

Reviewing the Challenges of Family Physician Program from the Perspective of Managers and Doctors in North Khorasan province 2017

Mohammadian M¹, Vafae Najar A², Nejat-zadehgan Eidgahi Z³, Jajarmi H⁴, Hooshmand E⁵

Abstract

Purpose: The family physician program, which was implemented in the country from 2005, was aimed at reforming the health system of the country. The aim of this study was to determine the challenges of rural family physicians from the viewpoint of managers and practitioners working in the North Khorasan province in 2017.

Method: This research is a descriptive-analytic study. In this study, a questionnaire was used to determine the challenges of family physician program from the viewpoint of managers and practitioners working, in nine comprehensive planning areas, health insurance system, compensation services, performance evaluation, facilities and amenities, Recruiting and maintaining human resources, information system, culture and financing. The questionnaires were used for all 65 family physician and 86 family physicians from North Khorasan. The findings of this quantitative study were analyzed using descriptive statistics and Chi-square and Mann-Whitney tests at a significant level of 0.05.

Results: The biggest challenge was observed in comprehensive planning (3.79 ± 0.72). Also, Maximum means difference in challenges between director and physicians was in compensation (0.97 ± 0.11). The biggest challenges from the perspective of family doctors was in the areas of compensation (4.01 ± 0.79). The biggest challenges from the perspective of directors were in the areas of finance (3.73 ± 0.77).

Conclusion: Considering that most of the challenges identified in this study are important and approved by managers and physicians. By utilizing the results of this study and similar studies, attention should be paid to the clarity in policy guidelines and memoranda, attention to the motivational needs and educational needs of family physicians, review and improve the methods for collecting environmental information and Evidence-based decision making in order to addresses the issues and challenges of family physician policy.

Keywords: Challenges, Family Physician Program, North Khorasan

Received: 2017.05.07; Accepted: 2017.11.11

بررسی چالش های طرح پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و پزشکان در استان خراسان شمالی، ۱۳۹۵

محترم محمدیان^۱، علی وفايي نجار^۲، زهره نجات زادگان عیدگاهی^۳، حسین جاجرمی^۴، الهه هوشمند^۵

هدف: برنامه پزشک خانواده که از سال ۱۳۸۴ در کشور به اجرا درآمده است با هدف اصلاحات نظام سلامت کشور انجام شد. مطالعه حاضر با هدف تعیین چالش های نظام پزشک خانواده روستایی از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در طرح در استان خراسان شمالی در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است. در این مطالعه جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه ای استفاده گردید که به منظور تعیین چالش های طرح پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در ۹ حوزه برنامه-ریزی جامع، نظام بیمه درمان، جبران خدمات، ارزیابی عملکرد، امکانات و تسهیلات رفاهی، جذب و حفظ نیروی انسانی، نظام اطلاعات، فرهنگ و تامین مالی تنظیم شده است. پرسشنامه ها برای کلیه ۶۵ مدیر طرح پزشک خانواده و ۸۶ پزشک خانواده خراسان شمالی به کار گرفته شد. یافته های این مطالعه کمی با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های کای دو و من-ویتنی در سطح معنی داری ۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته‌ها: در مجموع بزرگترین چالش در حوزه برنامه ریزی جامع ($3/0 \pm 79/72$) بود. همچنین بیشترین تفاوت دیدگاه در بین مدیران و پزشکان در حوزه جبران خدمات ($0/0 \pm 97/11$) بود. شایان ذکر است بزرگترین چالش از دیدگاه پزشکان در حوزه جبران خدمات ($4/0 \pm 01/79$)، بزرگترین چالش از دیدگاه مدیران در حوزه تامین مالی ($3/0 \pm 73/77$) تعیین گردید.

نتیجه‌گیری: توجه به اینکه اکثر چالش های شناسایی شده در این مطالعه با اهمیت هستند و مدیران و پزشکان آن ها را تأیید کرده اند، بایستی با بهره گیری از نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه از طریق توجه به شفافیت بیشتر در دستورالعمل ها و تفاهم نامه های اجرایی سیاست، توجه به نیازهای انگیزشی و نیازهای آموزشی پزشکان خانواده، بازنگری و بهبود روش های جمع آوری اطلاعات محیطی و تصمیم گیری مبتنی بر شواهد به رفع مسائل و چالش های سیاست پزشک خانواده پرداخت.

کلمات کلیدی: چالش، طرح پزشک خانواده روستایی، خراسان شمالی

نویسنده مسئول: الهه هوشمند، HoushmandE@mums.ac.ir

- آدرس: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مرکز تحقیقات مدیریت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت
- ۱- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
 - ۲- دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
 - ۳- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
 - ۴- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
 - ۵- استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

مقدمه

جنسی، ویژگی های اقتصادی، اجتماعی می باشد (۳). در برنامه پزشک خانواده، پزشک عمومی و تیم وی، مسئولیت کامل سلامت افراد و خانواده های تحت پوشش خود را بر عهده دارند (۴). پزشک خانواده سلسله‌ای مشخص از خدمات بهداشتی-درمانی-ارتقای را به عنوان حداقل برای همه کسانی که در پوشش خود دارد، تعهد می کند و فراتر این محدوده فنی، فرد را برای بهره گیری از خدمات تکمیلی- تخصصی به سطوح دیگر ارجاع می‌دهد و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز به عهده دارد (۲) طرح پزشک خانواده دارای مزایای بسیاری است که می تواند در ارتقا سطح سلامت جامعه نقش بسیار مهمی را ایفا نماید (۴). البته این طرح در برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی خالی از اشکال نبوده و دارای چالش هایی است که لزوم توجه سیاست-گذاران را به منظور انجام اصلاحات گوشزد می‌کند. اجرای طرح پزشک خانواده، در اکثر کشورهایی که این طرح را به اجرا در آورده‌اند با مشکلات و چالش های عدیده‌ای نیز همراه بوده است (۵). برای مثال در سال های اخیر، پزشکان خانواده کشورهایی چون انگلستان و هلند به حقوق ناکافی و شرایط کاری دشوار خود معترض بودند (۶). همچنین مطالعات بسیاری نیز در کشورهای دیگر به

