

# عوامل مؤثر بر پویاسازی برنامه پزشکی خانواده از دیدگاه پزشکان شاغل در برنامه: مطالعه‌ای کیفی

نویسندگان: اکرم بیاتی\*<sup>۱</sup>، فاطمه قنبری<sup>۲</sup>، اکرم ملکی<sup>۳</sup>، محسن شمسی<sup>۴</sup> و مریم جعفری<sup>۵</sup>

۱. مربی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک، ایران
۲. کارشناس جلب مشارکت‌های مردمی، کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، ایران
۳. کارشناس مرکز بهداشت استان مرکزی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، ایران
۴. استادیار آموزش بهداشت و ارتقای سلامت گروه بهداشت عموم، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک، ایران
۵. کارشناس پرستاری دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، ایران

E-mail: a.bayati@arakmu.ac.ir

\* نویسنده مسئول: اکرم بیاتی

## چکیده

مقدمه و هدف: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، متعهد است که تا پایان برنامه توسعه چهارم، طرح پزشکی خانواده را در کل کشور به‌اجرا درآورد. این مطالعه، با هدف تعیین عوامل مؤثر بر پویاسازی برنامه پزشکی خانواده از دیدگاه پزشکان به‌عنوان سرپرست گروه سلامت صورت پذیرفته است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر به‌صورت کیفی، انجام و اطلاعات از طریق مصاحبه عمیق فردی با ۱۵ نفر از پزشکان شاغل در برنامه پزشکی خانواده صورت گرفت. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بوده، برای تجزیه و تحلیل از روش آنالیز محتوا با رویکرد قراردادی استفاده شده است.

نتایج: در این مطالعه، دیدگاه پزشکان شاغل در برنامه پزشکی خانواده در زمینه پویاسازی شامل دو درون‌مایه «عوامل مدیریتی (سازماندهی، برنامه‌ریزی نیروی انسانی، فرایند ارائه خدمات، ارزشیابی، آشناسازی، منافع بهداشتی و درمانی و منافع اقتصادی) و منافع عمومی (عوامل بازدارنده اداری، عوامل بازدارنده رفاهی، عوامل بازدارنده انگیزشی، توجه ناکافی نظام بهداشتی و درمانی و توجه ناکافی مردم)» بود.

نتیجه‌گیری: عوامل متعددی بر کیفیت و پویایی برنامه پزشکی خانواده تأثیر می‌گذارند که به‌صورت متقابل، علت و معلول یکدیگرند؛ از این رو، هرگونه تلاش به‌منظور بهبود کیفیت و پویاسازی این برنامه، به اقدام‌های نظام‌مند (سیستماتیک) و هماهنگ با شناخت عمیق موانع، چالش‌ها و تسهیل‌کننده‌ها، نیازمند است.

واژگان کلیدی: پزشکی خانواده، پویاسازی، مطالعه کیفی، دیدگاه.

# دانشور

## پزشکی

دوماهنامه علمی-پژوهشی  
دانشگاه شاهد  
سال بیست و دوم-شماره ۱۱۷  
تیر ۱۳۹۴

دریافت: ۱۳۹۴/۰۲/۰۵  
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۴/۰۳/۱۲  
پذیرش: ۱۳۹۴/۰۳/۱۷

## مقدمه

در کشور ایران با هدف ایجاد عدالت در سلامت و به‌منظور دسترسی عادلانه همه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی، وزارت بهداشت و درمان، مراقبت‌های اولیه بهداشتی را به‌عنوان درون‌مایه شبکه‌های بهداشت و درمان جاری کرد. سیاست‌های دولت در نظام شبکه درمانی به‌طور عمده بر سه اصل «اولویت خدمات پیشگیری بر خدمات درمانی، اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری بهره‌مند از امکانات و اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری» پایه‌ریزی شدند که براساس این اصول در طول دهه ۱۳۶۰، نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی، در قالب شبکه‌های بهداشتی و درمانی در کشور ما شکل گرفت (۱).

پیش‌بینی سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی در نظام شبکه بهداشتی و درمانی کشور به‌منظور عرضه خدمات به‌صورت زنجیره‌ای مرتبط و تکامل‌یابنده است، تا اگر یکی از مراجعان واحد پایین‌تر به خدماتی تخصصی تری نیاز داشته‌باشد که از عهده این واحد برنمی‌آید، واحد یادشده بتواند مراجعه‌کننده را به واحد بالاتر ارجاع دهد (۲). سطح‌بندی خدمات، از مراجعه مکرر و غیرضروری به سطوح تخصصی‌تر، جلوگیری و از اتلاف منابع مادی و انسانی پیشگیری کرده، ابزاری مناسب برای کنترل هزینه‌های مراقبت و افزایش همسویی میان پزشکان عمومی و متخصصان تلقی می‌شود.

