفی را داشتند، خواسته شد تا مصاحبه‌ها و کدگذاری اولیه و طبقات مفهومی را مورد بررسی قرار دهند و سپس مطابق با نظرات مطرح شده بازنگری‌های لازم صورت گرفت و تا صحت کدگذاری توسط ایشان این روند ادامه یافت. همچنین محقق کوشیده است تا مسیر تحقیق و تصمیمات اتخاذ شده در این مسیر را دقیق ثبت و گزارش نماید تا امکان پیگیری مسیر تحقیق برای سایر محققان فراهم گردد (۱۴).

## یافته‌ها

از واحدهای معنی‌خلاصه شده همانگونه که اشاره شد ۳۷۶ کد اولیه استخراج شد که پس از مرور کدها و ادغام کدهای مشابه در یکدیگر، تعداد آن‌ها به ۳۰ کد کاهش و در مجموع ۲ درون‌مایه عوامل مدیریتی و منافع عمومی استخراج شد. سپس کدهای متفاوت بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها با یکدیگر مقایسه و در داخل طبقات اصلی و زیر طبقات جای داده شدند که به طور کلی ۷ طبقه اصلی شامل سازماندهی، برنامه ریزی نیروی انسانی، فرایند ارائه خدمات، ارزشیابی، آشناسازی، منافع بهداشتی درمانی و منافع اقتصادی و ۵ زیر طبقه شامل عوامل بازدارنده اداری، عوامل بازدارنده رفاهی، عوامل

بازدارنده انگیزشی، توجه ناکافی سیستم بهداشتی درمانی و توجه ناکافی مردم ایجاد شد.

- درون مایه عوامل مدیریتی:

طبقه اصلی - سازماندهی:

با توجه به تجارب پزشکان و سایر اعضای تیم سلامت یکی از مهمترین دلایل اجرای برنامه پزشک خانواده دسترسی عادلانه مردم به خدمات سلامت و ایجاد سیستم ارجاع بوده است. ولی بدلیل عدم توجه مراکز ارائه دهنده خدمت این امر به درستی انجام نشده است.

سیستم ارجاع:

- سیستم ارجاع واقعی تا به حال اجرا نشده است. بیماران باید اول به ما مراجعه کنند درمان شوند و یا بر اساس تشخیص ما ارجاع شوند ولی این طور نیست دفترچه را می دهند همراه بیمار بیاورد و سطح دو نیز به ما بازخورد نمی دهند و بیمار سرگردان است (پزشک ۴).

- به دلیل توجه بیشتر به امور درمان تا مراقبت های بهداشتی، اکثر مردم از پزشکان توقع ارائه خدمات درمانی را دارند و بیشتر مراجعات به پزشک صورت می گیرد تا سایر اعضای به خصوص بهورزان (ماما ۱۰).

نقش بهورزان:

اکثر شرکت کنندگان اذعان داشتند که علی رغم تمایل اکثر مردم برای مراجعه مستقیم به پزشک و ماما و توجه نبودن مردم، در ابتدای شروع برنامه مشکلات زیادی وجود داشت ولی با گذشت زمان، آموزش و تاکید بیشتر بر انجام درست سیستم ارجاع، نقش بهورزان تا حدود زیادی بهبود یافت اگر چه همچنان مشکلاتی در این زمینه وجود دارد.

- درمان محوری در این طرح حاکم است چون بهورز به آن صورت کار خود را انجام نمی دهد. شاید هم به خاطر سطح فرهنگ و زمینه های دیگر است که بهورز ترجیح می دهد بیماران را پیش ما بفرستد شاید مردم این طور می خواهند (پزشک ۱۰).

- بهورزان ما به دلیل شلوغ بودن خانه بهداشت ها اعتراض کردند که ما نمی توانیم خانم های باردار را مراقبت کنیم. مرکز بهداشت هم این را پذیرفت. یعنی مراقبت و پیگیری و تشکیل پرونده خانم باردار با من است. البته بهورز دفتر مراقبت بارداری دارد. من هم دارم که پرخطرها را نوشته ام بهورزان به نظر من نقش کمتری نسبت به قبل دارند (ماما ۱ و ۲).

جدول شماره ۱: عوامل مدیریتی و منافع عمومی تاثیر گذار بر ارتقای اجرای برنامه پزشک خانواده از دیدگاه اعضای تیم سلامت