اصلاح نظام سلامت، در دهه های گذشته موضوع مورد علاقه همه کشورهای جهان، به ویژه کشورهای در حال توسعه بوده است. محتوای این اصلاحات به خصوص در کشورهای در حال توسعه باید گذشته از برقراری عدالت و افزودن به کارایی و اثربخشی خدمات، تغییر در روش های تامین مالی و عدم تمرکز را به عنوان شاخص ترین تغییر در اصلاح ساختار و عملکرد مدیریت مضمون کار خویش قرار دهد (۱). در ایران نیز اصلاحات هدفمند در حوزه نظام سلامت با اجرای بیمه خدمات درمانی خانوارها و طرح پزشک خانواده با هدف بهبود کارایی، برقراری عدالت در برخورداری مردم از خدمات بهداشتی و درمانی، محافظت مردم در برابر مخاطرات مالی ناشی از بیماری ها، تامین مالی پایدار و اصلاح نظام پرداخت ها در سال ۱۳۸۴ در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت صورت گرفته است (۲).

در طرح پزشک خانواده، سلامت نگر محور فعالیت-های پزشک محسوب می گردد (۳). هدف کلی این طرح، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و ارائه‌ی خدمات سلامتی در حدود بسته تعریف شده، به فرد، خانواده و جامعه تحت پوشش، صرف نظر از تفاوت های سنی،

سملقان) مورد مطالعه قرار گرفتند. جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه با استفاده از پرسشنامه صورت گرفت که روایی آن در مطالعه نجات زادگان و همکاران مورد تایید قرار گرفته است (۵). برای تعیین پایایی ابزار، پرسشنامه توسط ۲۲ نفر از اعضاء جامعه مورد پژوهش تکمیل شد که آلفای کرونباخ بدست‌آمده (همبستگی درونی) برابر با ۰/۹۲ شد که در جدول مربوطه ارائه شده است (جدول ۱).

پرسشنامه پزشکان و مدیران، شامل دو بخش بود. بخش نخست آن حاوی اطلاعات جمعیت شناختی و بخش دوم شامل ۴۲ سوال تخصصی که در قالب ۹ حوزه برنامه ریزی جامع، نظام بیمه درمان، جبران خدمات، ارزیابی عملکرد، امکانات و تسهیلات رفاهی، جذب و حفظ نیروی انسانی، نظام اطلاعات، فرهنگ و تامین مالی تنظیم شده است. جهت امتیازدهی پاسخ سوالات اختصاصی از مقیاس لیکرت به صورت بسیار موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و بسیار مخالفم (به ترتیب نمره ۵ تا ۱) استفاده شد. وجود چالش‌ها با نمرات ۲/۳۰ - ۱- ضعیف، ۳/۶۵ - ۲/۳۱ متوسط و ۵-۳/۶۶ قوی قلمداد شد. در این مطالعه به منظور رعایت مسائل اخلاقی سعی شد پس از جلب رضایت و موافقت افراد از آنها درخواست شود نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام نمایند، در ضمن کلیه تضمین‌های لازم به منظور اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات پرسشنامه انجام گرفت (برای تکمیل پرسشنامه نیازی به ذکر نام نبود). داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم افزار SPSS V22 شده است، با توجه به اینکه نوع مطالعه توصیفی-تحلیلی بود، لذا برای پی بردن به نظرات هر گروه از جمعیت مورد بررسی از آمار توصیفی (مشمول بر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و برای مقایسه درصدها و میانگین‌ها (آمار تحلیلی) از آزمون‌های آماری کای دو و من-ویتنی استفاده شد. سطح معناداری در کلیه آزمون ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

براساس جامعه آماری (مدیران ۶۵ نفر و پزشکان ۸۶ نفر) نتایج آزمون کای دو بر اساس جنسیت، وضعیت تاهل و شهرستان محل خدمت به تفکیک در جدول مربوطه تدوین شده است (جدول ۲). p -مقدار براساس وضعیت تاهل و شهرستان محل خدمت کوچکتر از ۰/۰۵ است. به

چالش‌هایی از قبیل بارکاری زیاد، پرداخت‌های مالی ناکافی، کاغذ بازی و بوروکراسی پرداخته‌اند (۷) در ایران نیز مطالعات متعددی نشان از عدم رضایت دریافت‌کنندگان خدمات از مجموعه این طرح دارند، برای مثال در مطالعه عبادی فردآذر تنها ۴۶٪ از مراجعه‌کنندگان از برنامه پزشک خانواده رضایت داشتند (۸) و در مطالعه مطلق و همکاران رضایت پزشکان خانواده در سطح پایین ارزیابی شد (۹) که این نارضایتی می‌تواند باعث ترک کار و کناره‌گیری پزشکان خانواده شود، به طوری که براساس اعلام نظر نایب رئیس انجمن پزشکان عمومی سالانه شاهد ریزش ۳۰ تا ۳۵ درصد از پزشکان خانواده هستیم (۱۰). همچنین در مطالعه گل‌علیزاده و همکاران (۱۱) که به صورت کیفی انجام شده بود مهمترین چالش‌های برنامه پزشک خانواده، آگاهی پایین مردم نسبت به این برنامه، مشکلات مدیریتی و چالش‌های مربوط به واحدها و کارکنان سطح دو ارجاع، بیان شد (۱۲). همچنین در مطالعات متعددی بسیاری از مولفه‌های پزشک خانواده از جمله ملزومات و تجهیزات اداری و پزشکی، ارجاع بیماران و پیگیری آن‌ها، تکمیل پرونده سلامت جمعیت تحت پوشش، ارائه پس‌خوراند ارجاع از سطح دو و صدور گواهی فوت کمتر از حد انتظار بوده است (۱۳). در مجموع، گرچه اجرای طرح پزشک خانواده یک اقدام اساسی و یک تحول مهم در بحث بیمه درمان روستاییان و ارائه خدمات بهداشتی درمانی و نظام ارجاع در کشور محسوب می‌شود اما شواهد حاکی از آن است که اگر این چالش‌ها و تهدیدهای موجود به موقع شناسایی نشوند و مداخله‌ای صورت نگیرد، ممکن است فقط اسمی از این طرح باقی بماند (۱۴، ۱۵)، بنابراین مطالعه حاضر در قالب یک مطالعه کمی به بررسی چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در طرح در استان خراسان شمالی در سال ۱۳۹۵ پرداخته است.