بی‌توجهی به نظام ارجاع می‌تواند حلقه‌های نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی را از هم گسیخته و باعث افزایش هزینه‌ها و آسیب‌رساندن به کمیت و کیفیت خدمات شود (۳). مناسب‌ترین راهکار اجرایی برنامه در قالب نظام ارجاع، برنامه پزشک خانواده است؛ در این راستا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، متعهد است که تا پایان برنامه توسعه چهارم، طرح پزشک خانواده را در کل کشور به‌اجرا درآورد؛ طبق این برنامه، جمعیت کل کشور، باید تحت پوشش خدمات بهداشتی و درمانی یا توان‌بخشی پایه و اولویت‌دار قرارگیرند؛ این خدمات توسط پزشک خانواده یا گروه سلامت ارائه

خواهندشد. مسئولیت گروه سلامت، برعهده پزشک خانواده است (۴).

در این برنامه، پزشک عمومی و گروه وی، مسئولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را برعهده‌داشته، پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز به‌عهده‌دارند لذا، یکی از مهم‌ترین وظایف پزشک خانواده، ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است (۵). در کشور ما سهم سلامت از تولید ناخالص ملی، ۷ درصد است و این در حالی است که متوسط این شاخص در کشورهای پیشرفته، حدود ۱۲/۶ درصد است (۶).

در حال حاضر، سالانه چندین میلیارد ریال برای اجرای طرح پزشک خانواده صرف می‌شود (۷) لذا در قبال این اعتماد و در اختیار گذاشتن منابع مالی برای اجرای این طرح و محدودیت آن منابع، باید اهداف دقیق این طرح که در رأس آنها، سلامتی مردم است، به‌نحوی مطلوب تأمین شود (۸)؛ لذا بررسی عوامل مؤثر در بهبود و پویاسازی این برنامه از جمله ضروریات و همواره مورد توجه مسئولان و برنامه‌ریزان امر سلامت کشور است. در سال‌های اخیر، مطالعات مختلف، نشان‌دهنده روند ر به رشد نارضایتی شغلی پزشکان بوده، بررسی‌ها نشان می‌دهند، مواردی نظیر ازدست‌دادن استقلال عمل حرفه‌ای، کاهش انضباط شغلی و پاره‌ای نارضایتی‌های شخصی از حرفه پزشکی، موجب شده‌اند که بسیاری از پزشکان، مانند گذشته از شغل خود رضایت‌نا داشته‌باشند (۹). بررسی‌های اواخر قرن بیستم و اوایل قرن بیست‌ویکم نشان‌دادند که ۳۰ تا ۴۰ درصد از پزشکان اگر دوباره بخواهند درباره آینده‌شان تصمیم بگیرند، پزشکی را انتخاب نمی‌کنند و درصدی بالاتر نیز هرگز فرزندان‌شان را برای طبیب‌شدن تشویق نخواهند کرد (۹).

میان روش‌های تحقیق، روشی که می‌تواند ماهیت پدیده و فرایند شکل‌گیری آن را در بستر طبیعی نشان‌دهد، مطالعه کیفی است (۱۳، ۱۲)؛ لذا مطالعه حاضر، به‌صورت کیفی و با هدف بررسی عوامل مؤثر بر پویاسازی برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان شاغل در این برنامه صورت پذیرفته‌است.

### روش کار

پژوهش حاضر، یک مطالعه کیفی و بخشی از مطالعه‌ای بزرگ‌تر با عنوان «بررسی عوامل مؤثر بر پویاسازی برنامه پزشک خانواده از دیدگاه اعضای گروه سلامت شاغل در برنامه پزشک خانواده مراکز مجری برنامه در شهرستان اراک در سال ۱۳۹۱ است که با توجه به گستردگی مطالعه در این بررسی، تنها به مطالعه و کندوکاو دیدگاه‌های پزشکان شاغل در این برنامه پرداخته شده‌است؛ با توجه به اینکه هدف از این مطالعه شناخت عوامل مؤثر بر پویاسازی برنامه پزشک خانواده و درک عوامل مؤثر بر ارتقای این برنامه بوده، تحقیق کیفی از نوع پدیدشناسی<sup>۱</sup> استفاده شد که ابزارهایی را برای بررسی این عوامل ارائه‌داده، موجب به‌دست‌آوردن اطلاعات غنی و عمیق از نمونه‌ها می‌شود؛ درواقع، پدیدشناسی عبارت‌است از توصیف تجربیات عمیق زندگی به همان صورتی که در زندگی، واقع شده‌اند. محقق پدیدارشناس، معتقد است که در پدیده‌ها و تجربیات زندگی جوهره‌هایی وجود دارند که قابل فهم و بررسی‌اند و از این رو به بررسی پدیده‌های ذهنی می‌پردازد که جوهره اساسی واقعیت در آنها نهفته است (۱۱)؛ همچنان در پژوهش پدیدارشناختی، هدف این تفکر، آگاه‌شدن از سوگیری‌ها و پیش‌فرض‌های فرد برای در پراتز قراردادن یا کنارنهادن آنهاست تا بتواند بدون داشتن تصور پیشین، درباره اینکه چه چیزی در تحقیق به‌دست می‌آید، به فضای تجربه وارد شود؛ این آگاهی از اعمال نفوذ پیش‌فرض‌ها یا سوگیری‌های محقق بر مطالعه جلوگیری می‌کند (۱۰، ۱۱).