منافع عمومی		عوامل مدیریتی							
منافع اقتصادی	منافع بهداشتی و درمانی	آشناسازی		ارزشیابی	فرایند ارائه خدمت			برنامه ریزی نیروی انسانی	سازماندهی
		توجه ناکافی مردم	توجه ناکافی سیستم بهداشتی و درمانی		عوامل بازدارنده انگیزشی	عوامل بازدارنده رفاهی	عوامل بازدارنده اداری		
وجود بیمه برای روستاییان	افزایش سطح شاخص های بهداشت عمومی و بهبود مراقبتها	اطلاع رسانی بیمه (مردم - سطح ۲)	عدم فرهنگ سازی	نظارت بیشتر بر نحوه ارائه خدمات	عدم توجه به سابقه کار پزشکان	عدم امنیت شغلی	افزایش مسئولیت و حجم کار	دسترسی به پزشک و اعضای تیم سلامت	سیستم ارجاع
کم شدن تعداد مراجعات به پزشکان متخصص	پرونده سلامت	محدودیت انتخاب پزشک توسط مردم	عدم آموزش کافی تیم سلامت	رضایت از بازدیدهای کارشناسان	دید نامناسب بیمه گر در خصوص پزشکان (دید ابزاری)	ناکافی بودن حقوق و مزایا	مردم مریضی	ساختار اعضای تیم سلامت و درگیر نمودن تمام پرسنل شاغل	نقش بهورزان
		عدم بستر سازی مناسب برای شروع برنامه	عدم توجه به بخش خصوصی و سطح ۲			عدم وجود مزومات و فضای فیزیکی	مسیر ارجاع		سیاری
						سختی کار در مناطق روستایی	دفترچه بیمه		محول نمودن وظایف غیر مرتبط
							عدم توجه بیمه گر به مشکلات		

- الان نقش ما پررنگ‌تر است چون مردم اطلاعات بیشتری دارند و می‌دانند ما چه نقشی داریم به خاطر عادت یا اطلاعات این برنامه را پذیرفته‌اند اما بعضی‌ها ما را قبول ندارند. ما برای پزشک عمومی که می‌فرستیم می‌گویند ما می‌رویم پیش متخصص (بهورز ۲).

محول نمودن وظایف غیر مرتبط :

عده دیگری از ماماها معتقدند زمان سنجی کار ماماها انجام نشده است و وظایف غیر مرتبط و زیادی به آن‌ها محول می‌گردد که بعضاً خیلی از آن‌ها غیر مرتبط با حیطه تخصصی آن‌ها است.

- حجم کار ماما خیلی بالاست وقتی که باید تزریقات، دارو و خدمات مامایی را انجام دهیم باید سریع کار را انجام دهیم و فرصتی برای دقت کردن روی کار نداریم. برای ماما این حجم کار زیاد است و کیفیت کار را پایین می‌آورد (ماما ۸).

- تزریقات و پانسمان که به عهده ماما گذاشته شده زیاد است گاهی اوقات آنقدر اینجا شلوغ می‌شود که سر و صدای مردم در می‌آید تازه بایستی خدمات مامایی را هم انجام بدهند و در جایی که بهورز خانم هم نباشد کار تنظیم خانواده و مراقبت مادران هم بر عهده آنان است (پزشک ۸).

طبقه اصلی - برنامه ریزی نیروی انسانی :

برنامه‌ریزی فعالیت‌های اعضای تیم سلامت به گونه‌ای انجام شده است که دسترسی آسان روستائیان به پزشک به خصوص در روزهای غیر تعطیل ممکن باشد. همچنین لزوم تغییر و بازنگری در مسیر ارجاع از جمله مواردی بود که مطرح شد.

مسیر ارجاع :

شرکت کنندگان اذعان داشتند که در سیستم ارجاع توجه به مسیر رفت و آمد مردم بسیار مهم است در حالی که در این برنامه در بعضی موارد به آن کمتر توجه شده است.

- مسیرهایی که برای سیستم ارجاع مشخص شده باعث گردیده مردم از این سیستم راضی نباشند مثلاً بیمار به جای این که ۹۰ کیلومتر را طی کند تا به بیمارستان استان برود، ترجیح می‌دهد ۳۰ کیلومتر را طی کند تا به بیمارستان استان معاور روستای خود که خیلی نزدیکتر است، برود. این مسیرها باید اصلاح شود بنابراین گاهی افراد یا مراجعه نمی‌کنند یا دیر مراجعه می‌کنند همین امر باعث بدتر شدن یا مزمن شدن بیماری آن‌ها می‌شود (پزشک ۱۱).

- مسیرهای ارجاع در بعضی موارد خوب تعیین نشده است، باید به مسیر رفت و آمد مردم در منطقه توجه کرد. گاهی بیمار مجبور است چندین کیلومتر جاده پر پیچ و خم را طی کند تا نزد پزشک برود در حالیکه مرکز بهداشتی درمانی دیگری که در مسیر رفت و آمد اوست، از پذیرش بیمار خودداری می‌کند و می‌گوید شما باید به مرکز بهداشتی درمانی خودتان مراجعه کنید و بیمار ناراضی می‌شود (بهورز ۱۳).

طبقه اصلی - فرایند ارائه خدمات

زیرطبقه: عوامل بازدارنده اداری

افزایش مسئولیت و حجم کار بالا :

اکثر ماماها و پزشکان خانواده از محول نمودن وظایف متعدد و افزایش مسئولیت و همچنین قراردادی بودن خود ابراز نارضایتی کردند و معتقد بودند که با توجه به بالای بودن تعداد مراجعین به مراکز، افزایش ساعات کاری و داشتن برنامه سیاری بعد از ویزیت‌ها دچار خستگی و فرسودگی شغلی می‌شوند.