روش بررسی

پژوهش حاضر، یک پژوهش کمی (توصیفی-تحلیلی) است که در سال ۱۳۹۵ انجام گرفته است. در این مطالعه کلیه پزشکان خانواده ۸۶ نفر و مدیران ۶۵ نفر شاغل در طرح در استان خراسان شمالی در ۷ شهرستان (بجنورد، شیروان، فاروج، گرمه، جاجرم، رازوجرگلان و مانه و

جدول ۱: جزئیات هر محور

حوزه ها	آلفا کرونباخ
برنامه ریزی جامع	۰/۶۶
نظام بیمه درمان	۰/۵۰
جبران خدمات	۰/۵۹
ارزیابی عملکرد	۰/۸۲۵
امکانات و تسهیلات	۰/۷۸۲
جذب و حفظ نیروی انسانی	۰/۶۰
نظام اطلاعات	۰/۵۸
فرهنگ	۰/۶۹
تامین مالی	۰/۶۸
کل	۰/۹۲

جدول ۲: فراوانی ویژگی های جمعیت شناختی پزشکان و مدیران خراسان شمالی در سال ۱۳۹۵

مشخصات	پزشکان تعداد (درصد)	مدیران تعداد (درصد)	p-مقدار
جنسیت	زن ۴۵ (۵۲/۳)	۳۶ (۵۵/۴)	۰/۷۰
	مرد ۴۱ (۴۷/۷)	۲۹ (۴۴/۶)	
وضعیت تأهل	متاهل ۴۴ (۵۱/۲)	۵۶ (۸۶/۲)	۰/۰۰
	مجرد ۴۲ (۴۸/۸)	۹ (۱۳/۸)	
شهرستان محل خدمت	بجنورد ۱۵ (۱۷/۴)	۱۳ (۲۰)	۰/۰۰
	شیروان ۲۲ (۲۵/۶)	۰	
	فاروج ۲ (۲/۳)	۱۱ (۱۶/۹)	
	گرمه ۵ (۵/۸)	۸ (۱۲/۳)	
رازوجرگلان مانه و سملقان	۸ (۹/۳)	۹ (۱۳/۸)	۰/۰۰
	۱۵ (۱۷/۴)	۱۱ (۱۶/۹)	
	۱۹ (۲۲/۱)	۱۱ (۱۶/۹)	

نتایج آزمون کای دو در این مرحله از پژوهش نشان داد که بین وضعیت تأهل و نوع گروه (پزشک یا مدیر) و بین شهرستان محل خدمت و نوع گروه رابطه معناداری وجود دارد به این معنی که بیشتر پزشکان و مدیران متأهل بودند و بیشتر پزشکان در شهرستان شیروان و بیشتر مدیران در شهرستان بجنورد مشغول به کار بودند.

جدول ۳: سن و سابقه فعالیت در پزشکان خانواده و مدیران خراسان شمالی، ۱۳۹۵

مشخصات	پزشکان		مدیران
	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	
سن (سال)	۳۲/۴±۷/۶	۳۶/۲±۶/۳	۰/۰۰
سابقه فعالیت در طرح پزشک خانواده (ماه)	۳۴/۵±۲۷/۹	۹۱/۲±۴۴/۱	۰/۰۰
مدت خدمت به طور مستمر (ماه)	۲۵/۵±۲۳/۲	۶۷/۲±۴۵/۷	۰/۰۰

جدول ۳ سن و سابقه خدمت این افراد را نشان می دهد: نتایج آزمون در این مرحله از پژوهش نشان داد که بین میانگین سنی و نوع گروه (پزشک یا مدیر)، بین میانگین کل مدت فعالیت در طرح پزشک خانواده و نوع گروه و بین میانگین مدت خدمت به طور مستمر و نوع گروه رابطه معناداری وجود دارد به این معنی که میانگین سنی، میانگین کل مدت فعالیت در طرح پزشک خانواده و میانگین مدت خدمت به طور مستمر در مدیران بیشتر از پزشکان بوده است.

جدول ۴: چالش های طرح پزشک خانواده روستایی از دیدگاه پزشکان و مدیران خراسان شمالی، ۱۳۹۵