در مطالعه گل‌علیزاده و همکاران با عنوان «چالش‌های برنامه پزشک خانواده» که به‌صورت کیفی انجام شده بود، مهم‌ترین چالش‌های برنامه پزشک خانواده، مواردی مانند «چالش‌های مربوط به واحدها و کارکنان سطح دو ارجاع، مشکلات مدیریتی و آگاهی پایین مردم به‌عنوان گیرندگان خدمت» بیان شدند (۱۰).

در بررسی‌ای که جنتی و همکارانش با عنوان «ارزیابی نقاط قوت و نقاط ضعف طرح پزشک خانواده در شهرستان مراغه» صورت دادند، نتایج نشان‌دادند که ۹۷ درصد جمعیت از اجرای طرح پزشک خانواده، مطلع بودند و ۹۷.۶ درصد آنها دست‌کم، یک‌بار به پزشک خانواده مراجعه و ۹۶.۸ درصد آنها دفترچه بیمه خدمات درمانی دریافت کرده بودند. مراجعات بیش‌ازحد و ازدحام بیماران در خانه‌های بهداشت، عدم تأمین شغلی برای کارکنان، پرداخت‌نشدن حقوق و مزایای اعضای گروه سلامت و محدودیت زمان دسترسی به پزشک خانواده، از مهم‌ترین نقاط ضعف این برنامه بیان شده‌اند (۱۱).

برنامه پزشک خانواده از سال ۱۳۸۴ در استان مرکزی در حال اجراست؛ استان مرکزی با دارابودن ۱۵۰ گروه سلامت در ۱۰۲ مرکز بهداشتی و درمانی مجری برنامه، از همکاری ۱۵۰ نفر پزشک به‌عنوان گروه سلامت، بهره‌مند است. با توجه به اینکه اجرای طرح پزشک خانواده، اقدامی اساسی و تحولی مهم در بحث نظام سلامت کشور و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و نظام ارجاع در کشور ایران محسوب می‌شود، در این راستا، بهره‌گیری از دیدگاه‌ها و نظریات افراد شاغل در این برنامه، به‌خصوص پزشکان این برنامه به‌عنوان سرپرست گروه سلامت و اشراف بیشتر بر عوامل تاثیرگذار بر بهبود این برنامه، دارای اهمیتی بیشتر است.

در این پژوهش، پرسش این است که «عوامل مؤثر بر پویاسازی برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان شاغل در این برنامه چیست؟»؛ با توجه به این پرسش، مناسب‌ترین روش برای مطالعه، روشی است که بتواند ماهیت یک پدیده را در بستر طبیعی آن به همراه ساختار و عوامل مؤثر بر شکل‌گیری آن نشان‌دهد؛ به همین دلیل،

<sup>۱</sup> - Phenomenology

انجام گرفتند؛ در ابتدای هر جلسه، پرسش اولیه به صورت باز درخصوص وضعیت و نحوه اجرای برنامه پزشک خانواده، مطرح می‌شد و سپس مناسب با روند بحث ادامه می‌یافت؛ زمان تقریبی هر مصاحبه ۲ ساعت تعیین شد ولی با توجه به تمایل شرکت‌کنندگان، افزایش یا کاهش می‌یافت؛ تمامی مصاحبه‌ها، ضبط و بی‌درنگ، پس از اتمام آنها روی کاغذ آورده می‌شدند.