- ماماها بعد از پزشک خانواده رکن اصلی هستند چون هم کار خانم‌های باردار و هم تنظیم خانواده و هم جلسات آموزشی را انجام می‌دهند دارویار هم هستند (ماما ۱۵).

- ماما کار مامایی؛ تزریقات و دارویی را انجام می‌دهد حجم کار بالا است اما حقوق ماما پایین است (پزشک ۱۲ و ۱۴).

- با توجه با حجم بالای کاری که با برنامه پزشک خانواده برای ما ایجاد شده است کارانه مناسب دریافت نمی کنیم (بهورز ۱۶).

مرخصی:

پزشکان و ماماها معتقد بودند که در برنامه پزشک خانواده به مسئله مرخصی ها توجهی نشده و این باعث ایجاد مشکلات زیادی در این زمینه شده است.

- در مورد مرخصی همکاران مشکل داریم مثلاً در هر ماه ۲/۵ روز مرخصی داریم که ذخیره هم نمی شود، استعلاجی را هم قبول نمی کنند (پزشک ۱۲).

- در مورد میزان مرخصی محدودیت داریم. ذخیره نمی شود یا اگر نیرویم از بین می رود بیمار شدن در پزشک خانواده توجیه ندارد. استعلاجی نداریم برای پزشک خانواده جایگزین نیست (پزشک ۱۳ و ۴).

- مرخصی ها یک ماه، دو روز و یک ماه، سه روز است که قابل ذخیره شدن نیست اگر نیرویم از بین می رود اگر بخواهیم بیشتر برویم از حقوق ما کم می شود (ماما ۱۵).

عدم وجود ملزومات، داروها و فضای فیزیکی:

توجه به ملزومات و داروها و دسترسی مناسب به شرایط نمونه گیری، آزمایشگاه و خدمات پاراکلینیکی از دیگر موارد مطرح شده توسط شرکت کنندگان بود.

- برای درخواست هایی مثل ترالی اورژانس بارها پیگیری کرده ایم و زنگ هم زده ایم ولی به ما ترالی ندادند و گفتند به شما تعلق نمی گیرد. یا برای رنگ در و پنجره صحبت کردیم ولی ترتیب اثر ندادند (پزشک ۲).

- داروهای جدیدی که برای درمان بیماری ها در بازار است را ما نداریم. مثلاً داروهای عقب مانده ذهنی ما ارجاع می دهیم و پزشک دارو می دهد اما چون دارو نیست که به آن ها بدهند مجبورند به اراک بروند (بهورز ۲).

دفترچه های بیمه:

- برخی از پزشکان و اعضاء تیم سلامت معتقدند به دلیل محدودیت در تعداد برگه های دفترچه بیمه

روستائیان، بیماران مرتب باید نسبت به تعویض آن اقدام نمایند. فرایند تعویض دفترچه های بیمه که از سوی سازمان خدمات درمانی اجرا می شود، باعث نارضایتی گردیده است (پزشک ۵).

- گرفتن دفترچه و تعویض آن در برخی جاها مشکل ساز شده است. برای تعویض دفترچه باید سه تا مهر زده شود. گاهی افراد نیستند که مهر کنند سند و قولنامه هم می خواهد باید پشت عکس هم مهر شود تا تعویض دفترچه صورت گیرد (بهورز ۱۳).

- واقعاً نیاز نیست برای تعویض دفترچه مهر شورا باشد. تازه بیمه گفته باید پشت عکس ها هم مهر شود (بهورز ۱۹).

زیر طبقه عوامل بازدارنده رفاهی:

عدم امنیت شغلی:

اکثر پزشکان و ماماها معتقدند به دلیل قراردادی بودن امنیت شغلی ندارند، و نسبت به سختی کار در روستا از حقوق و مزایای کافی برخوردار نیستند همچنین عدم دسترسی به امکانات رفاهی (من جمله پانسیون مناسب و ...) نیز از مسایل دیگر مطرح شده توسط ایشان بود.

- امنیت شغلی نداریم و در نتیجه انگیزه شغلی هم نداریم (پزشک ۵).

- مشکل امنیت شغلی داریم. بیمه رد می شود اما ماندگاری ما معلوم نیست آیا برنامه دائمی است یا خیر اگر فردی چند ماه مرخصی برود به جای او نیرو می گیرد (پزشک ۹).

ناکافی بودن حقوق و مزایا:

- حقوق را به موقع می دهند اما به ما گفته بودند حقوقتان چیزی حدود ۴-۳ میلیون است در حالی که ۱/۵ میلیون بیشتر نیست (پزشک ۱۱).

- از میزان حقوق راضی نیستیم. شفاف سازی در مورد پرداخت حقوق وجود ندارد. کارها از نظر عدالت



یکسان نیست. در مورد کارانه هم برای همه یکسان عمل نمی کنند (پزشک ۱۲).