چالش ها	پزشکان		مدیران
	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	
برنامه ریزی جامع	۳/۹۸±۰/۷۱	۳/۵۳±۰/۶۵	۰/۰۰
۱. نبود پایلوت صحیح قبل از اجرا	۳/۹۰±۱/۰۴	۳/۸۱±۰/۸۶	۰/۳۷
۲. تغییر زیاد دستورالعمل ها	۳/۹۸±۰/۹۶	۳/۴۵±۱/۰۹	۰/۰۰
۳. عدم هماهنگی بین بخشی	۳/۹۳±۱/۱۱	۳/۵۲±۱/۰۴	۰/۰۱
۴. تمرکز در تصمیم گیری	۴/۱۱±۰/۹۰	۳/۳۱±۱/۰۸	۰/۰۰
نظام بیمه درمان	۳/۸۶±۰/۵۵	۳/۶۳±۰/۶۴	۰/۰۵
۵. عدم تناسب بسته خدمتی با حجم جمعیت	۳/۹۳±۰/۹۵	۳/۸۱±۱/۱۰	۰/۶۳
۶. عدم بومی سازی بسته خدمتی	۳/۶۹±۱/۰۲	۳/۸۱±۱/۱۹	۰/۳۰
۷. عدم احتساب اتباع افغانی در تعیین سرانه	۳/۴۶±۰/۹۶	۳/۳۵±۰/۷۶	۰/۳۵
۸. حق سرانه ی پایین به ازای جمعیت تحت پوشش	۴/۰۵±۰/۹۱	۳/۴۴±۱/۱۰	۰/۰۰
۹. کسورات بالا از طرف بیمه ها	۴/۱۷±۰/۹۲	۳/۷۳±۰/۹۰	۰/۰۰
جبران خدمات	۴/۰۱±۰/۷۹	۳/۰۴±۰/۷۶	۰/۰۰
۱۰. عدم تناسب بین اختیار و مسئولیت پزشکان	۳/۵۳±۱/۱۱	۲/۹۵±۱/۰۶	۰/۰۰
۱۱. عدم تناسب بین دستمزد پزشکان با تورم	۴/۰۶±۱/۰۹	۲/۶۰±۱/۳۱	۰/۰۰
۱۲. تأخیر در پرداخت حقوق	۴/۴۴±۰/۸۳	۳/۵۲±۱/۱۰	۰/۰۰
ارزیابی عملکرد	۳/۶۳±۰/۵۹	۳/۱۹±۰/۵۵	۰/۰۰
۱۳. پایش توسط دو وزارتخانه	۳/۷۳±۰/۹۹	۳/۳۵±۰/۸۷	۰/۰۳
۱۴. عدم تناسب بین سطح تحصیلات پایشگران و پزشکان	۳/۹۷±۱/۱۰	۲/۹۰±۱/۱۵	۰/۰۰
۱۵. تأثیر نظرات فردی پایشگر در نتایج پایش	۳/۶۱±۱/۱۴	۲/۸۱±۱/۱۹	۰/۰۰
۱۶. عدم پایش سایر کارکنان تیم پزشک خانواده	۳/۵۲±۱/۲۶	۳/۰۷±۱/۲۷	۰/۰۳
۱۷. عدم همکاری پزشکان متخصص	۳/۸۳±۱/۰۲	۳/۷۰±۱/۰۱	۰/۴۰
۱۸. عدم توجه کافی به نتایج عملکرد در پایش	۳/۷۰±۱/۰۳	۳/۱۳±۱/۱۵	۰/۰۰
۱۹. مبتنی بر شواهد نبودن شاخص های پایش	۳/۵۷±۰/۹۹	۳/۰۹±۱/۲۱	۰/۰۱
۲۰. استاندارد نبودن چک لیست های ارزشیابی	۳/۸۴±۰/۹۱	۳/۶۹±۱/۱۵	۰/۶۲
۲۱. مستندسازی صوری توسط پزشکان خانواده	۲/۹۷±۱/۱۹	۳/۷۵±۱/۰۷	۰/۰۰
۲۲. نادیده گرفتن شخصیت پزشکان	۳/۴۱±۱/۱۴	۲/۴۳±۱/۱۰	۰/۰۰

۰/۰۲	۳/۰۳±۰/۶۶	۳/۳۲±۰/۸۹	امکانات و تسهیلات رفاهی
۰/۰۴	۲/۸۷±۱/۱۲	۳/۲۷±۱/۲۹	۲۳. محیط فیزیکی کار نامناسب
۰/۰۲	۲/۵۲±۰/۸۶	۳/۰۰±۱/۲۳	۲۴. پانسیون ها نامناسب
۰/۰۰	۲/۸۴±۱/۰۴	۳/۳۸±۱/۲۶	۲۵. عدم وجود امکانات ایاب و ذهاب
۰/۳۰	۳/۸۴±۰/۸۳	۳/۷۱±۰/۹۳	۲۶. عدم وجود امکانات نگهداری از کودکان پزشکان
۰/۴۶	۳/۰۹±۱/۰۸	۳/۲۳±۱/۳۰	۲۷. ناکافی بودن تجهیزات مراکز بهداشتی
۰/۰۲	۳/۵۳±۰/۵۴	۳/۷۵±۰/۶۹	جذب و حفظ نیروی انسانی
۰/۰۲	۴/۱۳±۰/۹۹	۳/۷۶±۱/۱۰	۲۸. ناکافی بودن تعداد پزشکان دائمی
۰/۰۰	۳/۳۳±۱/۱۸	۳/۸۹±۱/۱۰	۲۹. امنیت شغلی پایین
۰/۰۱	۳/۱۸±۱/۰۷	۳/۶۲±۱/۱۱	۳۰. تمایل اندک پزشکان برای شرکت در طرح
۰/۰۴	۳/۷۶±۰/۹۱	۳/۴۹±۰/۸۹	۳۱. لغو قرارداد توسط پزشک به راحتی
۰/۰۰	۳/۲۳±۱/۱۶	۴/۰۱±۱/۱۰	۳۲. پایین بودن جذابیت برای ماندگاری پزشکان
۰/۱۷	۳/۴۱±۰/۷۷	۳/۵۹±۰/۷۷	نظام اطلاعات
۰/۰۰	۳/۳۵±۱/۰۹	۴/۳۵±۰/۷۸	۳۳. زمان بر بودن فرایند ثبت اطلاعات
۰/۰۰	۳/۴۷±۰/۹۵	۲/۸۷±۱/۱۶	۳۴. مستندسازی صوری توسط پزشکان
۰/۱۴	۳/۵۵±۰/۸۰	۳/۶۵±۱/۰۰	فرهنگ
۰/۴۰	۳/۱۳±۱/۱۴	۳/۲۹±۱/۲۷	۳۵. عدم اعتماد کافی مردم به پزشک خانواده
۰/۹۷	۳/۷۰±۰/۹۹	۳/۶۵±۱/۱۰	۳۶. نادیده گرفته شدن نظام ارجاع در سطوح بالاتر
۰/۰۰	۳/۶۴±۱/۰۸	۴/۱۱±۱/۲۳	۳۷. عدم آموزش کافی به مردم
۰/۸۰	۳/۴۱±۱/۱۷	۳/۳۳±۱/۲۵	۳۸. عدم آموزش کافی مسائل بهداشتی به پزشکان
۰/۶۵	۳/۸۷±۰/۸۹	۳/۸۳±۱/۲۰	۳۹. توجه ناکافی پزشکان متخصص در مورد نظام ارجاع
۰/۵۲	۳/۷۳±۰/۷۷	۳/۷۱±۱/۰۰	تأمین مالی
۰/۹۷	۳/۸۴±۰/۹۵	۳/۷۵±۱/۲۰	۴۰. عدم تمایل متخصصان برای همکاری در طرح
۰/۵۳	۳/۸۳±۰/۸۹	۳/۸۴±۱/۱۴	۴۱. مشارکت محدود بخش خصوصی
۰/۷۲	۳/۵۲±۰/۹۶	۳/۵۵±۱/۱۱	۴۲. عدم استقبال پزشکان برای مشارکت در برنامه

طرح پزشک خانواده و میانگین مدت خدمت به طور مستمر در مدیران بیشتر از پزشکان بوده است. همچنین نتایج آزمون من-ویتنی با توجه به میانگین و انحراف - معیار چالش های طرح پزشک خانواده روستایی از دیدگاه پزشکان و مدیران و اختلاف آن در جامعه مورد پژوهش در جدول مربوطه ارائه شده است (جدول ۴).