به منظور افزایش روایی داده‌های پژوهش، علاوه بر پژوهشگر اصلی، سایر اعضای گروه پژوهش (دست‌کم، ۲ نفر) در همه مراحل جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها به طور فعال مشارکت داشته‌اند؛ افزون‌براین، 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 شرکت‌کنندگان در اختیار آنان قرار گرفت؛ بحث و بررسی گروه پژوهش درخصوص یافته‌های متناقض و دستیابی به اجماع نهایی نیز از دیگر روش‌های تأمین قابلیت پذیرش در مطالعه حاضر بود؛ همچنین، پژوهشگران، متن پیاده‌شده مصاحبه‌ها را به فاصله چند روز پس از کدگذاری اولیه دوباره خوانی و کدگذاری کرده، نتایج را با اولین کدگذاری مقایسه کردند؛ در صورت دستیابی به یافته‌های مشابه، ثبات و هماهنگی داده‌ها و در نتیجه، قابلیت اعتماد آنها تأیید شد برای اطمینان از تطابق پذیری یافته‌ها، پژوهشگران مدارکی را از همه مراحل پژوهش اعم از جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها و یافته‌ها و همچنین، مراحل انجام پژوهش به صورت نظام‌مند فراهم کردند؛ این مدارک به منظور تأیید تطابق پذیری در اختیار تعدادی از کارشناسان مجرب در پژوهش‌های کیفی قرار داده شدند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت دستی، طی فرایند کدگذاری باز انجام شد؛ پژوهشگران، چندبار، متون پیاده‌شده مصاحبه‌ها را مطالعه و مفاهیم اصلی را در قالب کد در برگه‌ای جداگانه یادداشت می‌کردند؛ سپس کدهای اولیه دسته‌بندی شده، کدهای مشابه کنار هم

در این مطالعه، جامعه پژوهش، شامل پزشکان شاغل در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده در سطح شهرستان اراک و محیط پژوهش نیز، شامل مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی شهرستان اراک بودند.

شرکت‌کنندگان در این پژوهش، شامل ۱۵ نفر از پزشکان بوده‌اند. پزشکان عضو گروه سلامت مراکز مجری برنامه پزشک خانواده از مراکز مختلف شهرستان با شرایط متفاوت از نظر دسترسی به خدمات سطح دوم، آزمایشگاه، رادیولوژی، جمعیت تحت پوشش و به صورت پراکنده انتخاب شدند و در طرح شرکت کردند. شرکت‌کنندگان در این پژوهش، به صورت نمونه‌گیری گلوله برفی انتخاب شدند؛ پزشکانی که دارای این ویژگی‌ها بودند، در مطالعه شرکت داده شدند: داشتن تجربه دست‌کم، یک سال فعالیت در برنامه پزشک خانواده؛ سابقه دست‌کم، یک سال خدمت در برنامه پزشک خانواده در روستاهای اراک؛ توانایی برقراری ارتباط و درک مفاهیم؛ توانایی بیان کلامی به سادگی؛ توانایی حس و بیان احساسات و عواطف درونی بدون خجالت یا مهار احساسات؛ داشتن امکان یادآوری وضعیت واحد تحت مطالعه در زمان به نسبت نزدیک (قابل یادآوری) و علاقه به بیان تجربه و توانایی نوشتن یا گزارش عقاید و افکار خود.

اطلاعات به روش مصاحبه عمیق فردی جمع‌آوری شده‌اند. پژوهشگر برای به دست آوردن تجارب نمونه‌ها، پرسش‌هایی باز از قبیل «نحوه آشنایی با برنامه پزشک خانواده، تجارب به دست آمده درخصوص نحوه اجرای برنامه و عوامل مؤثر بر پویایی برنامه، شامل عوامل تسهیل‌کننده، چالش‌ها و میزان دستیابی به اهداف پیش‌بینی شده در برنامه» را مطرح کرد.

این اطلاعات در قالب پانزده مصاحبه عمیق فردی با پزشکان شاغل در مراکز مجری برنامه گردآوری شده‌اند؛ پیش از آغاز هر جلسه شرکت‌کنندگان، رضایت خود را برای شرکت در پژوهش حاضر اعلام می‌کردند. همه مصاحبه‌ها در اتاقی جداگانه و به صورت فردی