- نسبت به کارهای متعددی که به ما محول کرده اند مانند دارو یاری، تزریقات و پانسمان و ... حقوق ما خیلی پایین است و مقدار زیادی از آن صرف رفت و آمد ما می شود (ماما ۵).

زیر طبقه عوامل بازدارنده انگیزشی:

عدم توجه به سابقه کار پزشکان:

عده ای از پزشکان معتقدند که اهدافی که در این طرح مدنظر بود و برنامه هایی که برای آن پیش بینی شده بود، محقق نشده و همین امر باعث کاهش انگیزه های پزشکان شده عده ای هم معتقد بودند که به سابقه کاری پزشکان توجهی نمی شود و اگر پزشکی از یک مرکز به مرکز دیگری انتقال یابد سابقه اش از نظر میزان دریافتی مورد توجه قرار نمی گیرد.

- حقوق را وابسته به ضریب محرومیت کرده اند. به نظر منطقی نیست بعد از ۷ سال حقوق من مثل زمان شروع به کار من است هر چه سابقه ام بیشتر می شود به خاطر این که به اراک نزدیک تر شده ام، حقوق کم تر شده و سابقه ام کمتر دیده شده است و این مسئله انگیزه را کم تر می کند (پزشک ۱۵).

دید نامناسب بیمه گر در خصوص پزشکان:

- بعضی موارد هست که باعث می شود انگیزه من برای ادامه کار کم شود مثلاً متأسفانه بیمه شده. قانون گذار قانون ها در حالی که اصلاً دید پزشکی ندارد. بیمه یک دید ابزاری نسبت به پزشک و مردم دارد و طوری با یک پزشک رفتار می کند که انگار پزشک یک ابزار است. مرکز بهداشت خودش حمایت کننده است اما بیمه اصلاً اینگونه نیست باز دید بیمه جنبه بازرسی دارد و فقط صرفاً به دنبال اشکالات است تا رفع نواقص (پزشک ۱۳).

طبقه اصلی - ارزشیابی:

اکثر پزشکان و اعضای تیم سلامت معتقد بودند با

اجرای این برنامه نظارت ها بر نحوه ارائه خدمت بهبود یافته است.

نظارت بیشتر بر نحوه ارائه خدمات:

- نظارت روی پرونده ها و مراقبت های ارائه شده توسط ما بیشتر شده است. کار ما هم دقیق تر است. چون ما یک بار بررسی می کنیم و یک بار هم پزشک، بار کاری ما اگر چه کمی بیشتر شده ولی اگر این جا کاری صورت نگرفت. بیمار را نزد پزشک می فرستیم (بهورز ۵).

- پزشکان نظارت بیشتری روی کار ما دارند. برای بازدید می آیند بازدیدها بهتر شده الان هفته ای یک یا دو بار مراجعه می کنند و چک لیست پر می کنند (بهورز ۲).  
- نظارت ها خوب است نظارت ها بیش تر جنبه آموزشی دارد اگر هم ایرادی گرفته می شود در جهت حل مشکلات است (بهورز ۱۱).

رضایت از بازدید کارشناسان:

اکثر پزشکان و اعضای تیم سلامت، بازدیدهای کارشناسی کارشناسان مرکز بهداشت را مفید و آن را آموزشی می دانند.

- مرکز بهداشت شهرستان مشکلات ما را به خوبی درک و پیگیری می کنند. اگر مشکل داریم منعکس می کنیم پیگیری می کنند (ماما ۱).

- پیگیری ها بهتر شده اگر گزارشی به اداره بدهیم سریعاً پیگیر هستند. و رضایت از بازدید کارشناسان وجود دارد (پزشک ۴).

- بازدید کارشناسان چون کار تخصصی است و جنبه آموزشی دارد، مفید است و دید آن صرفاً انتقادی نیست و اصلاحی است (پزشک ۸).

- به نظر من بازدید کارشناسان مرکز بهداشت خیلی مفید است چون ما با مشکلات و عیوب کار خودمان آشنا می شویم و چون جنبه دوستانه دارد یادگیری بهتر صورت می گیرد و ما راحت مشکلاتمان را حتی به صورت تلفنی با کارشناسان در میان می گذاریم (ماما ۴).

- قبلاً در بدو ورود یک جلسه توجیهی در مورد پرونده سلامت و فرم ارجاع داشتیم، خوب بود اما الان ماهیانه داریم (ماما ۵).

- فقط در ابتدای کار در مورد برنامه توضیحاتی به ما داده شد ولی بعداً من در حین کار متوجه شدم وظایف بهورز در این برنامه چیست (بهورز ۹).

درون مایه منافع عمومی:

این درون مایه دارای دو طبقه اصلی (۱) منافع بهداشتی- درمانی و (۲) منافع اقتصادی است.