بحث و نتیجه گیری

به طور کلی نتایج این مطالعه کمی نشان داد میانگین نمرات چالش ها در سه حوزه برنامه ریزی جامع، نظام بیمه درمان و تامین مالی بیشتر از ۳/۶۶ بود و میانگین نمرات چالش ها در حوزه های جذب و حفظ نیروی انسانی، فرهنگ، جبران خدمات، نظام اطلاعات، ارزیابی عملکرد و امکانات و تسهیلات رفاهی بین ۲/۳۱-۳/۶۵ بوده است، همچنین اهمیت چالش ها از بیشترین تا

استناد این یافته ها آماری می توان گفت که بیشتر پزشکان و مدیران متاهل بودند و بیشتر پزشکان در شهرستان شیروان و بیشتر مدیران در شهرستان بجنورد مشغول به کار بودند. نتایج آزمون من-ویتنی با توجه به سن، کل مدت خدمت در طرح پزشک خانواده (ماه) و مدت خدمت به طور مستمر (ماه) براساس جامعه آماری (مدیر، پزشک) در جدول مربوطه ارائه شده است (جدول ۳). p - مقدار براساس سن، کل مدت خدمت در طرح پزشک خانواده و مدت خدمت به طور مستمر کوچکتر از ۰/۰۰۵ است. به استناد این یافته ها آماری می توان گفت که بین میانگین سنی و جامعه آماری، میانگین کل مدت فعالیت در طرح پزشک خانواده و جامعه آماری، میانگین مدت خدمت به طور مستمر و جامعه آماری رابطه معنی دار آماری وجود دارد به این معنی که میانگین سنی، میانگین کل مدت فعالیت در

نامه خدمات سطح یک روستاییان و عشایر و پیرو آن، تاخیر در اجرای مفاد و بندهای قانونی آن در طول سال است (۱۶) بزرگترین چالش از دیدگاه پزشکان نیز در این زیر مفهوم کسورات بالا از طرف بیمه ها است که با مطالعه نجات زادگان و همکاران مطابقت دارد (۵). یکی دیگر از چالش های بزرگ این حوزه عدم تناسب بین بسته خدمتی و حجم جمعیت است که با مطالعه ون درورت همخوانی دارد (۱۷) همچنین پایین بودن حق سرانه به ازای جمعیت تحت پوشش یکی دیگر از چالش های بزرگ حوزه نظام بیمه درمان است که در مطالعه مهرالحسنی و همکاران به آن اشاره شده است (۱۶) بزرگترین چالش از دیدگاه مدیران در زیر مفهوم عدم بومی سازی بسته خدمتی است که پیشنهاد می شود مسئولان با کمک پزشکان و مدیران هر منطقه ای، بسته خدمات را متناسب با ساختار فرهنگی و اجتماعی آن منطقه بومی سازی نمایند. در این حوزه بیشترین اختلاف دیدگاه بین پزشکان و مدیران در در زیر مفهوم پایین بودن حق سرانه به ازای جمعیت تحت پوشش اعتبارات است که این اختلاف معنادار است ($p < 0.001$) که نشان می دهد پزشکان معتقدند حقوق دریافتی آن ها کم است، در حالی که مدیران که پرداخت کننده حقوق هستند کمتر این چالش را تأیید کرده اند که این مساله با مطالعه هوشمند و همکاران مطابقت دارد (۱۸).

حوزه جبران خدمات: بزرگترین چالش در این حوزه، تأخیر در پرداخت دستمزد پزشکان خانواده است، در مطالعات دیگر نیز مورد تأکید قرار گرفته است (۱۹). یکی از چالش های متوسط این حوزه عدم تناسب بین دستمزد پزشکان خانواده با تورم، مدرک تحصیلی، سختی کار و مسئولیت است که در مطالعه هوشمند و همکاران عدم تناسب بین دستمزد پزشکان خانواده با تورم، مدرک تحصیلی، سختی کار و مسئولیت، بزرگترین چالش در حوزه جبران خدمات می باشد (۱۸). همچنین عدم تناسب بین اختیار و مسئولیت پزشکان یکی دیگر از چالش های متوسط حوزه جبران خدمات است که در مطالعه مهرالحسنی و همکاران به آن اشاره شده است (۱۶) که به اعتقاد پزشکان محدودیت های ایجاد شده از سوی مسئولان همچون حداکثر تعداد اقلام دارویی که باید در نسخه نوشته شود، میزان ارجاع، مراکز طرف قرارداد بیمه روستایی جهت ارجاع، کاربردی نبودن پایش

کمترین به ترتیب عبارتند از: برنامه ریزی جامع ($3/79 \pm 0/72$)، نظام بیمه درمان ($3/0 \pm 76/60$)، تامین مالی ($3/72 \pm 0/91$)، جذب و حفظ نیروی انسانی ($3/65 \pm 0/64$)، فرهنگ ($3/0 \pm 61/92$)، جبران خدمات ($3/59 \pm 0/91$)، نظام اطلاعات ($3/0 \pm 51/77$)، ارزیابی عملکرد ($3/0 \pm 44/61$)، امکانات و تسهیلات رفاهی ($3/20 \pm 0/81$). در ذیل در رابطه با هر حوزه به تفکیک بحث شده است:

حوزه برنامه ریزی جامع: در این حوزه بزرگترین چالش، نبود پایلوت صحیح قبل از اجرا ($3/0 \pm 86/97$) می باشد که با مطالعه عرب و همکاران مطابقت دارد (۷). همچنین در مطالعه نجات زادگان و همکاران نیز بزرگترین چالش در حوزه برنامه ریزی جامع، عدم پایلوت صحیح قبل از اجرا است که بیانگر این است که زمینه سازی کافی برای اجرای طرح پزشک خانواده صورت نگرفته است که خود می تواند مشکلات دیگری را ایجاد کند (۵)