### یافته‌ها و بحث

از واحدهای معنی خلاصه شده، ۳۷۶ کد استخراج شدند که پس از مرور کدها و ادغام کدهای مشابه در یکدیگر، تعداد آنها به ۳۰ کد کاهش یافت و در مجموع، دو درون‌مایه عوامل مدیریتی و منافع عمومی استخراج شدند؛ سپس کدهای متفاوت براساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها با یکدیگر مقایسه و در داخل طبقات اصلی و زیرطبقات جای‌داده شدند که به‌طور کلی، هفت طبقه اصلی شامل (سازماندهی، برنامه‌ریزی نیروی انسانی، فرایند ارائه خدمات، ارزشیابی، آشناسازی، منافع بهداشتی و درمانی و منافع اقتصادی) و پنج زیرطبقه شامل (عوامل بازدارنده اداری، عوامل بازدارنده رفاهی، عوامل بازدارنده انگیزشی، توجیه ناکافی نظام بهداشتی و درمانی و توجیه ناکافی مردم) ایجاد شدند. این گروه تأثیری گذارند و این عامل‌ها به‌صورت زنجیره‌ای، به وجود آورنده معلول‌هایی متعدد هستند یا به‌صورت متقابل، علت و معلول یکدیگرند. با توجه به حجم بالای کار پزشکان شاغل در گروه سلامت می‌توان گفت اگرچه جمعیت بالا می‌تواند به انگیزه بیشتر پزشکان منجر شود، ارائه خدمات متنوع در طرح پزشک خانواده و درگیری با طیف زیاد خدمات پزشکان را با چالش مواجه کرده‌است. در بررسی سولر<sup>۱</sup> و همکاران با هدف تعیین فرسودگی شغلی در پزشک‌های خانواده دوازده کشور اروپایی نشان داد شد که ۲۳ درصد شرکت‌کنندگان، خستگی هیجانی بالا؛ ۳۰ درصد، مسخ شخصیت بالا و ۳۲ درصد، کفایت شخصی پایین داشتند؛ در این مطالعه، فرسودگی شغلی با عواملی مانند رضایت شغلی، قصد تغییر شغل، مشکلات روان‌شناختی، مصرف الکل و تنباکو، جنسیت (مرد) و سن (سن جوان‌تر)، مرتبط بود (۱۴).

قرارگرفته، طبقه‌ها شکل گرفتند و سپس، اشباع داده‌ها در هر طبقه بررسی و تأیید شد.

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

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 Peer, member check, check, استفاده کرد؛ بدین صورت که برای اعتباربخشی نتایج، دو کار اصلی انجام شد: اول اینکه از نظریات افرادی که خارج از پژوهش بودند، شامل پزشکان شاغل در مراکز روستایی برنامه پزشک خانواده، استفاده و نظریات آنان نیز در خصوص کیفیت اجرای برنامه پزشک خانواده جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل شد و از نظر درستی و مشابهت با نظریات افراد شرکت‌کننده در پژوهش مقایسه شد؛ برای صحت نتایج، این افراد به‌گونه‌ای انتخاب شدند که از نظر وظایف و مسئولیت‌ها با گروه شرکت‌کننده در پژوهش، شرایطی یکسان داشتند؛ دوم اینکه در خصوص افراد شرکت‌کننده نیز، پس از پیاده‌کردن مصاحبه‌ها از ایشان درخواست شد تا مطالب پیاده‌شده را مطالعه و صحت و سقم آنها را ارزیابی کنند؛ برای بازنگری درون‌مایه‌های استخراجی از متن برخی مصاحبه‌ها، علاوه بر محقق، از ۲ نفر عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک که تجربه انجام تحقیق‌های کیفی را داشته‌اند، خواسته شد تا مصاحبه‌ها و کدگذاری اولیه و طبقات مفهومی را بررسی کنند؛ سپس، مطابق با نظریات مطرح شده، بازنگری‌های لازم صورت گرفت و تا صحت کدگذاری توسط ایشان، این روند ادامه یافت.

اطلاعات از جمله مشکلات نمونه‌ای مورد پژوهش اعلام شد. فرح‌بخش و همکاران، در بررسی وضعیت نظام اطلاعات مراقبت‌های اولیه بهداشتی در سطح مرکز بهداشت شهرستان تبریز، فقدان نظام اطلاعاتی مناسب را از جمله چالش‌های نظام اطلاعات سلامت در سطح آن شهرستان می‌دانند (۱۸). فخرزاد و همکاران نیز در مطالعه خود، جایگزین شدن سیستم‌های الکترونیکی به جای سیستم‌های کاغذی در بخش بهداشت و درمان را ضروری دانستند و دلایل آن را وجود مشکلات فراوان در زمینه مستندسازی اطلاعات، از قبیل «گم شدن اطلاعات، عدم دسترسی به موقع به اطلاعات و عدم امکان دسترسی به اطلاعات بیماران در مناطق مختلف جغرافیایی با در نظر گرفتن حجم بالای مراجعات» بر شمرده‌اند (۱۹). ضعف گروه سلامت در مدیریت ارجاع‌ها و برگشت از ارجاع‌ها از سطح بالاتر به سطح پایین‌تر، چالشی دیگر است که توسط بسیاری از مطالعات دیگر به آن اشاره شده‌است (۲۱-۱۸).