طبقه اصلی (۱) منافع بهداشتی- درمانی

اکثر پزشکان و اعضاء تیم سلامت معتقدند که پیگیری مراقبت‌های بیماران بعد از شروع برنامه بهبود چشمگیری یافته و وضعیت مراقبت‌ها بهبود یافته است. مراقبت‌ها دقیق‌تر شده و گروه‌های هدف برنامه‌های مراقبتی بهداشتی بهتری دریافت می‌کنند و سطح شاخص‌ها هم بالاتر رفته است که این امر به دلیل ثبات پزشکان و شناخت بیشتر آنان از جمعیت تحت پوشش است که سبب شده مشکلات سلامتی مردم راحت‌تر مرتفع شود و پزشکان بیماران خود را بهتر بشناسند. ارائه مراقبت‌ها به بیماران خاص نیز (عقب ماندگان، روان و ...) به دلیل دسترسی بیشتر به پزشکان بهبود یافته است.

افزایش سطح شاخص‌های بهداشت عمومی و بهبود مراقبت‌ها:

- به نظر من مراقبت‌ها خیلی دقیق‌تر از قبل شده البته فعالیت بهورزان هم بیشتر شده چون پزشک تشخیص می‌دهد و ماما مراقبت می‌کند و پیگیری و کنترل بعدی بیمار هم با ماست. به دلیل حضور مستمر پزشک و ماما در روستا شناسایی بیماران و بیماری‌های منطقه بهتر شده در نتیجه پیگیری بهبود یافته است (بهورز ۲۱).

- به نظر من طرح بیمه روستایی برای روستائیان از نظر خدماتی که به افراد ارائه می‌شود خیلی خوب است. هر کدام از آن‌ها یک پزشک دارند که در جریان

- اگر ما گزارشی را به استان بدهیم سریعاً پیگیری می‌کنند و بررسی می‌شود و در جهت رفع آن با ما همکاری‌های لازم را می‌کنند مثلاً در مورد مسمومیت بود اطلاع دادیم آن‌ها پیگیری کردند (پزشک ۳).

طبقه اصلی- آشنا سازی ناکافی:

این طبقه شامل دو زیر طبقه ۱- توجیه ناکافی سیستم بهداشتی درمانی و ۲- توجیه ناکافی مردم است.

زیر طبقه- توجیه ناکافی سیستم بهداشتی درمانی:

عدم فرهنگ سازی:

اکثر پزشکان و اعضاء تیم سلامت بیان می‌کنند که فرهنگ سازی جهت شروع برنامه و در نتیجه تداوم آن صورت نگرفته است. مردم نسبت به این برنامه توجیه نیستند. این طرح خیلی شتاب زده شروع شد بایستی با برقراری جلسات با بخش‌داری‌ها و دهیاری‌ها نسبت به توجیه برنامه اقدام می‌شد تا مشکلات کنونی وجود نداشته باشد.

- در ابتدای این طرح باید فرهنگ سازی می‌شد و براساس منطقه و مردم خدمات رسانی انجام می‌شد به نظر من این فرهنگ سازی مقداریش به پزشک برمی‌گردد که باید مردم را با برنامه بیشتر آشنا کند (پزشک ۲).

عدم آموزش کافی تیم سلامت:

عده‌ای از ماماها و پزشکان معتقدند آموزش‌هایی که جهت ورود به برنامه برای ایشان گذاشته شد ناکافی بوده و جوابگوی این حجم از وظایف محوله به آن‌ها نیست و خیلی تلاش کردند تا توانستند خود را با وظایف جدید تطبیق دهند. ولی آموزش‌هایی که بعد از شروع کار و در طول ماه در خصوص برنامه‌های جدید برای آن‌ها گذاشته می‌شود تا حدودی متناسب با نیازهای عملکردی آن‌ها است.

- آموزش داشتیم اما کامل نبود فقط (۵۰ درصد) در مورد آماردهی هم آموزش ندیدیم مثلاً من بعد از یکسال فهمیدم که باید فرم تجهیزات داشته باشم (پزشک ۹).

وضعیت سلامت آن‌ها است مواردی که بتوانند خودش درمان می‌کند و مواردی که نتواند ارجاع می‌دهد تا به حال کسی ناراضی نبوده است (مامای ۱۱).

رضایت مردم نسبی است جاهایی حق دارند ولی اصولاً همیشه راضی نیستند و فقط نقطه ضعف برنامه را می‌بینند اما من مطمئنم ۷۰ تا ۸۰ درصد مردم راضی‌اند (پزشک ۲).

#### طبقه اصلی (۲) منافع اقتصادی:

عده‌ای از پزشکان و اعضای تیم سلامت هم معتقدند که به دلیل دسترسی بیشتر به پزشک و حضور مرتب وی، بیماران دیگر به شهر مراجعه نمی‌کنند و خدمات مراقبتی و درمانی خود را در محل سکونت خود دریافت می‌دارند و به دلیل کاهش هزینه‌ها مردم تا حدودی راضی‌تر هستند.

#### وجود بیمه برای روستاییان:

مردم از نحوه خدمات رسانی پزشکان و ماماها راضی هستند و به دلیل کاهش چشمگیر در هزینه‌های بستری رضایت آن‌ها نسبت به بیماران سرپایی بیشتر است (بهورز ۲۴).