بزرگترین چالش از دیدگاه پزشکان در زیر مفهوم تمرکز در تصمیم گیری است که طبق مطالعه مطلق و همکاران، پزشکان از میزان استفاده واحدهای ستادی از نظرات و تجربیات آنها در اصلاح و تقویت برنامه های بهداشتی ناراضی هستند (۹). همچنین تغییر زیاد دستورالعمل های اجرایی یکی دیگر از چالش های بزرگ حوزه برنامه ریزی جامع است که این چالش خود می تواند براساس نتایج مطالعه پورشیروانی و همکاران یکی از دلایل عدم برنامه ریزی و عدم زمینه سازی کافی برای اجرای طرح پزشک خانواده در سطح کشور باشد (۷) یکی دیگر از چالش های بزرگ این حوزه عدم وجود هماهنگی بین بخشی لازم بین وزارت بهداشت و سازمان بیمه است که در مطالعه عرب و همکاران نیز به عدم وجود تعامل و هماهنگی بین وزارت بهداشت و وزارت رفاه (سازمان بیمه) اشاره شد است (۷)، که این مساله سبب بروز مشکلاتی همچون هماهنگ نبودن دو وزارتخانه در اجرای صحیح برنامه پزشک خانواده، پرت مالی، پرداخت دیر هنگام حقوق و دستمزد پزشکان خانواده و در نهایت سبب نارضایتی پزشکان می گردد.

حوزه نظام بیمه درمان: بزرگترین چالش در این حوزه، کسورات بالا از طرف بیمه هاست. طبق مطالعه مهرالحسنی و همکاران از دیدگاه خریداران خدمت، بسیاری از موارد کسورات اعمال شده ناشی از تاخیر سالیانه در ابلاغ تفاهم

همچون مهد کودک برای نگهداری کودکان پزشکان بر تمایل پزشکان به منظور حفظ و ارائه خدمت تاثیر گذاشت. از چالش های متوسط این حوزه، ناکافی بودن تجهیزات مراکز بهداشتی-درمانی و نامناسب بودن محیط فیزیکی کار است، که در مطالعه عاطفی و همکاران نیز به آن اشاره شده است (۲۲). یکی دیگر از چالش های متوسط این حوزه، عدم وجود امکانات ایاب و ذهاب است که در مطالعه ی مهرالحسنی و همکاران نیز به آن اشاره شده است (۱۶)، بدین صورت که پزشکان اظهار دارند که علاوه بر نامناسب بودن حقوق، گاهی بخشی از آن با تاخیر پرداخت می شود و بخشی نیز باید صرف رفت و آمد بین شهر و روستا شود.

حوزه جذب و حفظ نیروی انسانی: از بزرگترین چالش های در این حوزه، ناکافی بودن تعداد پزشکان دائمی و عدم جذابیت برای ماندگاری پزشکان است که در مطالعات دیگر نیز به آن اشاره شده است. در مطالعه هوشمند و همکاران نیز بزرگترین چالش در این حوزه، ناکافی بودن تعداد پزشکان دائمی و عدم جذابیت برای ماندگاری پزشکان است (۱۸) در واقع، از آنجا که نیروهای استخدامی، حاضر به کار در مناطق روستایی نمی شوند و به طور معمول جذب پزشک خانواده در روستاها در قالب طرح نیروی انسانی و یا به صورت قراردادی می باشند، بنابراین تضمینی جهت ثبات این افراد وجود ندارد. از چالش های متوسط این حوزه، پایین بودن امنیت شغلی پزشکان است که در مطالعات متعددی به آن اشاره شده است (۷) چالش تمایل اندک پزشکان برای شرکت در طرح از جمله چالش های متوسط این حوزه می باشد. با توجه به پژوهش علی گل و همکاران نیز به نظر می رسد پزشکان عمومی تمایل متوسطی برای مشارکت در این طرح دارند (۲۳). لذا ضروریست برای رفع ابهامات و انطباق بیشتر این برنامه با نیازها و مطالبات پزشکان عمومی برنامه ریزی صورت گیرد تا موفقیت اجرای طرح تضمین گردد.

حوزه نظام اطلاعات: بزرگترین چالش در این حوزه، زمانبر بودن فرآیند ثبت اطلاعات عملکرد پزشکان است که در مطالعه هوشمند و همکاران نیز بزرگترین چالش در این حوزه، زمانبر بودن فرآیند ثبت اطلاعات عملکرد پزشکان است (۱۸) که بیانگر این می باشد که فقدان نظام اطلاعاتی مناسب از جمله چالش های نظام اطلاعات

پزشکان جهت سنجش عملکرد آنان و بوروکراسی اداری از جمله نقاط ضعف طرح پزشک خانواده روستایی است.

حوزه ارزیابی عملکرد: بزرگترین چالش در این حوزه، عدم همکاری پزشکان متخصص با پزشکان خانواده است. طبق مطالعه امیری پزشکان خانواده از کارکرد پزشکان متخصص رضایت نسبی دارند (۲۰)، همچنین عدم اجرای صحیح سیستم ارجاع توسط پزشکان متخصص، ضعف در ارائه پس خوراند از سطح ۲ به ۱ همه نمونه‌هایی از عدم همکاری پزشکان متخصص با پزشکان خانواده است که این می تواند ناشی از ضعف‌های قانونی باشد (۱۱). بزرگترین چالش از دیدگاه پزشکان در زیر مفهوم عدم تناسب بین سطح تحصیلات پیشگرا و پزشکان است که منجر به عدم درک درست و ارزشیابی صحیح توسط پیشگرا می‌گردد. ترابیان در مطالعه خود نشان داد که اکثر پزشکان خانواده از فرایند پایش ناراضی هستند (۲۱) بزرگترین چالش از دیدگاه مدیران در زیر مفهوم مستندسازی صوری توسط پزشکان خانواده است. عاطفی و همکاران از دلایل مستند سازی صوری توسط پزشکان، گم شدن اطلاعات، عدم دسترسی به موقع به اطلاعات، عدم امکان دسترسی به اطلاعات بیماران در مناطق مختلف جغرافیایی با در نظر گرفتن حجم بالای مراجعات را بیان کرده‌اند که از جمله راهکارهای مناسب برای جلوگیری از مستند سازی صوری توسط پزشکان می‌توان به جایگزین شدن سیستم الکترونیکی به جای سیستم های کاغذی اشاره نمود (۲۲). یکی از چالش های متوسط در این حوزه، عدم تناسب بین سطح تحصیلات پیشگرا و پزشکان است. که در نهایت منجر به ارزشیابی ناصحیح به دلیل درک نادرست پزشکان می شود. در مطالعه هوشمند و همکاران عدم تناسب بین سطح تحصیلات پیشگرا و پزشکان، بزرگترین چالش در حوزه ارزیابی عملکرد است (۱۸)