مشاهده شده‌است که نظام ارجاع توسط بیمار رعایت نمی‌شود. با وجود توصیه‌های پزشک به بیمار برای طی کردن مسیر صحیح ارجاع، برخی بیماران به پزشکان یا مراکز درمانی دلخواه مراجعه می‌کنند. برخی از پزشکان در سطح ۱ در مواردی بیمارانی را که نیاز نداشتند به متخصص مراجعه کنند، به سطح ۲ ارجاع داده‌اند و برعکس، موارد مورد نیاز ارجاع داده نشده‌اند. جریان ضعیف اطلاعات دوسویه میان پزشک متخصص و پزشک خانواده به عدم دریافت پسخوراند و در نتیجه ضعف در کارکرد پیگیری و تداوم مراقبت از سوی پزشکان خانواده منجر شده‌است. از آنجاکه اجرای سیاست پزشک خانواده به همکاری‌های بین بخشی و مشارکت مردمی نیاز دارد، فرهنگ‌سازی برای تمام تأثیرگذاران در این سیاست، ضروری است؛ عدم اجرای صحیح سیستم ارجاع توسط پزشکان متخصص و عدم پیگیری ارجاعات توسط پزشک خانواده و بی‌توجهی مردم به رعایت آن، نمونه‌ای از مشارکت پایین جامعه در اجرای سیاست است؛ دلیل این مقاومت، عدم آگاهی و آموزش کافی در خصوص

در بررسی لی<sup>۱</sup> و همکاران، سطح استرس و فرسودگی شغلی در پزشک‌های خانواده کانادا بالا بود به طوری که نیمی از پزشکان مورد بررسی، خستگی هیجانی گزارش کرده بودند؛ در این بررسی، سطوح پایین استرس شغلی با سطوح پایین فرسودگی ارتباط داشتند (۱۵). تایی<sup>۲</sup> و همکاران در بررسی فرسودگی شغلی پزشکان عمومی کرمان نشان دادند که فرسودگی شغلی و خستگی هیجانی، بالا بوده و پزشکان رضایت شغلی کمتری داشته‌اند (۱۶).

عوامل بازدارنده انگیزشی نامناسب از جمله مواردی بودند که پزشکان خانواده بدانها اشاره کردند؛ جنتی و همکاران نیز در ارزیابی نقاط قوت و ضعف سیاست پزشک خانواده از دیدگاه جمعیت تحت پوشش، پزشکان خانواده، مدیران و کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی، به این ضعف اشاره کرده‌اند (۱۱).

برخی از عوامل بازدارنده انگیزه از دیدگاه پزشکان، شامل عدم پرداخت حقوق و مزایا به موقع و حجم زیاد فعالیت‌ها در قبال هزینه دریافتی با توجه به تنوع و گستردگی فعالیت‌ها و تسهیلات رفاهی ناکافی به خصوص در مناطق روستایی بوده‌است؛ همچنین براساس نظر پزشکان تا زمانی که زمینه ارتقای شغلی برای آنان وجود ندارد، به ماندن در روستا و کار در شرایط دشوار را تمایل ندارند. عواملی نظیر تسهیلات رفاهی ناکافی برای اقامت پزشکان با توجه به محرومیت مناطق روستایی و دورافتاده بودن آنها به این امر منجر خواهد شد که ثبات پزشک در منطقه، پایین و گردش پزشک، بالا باشد. لذا به نظر، بهتر است، شرایطی مناسب‌تر به خصوص برای پزشکان شاغل در مناطق روستایی و مناطق محروم در نظر گرفته شوند.

دیلمن<sup>۳</sup> و همکاران نیز در مطالعه خود، عواملی مانند حقوق کم و شرایط سخت کار را از عوامل دل‌سردی کارکنان بهداشت و درمان می‌دانند (۱۷). در مطالعه حاضر پایین بودن سطح کارآمدی نظام ارجاع و مدیریت

<sup>1</sup> - Lee

<sup>2</sup> - Tae

<sup>3</sup> - Dieleman

را پرونده سلامت جمعیت تحت پوشش بیان کرده است که می‌تواند راهنمایی خوب برای تصمیم‌گیری و ارزیابی صحیح بیمار باشد (۲۵) درحالی‌که پزشکان این مطالعه، نقص پرونده‌های سلامت را مطرح کردند.

درون‌مایه عوامل مدیریتی حاصل شده از این پژوهش، از این موضوع حکایت دارد که گرچه سطح ۲ ارجاعی، سطحی تخصصی است که مقرر شده به نیازهای بهداشتی و درمانی ارجاع شده از سطح ۱ پاسخ‌دهد ولی به دلیل ضعف در تعیین خط‌مشی‌ها این وظیفه به نحوی مطلوب انجام نمی‌گیرد و بیماران به دلایلی نظیر مدت زمان ناکافی حضور پزشکان متخصص در کلینیک‌ها و درمانگاه‌ها، برخورد نامناسب، توجیه‌نبودن کارکنان مستقر در این سطح و بعضی برخوردهای نامناسب ارائه‌دهندگان خدمت از این نظام، ناراضی هستند و از طرف دیگر، عدم ارائه پسخوراند خدمات عرضه شده به بیماران ارجاع شده از سطح ۱ باعث می‌شود، علاوه بر اینکه ارائه و ادامه مراقبت‌ها در سطح ۱ دچار اشکال شد، بهره‌مندی افراد از بار آموزشی که ناشی از تشخیص پزشک متخصص سطح ۲ است، برای افراد سطح ۱ فراهم شود.