مردم اکثراً در این طرح راضی‌اند چون دفترچه روستایی دارند و تحت پوشش بیمه قرار گرفته‌اند. به خصوص افرادی که قبلاً هیچ بیمه‌ای نداشته‌اند. وقتی مهر پزشک خانواده می‌خورد همه جا می‌توانند از آن استفاده کنند حتی سطح دوم (ماما ۲).

مردم چون از سردرگمی نجات پیدا کرده‌اند، خوب است و هزینه‌های آن‌ها تا حدودی کم شده است به خصوص زمان بستری (پزشک ۱۰).

## بحث

در مطالعه حاضر اکثر پزشکان و اعضای تیم سلامت بر این باورند که مهمترین هدف پزشک خانواده دسترسی عادلانه مردم به خدمات سلامت در قالب نظام ارجاع است تا بدین ترتیب نیازهای مردم در سطح اول

سلامت تامین گردد. ولی متأسفانه در مرحله پیاده‌سازی طرح پزشک خانواده و بعد از آن هم توجه اساسی و جدی به مسائل و مشکلات موجود نشده است. ه درون مایه عوامل مدیریتی حاصل شده از این پژوهش حاکی از آن است که گرچه سطح دو ارجاعی سطحی تخصصی است که باید به نیازهای بهداشتی درمانی ارجاع شده از سطح یک پاسخ دهد، ولی به دلیل ضعف در تعیین خط مشی‌ها این وظیفه به نحو مطلوبی انجام نمی‌گیرد و بیماران به دلایلی همچون مدت زمان ناکافی حضور پزشکان متخصص در کلینیک‌ها و درمانگاه‌ها، برخورد نامناسب، توجیه نبودن پرسنل مستقر در این سطح و بعضی برخورد‌های نامناسب ارائه دهندگان خدمت از این سیستم ناراضی هستند و از طرف دیگر عدم ارائه پاسخ‌رساند خدمات ارائه شده به بیماران ارجاع شده از سطح یک باعث شده که ارائه و ادامه مراقبت‌ها در سطح یک با مشکل مواجه شود، علاوه بر آن افراد از بار آموزشی که ناشی از تشخیص پزشک متخصص سطح دو است بهره‌مند نمی‌شوند. در مطالعه‌ای که توسط جنتی و همکارانش در شهرستان مراغه تحت عنوان بررسی نقاط قوت و ضعف این برنامه انجام شد یکی از مهم‌ترین نقاط ضعف موجود در این برنامه ناقص بودن نظام ارجاع و عدم ارائه بازخورد مناسب توسط پزشکان متخصص به پزشکان خانواده عنوان شده است (۷) همچنین یافته‌های مطالعه انجام شده توسط دکتر امیری تحت عنوان رضایتمندی متقابل پزشکان و اعضای تیم سلامت نشان داده است که پزشکان خانواده از کمیت و کیفیت موارد ارجاعی از سطح ۲ ناراضی‌اند (۱۵).

در طبقه اصلی سازماندهی، محول نمودن وظایف غیر مرتبط مطرح است. در این مطالعه تعدادی از پزشکان معتقد بودند با توجه به محدودیت‌های موجود در مناطق روستایی و محول نمودن وظایف متعدد به پزشکان و اعضا تیم او و به‌خصوص بعد مسافت در بعضی از روستاها، امکانات اورژانس جهت ارائه خدمات فوری یا وجود ندارد یا محدود است به گونه‌ای که ارائه مراقبت‌ها به بیماران

خانواده، ۱۳/۵ درصد متخصص داخلی، ۵/۴ درصد متخصص زنان و زایمان و ۳ درصد را جراح عمومی و ۵۸/۹ درصد را بقیه پزشکان عمومی و سایر تخصص‌ها تشکیل می‌دهند در حالی که در مطالعه حاضر تمامی پزشکان خانواده، پزشکان عمومی بوده و ماما و بهورز نیز به عنوان اعضای تیم سلامت او را یاری می‌کنند. تجربه اجرای برنامه پزشک خانواده در کانادا نشان می‌دهد که پزشکان خانواده برای ارائه خدمات با کیفیت بالا و مستمر به بیماران و امکان برنامه ریزی و مدیریت زمان جهت پرداختن به همه خدمات حاد و مزمن و مراقبت‌های پیشگیری نیازمند همکاری سایر متخصصین و اعضای تیم سلامت و حتی خانواده‌ها هستند (۱۷).