حوزه امکانات و تسهیلات رفاهی: بزرگترین چالش حوزه امکانات و تسهیلات رفاهی، عدم وجود امکانات نگهداری از کودکان پزشکان (مهد کودک و...) است که با مطالعه عرب و همکاران همخوانی دارد (۷). در مطالعه نجات زادگان و همکاران نیز بزرگترین چالش در این حوزه، عدم وجود امکانات نگهداری از کودکان پزشکان است (۵) در نتیجه با توجه به فاصله زیاد شهر تا روستا و دور بودن پزشکان از خانواده، پیشنهاد می شود با در نظر گرفتن امتیازاتی

اصلی اجرای برنامه پزشک خانواده هستند لذا ضروریست برای رفع ابهامات و انطباق بیشتر این برنامه با نیازها و مطالبات پزشکان عمومی برنامه ریزی صورت گیرد تا موفقیت اجرای آن تضمین گردد. یکی دیگر از چالش‌های بزرگ این حوزه، عدم تمایل پزشکان متخصص برای همکاری در طرح است. ضعف در ارائه پس‌خوراند از سطح ۲ به ۱، ناقص بودن نظام ارجاع نمونه ای از این چالش است که با مطالعات دیگر همخوانی دارد (۶). پراکندگی جغرافیایی مراکز مجری پزشک خانواده روستایی و مشکل دسترسی به پزشکان خانواده و مدیران از جمله محدودیت‌های انجام این مطالعه بوده که از تعامل مطلوب معاونت بهداشتی دانشگاه در رفع این مشکل تقدیر و تشکر می‌گردد.

از آنجا که بخشی از مشکلات اجرای سیاست پزشک خانواده مربوط به عدم رعایت برخی اصول توسط مردم، پزشکان و مسئولین می‌باشد، برنامه ریزی آموزشی مستمر جهت ارتقای آگاهی، نگرش و فرهنگ صحیح بهره‌مندی از خدمات پزشک خانواده می‌تواند در این راستا کمک‌کننده باشد. طرح پزشک خانواده دارای مزایای بسیاری است که می‌تواند در ارتقا سطح سلامت جامعه نقش بسیار مهمی را ایفا نماید. البته این طرح در مرحله برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی خالی از اشکال نبوده و دارای چالش‌هایی است که لزوم توجه سیاست‌گذاران را به منظور انجام اصلاحات گوشزد می‌کند. با توجه به اینکه اکثر چالش‌های شناسایی شده در این مطالعه با اهمیت هستند و مدیران و پزشکان آن‌ها را تأیید کرده‌اند و همچنین جهت پوشش کامل جمعیت در برنامه پزشک خانواده، به حمایت سیاسی دولت و مجلس شورای اسلامی نیاز است و لازم است کلیه زیرساخت‌های مورد نیاز تأمین شده و مشکلات نظام شبکه بهداشت و درمان کشور از طریق تأمین منابع کافی اعم از پول، تجهیزات و نیروی انسانی برطرف گردد. همچنین ماندگاری پزشکان نیاز به توجه ویژه اقتصادی، ایجاد امنیت در محل خدمت، آگاهی مردم منطقه، بازنگری شیوه مدیریت و گردش کار اداری و مالی و بکارگیری روش‌های مناسب جمع‌آوری اطلاعات دارد.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد با عنوان

سلامت است. عرب و همکاران نیز بوروکراسی اداری را یکی از چالش‌های این طرح عنوان کردند (۷). پیشنهاد می‌شود با راه‌اندازی پرونده الکترونیک بتوان زمان ثبت اطلاعات توسط پزشکان را کاهش داد تا بتوانند زمان بیشتری را به مسئولیت اصلی خود اختصاص دهند. بزرگترین چالش از دیدگاه مدیران در زیر مفهوم مستندسازی صوری توسط پزشکان در خصوص عملکرد خود است. روحانی و همکاران از دلایل مستندسازی صوری توسط پزشکان، گم شدن اطلاعات، عدم دسترسی به موقع به اطلاعات، عدم امکان دسترسی به اطلاعات بیماران در مناطق مختلف جغرافیایی با در نظر گرفتن حجم بالای مراجعات را بیان کرده‌اند (۲۴)

حوزه فرهنگ: بزرگترین چالش در این حوزه، عدم آموزش کافی به مردم است که در مطالعه عرب و همکاران نیز به آن اشاره شده است بدین گونه که برای اجرای این طرح فرهنگ سازی کافی صورت نگرفته است توجه ناکافی متخصصین و مراکز پاراکلینیک در مورد نظام ارجاع و نادیده گرفته شدن نظام ارجاع در سطوح بالاتر نیز از دیگر چالش‌های بزرگ این حوزه می‌باشند که در مطالعات متعددی به آن اشاره شده است (۱۶، ۱) در مطالعه هوشمند و همکاران نادیده گرفته شدن نظام ارجاع در سطوح بالاتر، بزرگترین چالش در حوزه فرهنگ است (۱۸). همچنین عدم اعتماد کافی مردم به پزشک خانواده از دیگر چالش‌های متوسط این حوزه می‌باشد که بیانی و همکاران در پژوهش خود بیان کردند که عدم اجرای صحیح سیستم ارجاع توسط پزشکان متخصص و عدم پیگیری ارجاعات توسط پزشکان خانواده و بی‌توجهی مردم به رعایت آن، نمونه‌ای از مشارکت پایین جامعه در اجرای سیاست پزشک خانواده است (۴)