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که اکثر پزشکان و ماماها نگاه بیمه به این برنامه را نگاه ابزاری می‌دانند به گونه‌ای که به مراقبت‌ها و ارائه خدمات به مردم به عنوان یک بنگاه اقتصادی نگاه می‌کنند. در مطالعه‌ای که توسط جباری و همکارانش تحت عنوان نگاهی بر عملکرد پزشک خانواده روستایی در ایران انجام گرفت میزان رضایت‌مندی از سازمان‌های بیمه خدمات درمانی و موسسات مرتبط در برنامه پزشک خانواده توسط پزشک و مامای این برنامه به ترتیب ۴۸/۷ و ۴۰/۸ درصد گزارش گردید (۱۸). که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد. در طبقه اصلی ارزشیابی، نظارت بیشتر بر نحوه ارائه خدمات و رضایت از بازدید کارشناسان حاصل شد به طوری که اکثر پزشکان خانواده و اعضای تیم سلامت بازدید کارشناسان مراکز بهداشت را بسیار خوب و مفید ارزیابی نموده‌اند و معتقدند بازدید کارشناسان منجر به افزایش سطح آگاهی مهارت و سهولت در خدمات رسانی به مردم و برطرف نمودن مشکلات اداری رفاهی و پشتیبانی توسط ایشان می‌شود.

درون مایه منافع عمومی، درون مایه دوم حاصل از این پژوهش است که شامل ۲ طبقه اصلی منافع بهداشتی درمانی و منافع اقتصادی می‌باشد در طبقه اصلی منافع بهداشتی درمانی، یافته‌ها نشان می‌دهد که تعدادی از

در مواقع اورژانس دچار مشکل جدی می‌گردد. نتایج مطالعه‌ای که در شهر یاسوج انجام گرفت نشان داد که ۶۰ درصد پزشکان آن شهرستان معتقدند، برای موارد اورژانس در طرح پزشک خانواده پیش‌بینی‌های لازم صورت نگرفته است (۱۶). که با نتایج پژوهش حاضر مشابهت دارد.

در طبقه اصلی برنامه‌ریزی نیروی انسانی، موضوع دسترسی به پزشکان و اعضای تیم سلامت مطرح شد. همان‌گونه که در متن برنامه وجود دارد یکی از وظایف نظام بهداشتی درمانی تامین دسترسی سهل و سریع جامعه به خدمات می‌باشد یعنی خدمات در نزدیکترین مکان، محل کار و زندگی خدمت گیرندگان برده شود که در این زمینه پزشک خانواده تاثیر مثبتی داشته است. به طوری که دسترسی به پزشک ماما و پوشش بیمه‌ای در مراکز بهداشتی درمانی روستایی افزایش یافته است، در مطالعه‌ای هم که در کرمان انجام شد. دسترسی گیرندگان خدمات با برنامه پزشک خانواده زیادتر شده است (۶).

بر اساس نتایج حاضر در طبقه برنامه‌ریزی نیروی انسانی، مسئله اشکال در ساختار اعضای تیم سلامت و عدم به کارگیری کلیه شاغلان تیم سلامت مطرح شد به گونه‌ای که عدم همکاری برخی از اعضای تیم سلامت و عدم وجود سایر کادر بهداشتی درمانی نظیر بهداشت محیط و حرفه‌ای از دید عده‌ای از پزشکان و ماماها به عنوان یک مشکل مطرح شده است به گونه‌ای که ارائه خدمات این چینی و یا حداقل نظارت بر این خدمات بر عهده پزشک و سایر اعضای گذاشته شده است که خود به عنوان یک وظیفه غیر مرتبط که جهت ارزشیابی آن آموزشی ندیده‌اند یا اطلاعات محدودتری دارند، مطرح است. داده‌های مربوط به اجرای برنامه پزشک خانواده در ایالات متحده آمریکا نشان می‌دهد که به‌طور متوسط بیش از ۶۰ درصد از منابع عمومی برای مراقبت از بیماری‌های مزمن به پزشکان خانواده و عمومی اختصاص یافته است براساس این مطالعه از کل پزشکان همکاری‌کننده با طرح پزشک خانواده ۱۲ درصد متخصص پزشک

در حیطه کاهش هزینه‌های درمان ۶۵/۱ درصد گزارش شده (۱۹) که با نتایج پژوهش حاضر مشابهت دارد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر تفاوت حالات درونی نمونه‌های شرکت‌کننده به هنگام پاسخگویی بوده که می‌تواند در چگونگی پاسخ آنان تاثیر گذار بوده باشد. لذا پژوهشگر سعی نموده با فراهم کردن شرایط کاملاً راحت، دادن فرصت زمانی مناسب به مددجو و باز نمودن سوالات تا حدودی این متغیر را کنترل نماید. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش برگزاری آموزش‌های توجیهی برای کلیه افراد درگیر در برنامه اعم از اعضای تیم سلامت و مردم، استفاده از پرونده‌های الکترونیکی به جای پرونده‌های سنتی با هدف دسترسی سریع‌تر پزشکان به اطلاعات بیماران و ارتقاء کیفی ارائه خدمات و همچنین بازنگری برنامه در خصوص رفع نواقص سیستم ارجاع و شرح وظایف کارکنان و زمان‌سنجی آرایه خدمات مربوط به هر رشته شغلی پیشنهاد می‌شود.

## سپاسگزاری

بدینوسیله از معاونت محترم آموزش و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی اراک که طرح حاضر را با شماره ۶۸۳ مورد تصویب و حمایت مالی قرار داده و همچنین کلیه شرکت‌کنندگان عزیز تقدیر و تشکر می‌گردد.

## References

1. Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Nahvi Juy A, et al. Familiarity of rural people engaged in rural assurance towards principles, facilities, and conditions of rural assurance in family physician (Fp) program in northern provinces of Iran-2008. J North Khorasan Univ Med Sci 2010; 2(2-3): 33-38 (Persian).
2. Irannejad Parizi M, M, Sasangohar P. Organization and Management: Theory and

پزشکان ثبات و شناخت بیشتر جمعیت تحت پوشش را عامل مهمی در شناخت بیماری‌ها و پیگیری بهتر و درمان مطلوب‌تر دانسته‌اند، در حالی که به دلیل جابجایی‌هایی که انجام شده که گاهاً بدلیل درخواست فرد یا نیاز سیستم بوده باعث شده که آنان نتوانند برنامه‌ریزی مناسبی جهت ارتقاء برنامه‌های بهداشتی داشته باشند که نتایج این پژوهش با نتایج امیری و همکارانش که نشان داده جابه‌جایی‌های مکرر پزشکان سبب گردیده که پزشکان نتوانند برنامه‌ریزی صحیحی جهت ارتقاء شاخص‌های بهداشتی و جلب همکاری هیات امناء و اعضاء تیم سلامت داشته باشند، همخوانی دارد (۱۵). اکثر اعضاء تیم سلامت در پژوهش حاضر معتقدند که ارتقاء شاخص‌های بهداشتی که یکی از موارد نیازمند اصلاحات در نظام سلامت در قالب برنامه پزشک خانواده است، بسیار چشم‌گیر بوده است.

طبقه اصلی منافع اقتصادی دومین طبقه اصلی درون مایه منافع عمومی در این پژوهش است. اکثر پزشکان و اعضاء تیم سلامت اذعان داشتند که در این برنامه علاوه بر کاهش هزینه مراقبتی در سطح یک به‌طور چشمگیری هزینه‌های بستری و اقدامات تشخیصی کاهش یافته است. تحقیقات انجام شده در شاهرود و کرمان نشان داده که تا حدودی از مراجعات غیر ضروری به سطح بالاتر کاسته شده است که باعث کاهش هزینه‌های سنگین سطح دوم شده است (۱۶،۶). در اصفهان رضایت روستائیان

Practice. Tehran: Iran Banking Institute; 2003. (Persian).

3. Alipour A, Habibian N, Tabatabaee SR. Evaluation the impact of family physician care program on family planning in Sari from 2003 to 2007. Iran J Epidemiol 2009; 5(1): 52-59 (Persian).
4. Lindner JR. Understanding employee motivation. Journal of Extension 1998; 36(3). Available from: <http://www.joe.org/joe>. Accessed September 10, 2011.

5. Kushnir T, Cohen AH. Job structure and burnout among primary care pediatricians. *Work* 2006; 27(1): 67-74.
6. Khosravi S, Amiresmaeili M, Yazdi Feyzabadi V. Performance evaluation and insurance plans of rural family physicians: case study of kerman medical sciences university. Seminar on the Role of Family Physicians in Health Systems. 1<sup>st</sup>. 2012, Jun, 13-14; Mashhad, Iran.
7. Janati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani MR, Vakili S. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. *Knowledge & Health* 2010; 4(4): 39-44 (Persian).
8. Neuendorf KA. *The Content Analysis Guidebook*. New Yourk: SAGE Publications; 2002.
9. Streubert Speziale H, Carpenter DR. *Qualitative research nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott; 2007.
10. Burns N, Grove SK. *Understanding nursing research*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders; 2005.
11. Burns N, Grovs S. *Practice of nursing Redearch conduct, critique and utilization*. 5<sup>th</sup> rd. Philadelphia: WB sanders; 2005.
12. stemler S. An overview of content analysis, practical assessment, research and evaluation. (Report), 2001. Available at: <http://pare online.net/getvn.asp>. Accessed July 8, 2009.
13. Polit DF, Beck CT. *Essentionals of nursing research metods, Appraisal and utilization*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
14. Wheeler S. *Qualitative research in nurs*. 2<sup>th</sup> ed. Edinburgh: black well; 2002.
15. Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family Physician: the mutual satisfaction of Physician and health care team workers. *Razi Journal of Medical Sciences* 2012; 18(92): 23-30 (Persian).
16. Masoudi Asl I. Perspective of the Family Practice Physicians Committee contracted Imam Khomeini. *Journal of Social Medicine* 2003; 3(14): 4-10 (Persian).
17. Pimlott N. Who has time for family medicine? *Can Fam Physician* 2008; 54(1): 14-16.
18. Jabari A, Sharifirad Gh, Shokri A, Bahmanziari N, Kord A. View of family medicine in rural in iran. *Health Information Management* 2012; 9(7): 14-20 (Persian).
19. Najimi A, Alidoosti M, Sharifirad G. Study of Knowledge, Attitude, and Satisfaction toward the Family Physician Program in Rural Regions of Isfahan, Iran. *J Health Syst Res* 2012; 7(6): 883-890 (Persian).