حوزه تأمین مالی: بزرگترین چالش در این حوزه در زیر مفهوم مشارکت محدود بخش خصوصی در طرح است. بزرگترین چالش این حوزه، مشارکت محدود بخش خصوصی در طرح است. که در مطالعات دیگر نیز به آن اشاره شده است، برای مثال در مطالعه نجات زادگان و همکاران نیز بزرگترین چالش در این حوزه، مشارکت محدود بخش خصوصی در طرح است (۵) همچنین طبق مطالعه علی گل تمایل پزشکان بخش خصوصی برای مشارکت در برنامه پزشک خانواده در سطح متوسط است (۲۳) که با توجه به اینکه پزشکان عمومی به عنوان بدنه

بررسی چالش های نظام پزشکی خانواده روستایی از دیدگاه پزشکان و مدیران شاغل در طرح در استان خراسان شمالی در سال ۱۳۹۵ با کد ۹۵۰۲۸۰ می باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی مشهد اجرا شده است. نویسندگان این مقاله مراتب سپاس خود را از کلیه پزشکان و مدیران شاغل در برنامه پزشکی خانواده روستایی استان خراسان شمالی و همه عزیزانی که به نحوی در این پژوهش همکاری داشته اند اعلام می‌دارند.

منابع

1. Shabaninejad H, Arab M, Rashidian A, Zeraati H, et al. Quality of Working Life of Family Physicians in Mazandaran. *Hakim Research J* 2012; 15(2): 178- 84. [Persian]
2. Golalizadeh E, Mosazadeh M. The impact of family physician program on time references in health centers of Mazandaran University of Medical Sciences. *J of Med Council of Islamic Republic of Iran* 2013; 31(1): 9-14. [Persian]
3. Jannati A, Maleki M, Gholizade M, Narimani M, et al. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. *Knowledge & Health* 2010; 4(4): 39-44. [Persian]
4. Bayati A, Ghanbari F, Maleki A, Hosseini SH, et al. The experiences of health team members regarding general interest in the family medicine programs in Arak health centers in 2012. *Arak Med Univ J* 2014; 17(82): 1-12. [Persian]
5. Nejatadegan Z, Ebrahimipour H, Hooshmand E, Tabatabaee SS, et al. Challenges in the rural family doctor system in Iran in 2013-14: a qualitative approach. *Family practice* 2016; 33(4): 421-5.
6. Javanbakht M. Comparative study of the family physician in Iran and other countries and problems of family physicians. *Quarterly of Medical Council Isfahan* 2012; 28: 14-23.
7. Arab M, Shafiee M, Iree M, Safari H, 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. [Persian]
8. Ebadi Fard Azar F, Haghani H, Hashemi FS. Monitoring the National Family Doctor Plan and Referral System in Robat Karim City in 2008. *Hospital J* 2002; 8(5): 7-12.
9. Motlagh M.E, Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Kabir M.J, et al. satisfaction of family phycisian about Effective Factors on Activation of family phycisian program in medical universities. *J of Guilan Univ of Med Sci* 2010; 19(76): 48-55. [Persian]
10. Mahdizadeh M, Vafae Najar A, Taghipour A, Esmaeli H, et al. Burnout and parameters affecting the work environment among family doctors in Khorasan Razavi. *Journal of Occupational Medicine Specialist* 2014; 5(4): 42- 51. [Persian]
11. Golalizadeh E, Mosazadeh M, Esmaili M, N. A. The second level challenges referral Family: a qualitative study. *J of Med Council of Islamic Republic of Iran* 2012; 29(4): 309-21. [Persian]
12. Bayati A, Ghanbari F, Maleki A, Shamsi M, et al. Effective Factors on Activation of family phycisian program from the perspective of family doctors working in the program. *Qualitative study. Bimonthly of Med* 2015; 22(117): 39-48. [Persian]
13. Babazadeh Gashti A, Jafari N, Kabir MJ, Heidari A, et al. Assessing Rural Family Physicians Performance According to Healthcare Managers, Family Physicians, and Patients in Golestan Province. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 25(132): 23-32. [Persian]
14. Ghorbani A, Shegarf nakhaie M, Dovlat abadi A, Alemi H, et al. Study of Satisfaction Rate of Family Medicine plan in insured Population of

- Sabzevar University Medical of sciences. Quarterly J of Sabzevar University of Med Sci 2013; 19(4): 364- 70. [Persian].
15. Raeisi P, Ebadi Fard Azar F, Roudbari M, HR. SK. The Impact of Family Physician Program on Mother and Child Health Indices in Rural Population Auspices of Mashhad University of Medical Sciences and Health Care Services. J of Health Administration 2011; 13(43): 27-37. [Persian]
16. Mehrolhassani M.H, Jafari Sirizi M, Poorhoseini S, V. YF. The Challenges of Implementing Family Physician and Rural Insurance Policies in Kerman Province, Iran: A Qualitative Study. J of Health & Development 2012; 1(3): 193-206. [Persian]
17. 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; 13(32).
18. Hooshmand E, nejatzadegan Z, ebrahimipour H, Bakhshi M, et al. Rural family physician system in Iran: Key challenges from the perspective of managers and physicians, 2016. International of health care management 2017; Published online: 15 Nov 2017.
19. Swanepoel M, Mash B, Naledi T. Assessment of the impact of family physicians in the district health system of the Western Cape, South Africa. African journal of primary health care & family medicine 2014; 6(1): 1-8.
20. Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: The mutual satisfaction of physicians and health care team members. Razi J of Med Sci 2012; 18(92): 23- 30. [Persian]
21. Torabian S Cheraghi M.A, Azarhomayoon A. Family physician program: physicians' satisfactions in Hamadan, Iran. Payesh 2013; 12(3): 289-96. [Persian]
22. Atefi A, Aghamohamadi S, JamshidBeygi E, Zarabi M, et al. 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. [Persian]
23. Aligol M, A. M. Assessment of private sector physicians' willingness to participate in family physician program using the diffusion of innovation model, Qom, 2012. Qom Univ Med Sci J 2014; 8(1): 27-34. [Persian]
24. Rouhani S, M. B. Experience of Family Physicians in Rural Areas Regarding Referral System and Improving it (A qualitative study). J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 25(131): 1-13.