در مطالعه‌ای که جنتی و همکارانش در شهرستان مراغه با عنوان «بررسی نقاط قوت و ضعف این برنامه» انجام دادند، یکی از مهم‌ترین نقاط ضعف موجود در این برنامه، ناقص بودن نظام ارجاع و عدم ارائه بازخورد مناسب توسط پزشکان متخصص به پزشکان خانواده مطرح شده است (۱۱).

همچنین یافته‌های مطالعه‌ای که /سیری با عنوان «رضایتمندی متقابل پزشکان و اعضای گروه سلامت» انجام داده، نشان داده‌اند که پزشکان خانواده از کمیت و کیفیت موارد ارجاعی سطح ۲ ناراضی‌اند (۲۶).

براساس درون‌مایه عوامل مدیریتی پژوهش حاضر، عده‌ای از پزشکان نیز، کم‌رنگ بودن نقش بهورزان و کمتر مراجعه کردن مردم به ایشان در روستاهای اصلی را جزو موارد ضعف این برنامه دانسته‌اند زیرا معتقدند مردم درمان‌محورند و بیشتر مراجعات به پزشکان

سیاست پزشک خانواده و نیز عدم نگرش مطلوب به آن و اعتماد پایین به پزشکان خانواده در این رابطه است؛ مطالعه نصراله‌پور و همکاران نیز به مقاومت پزشکان خانواده و پزشکان متخصص در برابر سیاست پزشک خانواده اشاره کرده است (۲۱) که اصلاح آموزش و مداخله در این زمینه را ضروری می‌نماید؛ توسلی و همکاران نیز ضعف آگاهی و نگرش روستاییان نسبت به برنامه پزشک خانواده را مورد تأیید قرار داده‌اند (۲۲).

سطح ۲ ارجاع، سطحی تخصصی است که به نیازهای بهداشتی و درمانی مراجعان ارجاع داده شده، پاسخ می‌دهد ولی بدلیل ضعف در تعیین خط‌مشی‌ها، این وظیفه به نحو مطلوب انجام نمی‌شود.

قاسمی در پژوهشی، نظام ارجاع از سطح ۱ به ۲ را به‌عنوان راهکاری که از نظر علمی، مورد تأیید و از نظر عملی، قابل اجراست، معرفی کرده است و بیان کرده که این نظام، باعث دسترسی مردم به پزشک متخصص می‌شود و با ایجاد چرخه‌ای مناسب، پزشکان سطح ۱، قادر به پیگیری بیماران پس از ویزیت متخصص هستند (۲۳).

یکی از عوامل موفقیت هر طرح اجرایی در نظام مراقبت سلامت، رضایت ارائه‌دهندگان این خدمات است که اگر به آن بی‌توجهی شود، پس از مدتی باعث بی‌تفاوتی افراد خواهد شد به طوری که بر کمیت و مهم‌تر از آن، بر کیفیت خدمات، آسیب جدی وارد خواهد آورد. در مطالعه‌ای نشان داده شد که پزشکان خانواده رضایتی مطلوب از کارکرد پزشکان متخصص سطح ۲ نداشتند و بیشتر پزشکان خانواده از کمیت و کیفیت پسخوراند ارجاعی متخصصان سطح ۲ راضی نبودند (۲۱).

در تحقیقی با عنوان «بررسی کمیت ارائه پسخوراند سطح بالاتر به سطح پایین‌تر نظام شبکه نشان داده شد که کمیت ارائه پسخوراند از پزشکان خانواده به خانه‌های بهداشت مرتبط، کمتر از یک‌پنجم و کمیت ارائه پسخوراند از پزشکان متخصص سطح ۲ به پزشکان خانواده، کمتر از یک‌سوم بوده است (۲۴). مسعودی/اصل در بررسی نظام پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان طرف قرارداد کمیته امداد امام خمینی، مهم‌ترین مزیت این طرح

از جمله مواردی را که می‌توان به‌منظور بهبود عملکرد پزشکان برنامه پزشک خانواده، مورد استفاده قرارداد، عبارت‌اند از: آموزش به بیماران در خصوص وظایف پزشک خانواده و نظام ارجاع و در نتیجه، انتظارهای کمتر مشتریان این برنامه و همچنین کمک به ایجاد تعامل سازنده و دوجانبه میان اعضای گروه سلامت و تعریف دقیق وظایف گروه و فراهم‌آوردن شرایط بهتر برای ارتقا و رشد پزشکان شاغل در گروه سلامت.

### نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعه، عوامل بازدارنده انگیزشی به‌عنوان یک مشکل اساسی در جهت پویاسازی برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان شاغل در حوزه سلامت شناخته‌شده است و نیاز است مسئولان به آن توجه داشته باشند؛ به‌منظور پیشبرد اهداف سازمانی از جمله «ارتقای کمیت و کیفیت تولید خدمات، می‌توان با فراهم‌کردن شرایط کاری بهینه و کاهش محدودیت‌ها که کلیدی برای حفظ نگرش مثبت پزشکان است، فراهم‌آوردن حمایت‌های سازمانی و فراهم‌کردن شرایط ارتقای شغلی و توانمندی‌ها از طریق برنامه‌های آموزشی به‌خصوص برای پزشکان شاغل در مناطق روستایی» باعث ارتقای برنامه پزشک خانواده در کشور شد.

با توجه به بررسی‌های موجود، در مناطق مختلف کشور، تعداد جمعیت تحت پوشش پزشکان خانواده افزایش یافته (۲۸،۲۷) و این امر، نشانگر ریزش و کاهش تعداد پزشکان و تقاضای آنها برای خدمت در این برنامه است و هرچند، کمبود پزشک در بسیاری از کشورهای دیگر نیز مشاهده می‌شود، یکی از دلایل افزایش جمعیت تحت پوشش پزشکان خانواده، ریزش تعداد پزشکان در ایران است؛ براساس این مطالعه کیفی، از جمله دلایلی که باید برنامه‌ریزان سلامت کشور در جهت پویاسازی برنامه پزشک خانواده و افزایش اشتیاق پزشکان به‌منظور نگهداشت خدمات آنان در این برنامه به آن توجه کنند، «پایین‌بودن سطح درآمد، کاهش سطح رضایتمندی و افزایش تمایل به ترک این برنامه» است لذا لازم است

صورت‌می‌گیرد تا سایر اعضای گروه سلامت و به‌خصوص بهورزان؛ در مطالعه امیری و همکاران نیز، میزان رضایت از بهورزان و سایر اعضای گروه سلامت در زمینه همکاری با پزشک و مراقبت از بیماران ۲۸،۸ درصد گزارش شده بود و میزان رضایت ایشان از دانش و مهارت بهورزان ۳،۴ درصد بود که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد؛ همچنین دلیلی دیگر که می‌تواند کاهش رضایت پزشکان خانواده را از دانش و مهارت بهورزان توجیه کند، پایین‌بودن مدرک تحصیلی آنهاست (۲۶).

در پژوهش حاضر، عامل بازدارنده اداری دیگر، مسئله دفترچه‌های بیمه است که بر این اساس، عدم وجود امکانات لازم برای نمونه‌گیری آزمایشگاه، محدودیت‌ها، مشکلات موجود در مسیر تعویض دفترچه‌های بیمه، نبود برخی از اقلام دارویی در فهرست داروهای مورد نیاز برنامه پزشک خانواده، عدم دریافت داروهای جدید و گران‌قیمت و متفاوت‌بودن دید پزشک و بیمه در خصوص داروها از جمله مشکلات مطرح‌شده در پژوهش حاضر است.

در طبقه اصلی آشناسازی ناکافی، زیرطبقه توجیه ناکافی نظام بهداشتی و درمانی، عدم فرهنگ‌سازی مناسب، مطرح شد به‌طوری‌که بیشتر شرکت‌کنندگان این پژوهش اذعان داشتند، عدم فرهنگ‌سازی مناسب پیش از آغاز برنامه، باعث افزایش سطح توقعات مردم از برنامه شده است به‌گونه‌ای که برخی از این خواسته‌ها با زیرساخت‌ها و اهداف این برنامه همخوانی ندارند؛ در نتیجه، موجب ایجاد مشکلات و مسائل گوناگون در راه اجرای آن شده‌اند و در بعضی از زمینه‌ها نیز باعث نارضایتی مردم شده‌اند.

با اجرای صحیح این برنامه و افزایش کیفیت و کارایی آن، زمانی کمتر برای تشخیص بیماری توسط پزشک به دلیل شناخت او از بیماری و خانواده وی و سابقه بیماری او صرف‌شده، مشکلات در خصوص کمبود پزشک در کشور نیز حل می‌شود و جلوگیری از افزایش تجمع تعداد زیادی از پزشکان در یک منطقه خاص و بهبود دسترسی مردم به خدمات، باعث افزایش رضایتمندی مردم می‌شود.



پاسخگویی بوده که می‌تواند در چگونگی پاسخ آنان تأثیرگذار بوده‌باشد لذا پژوهشگر سعی کرده‌است با فراهم کردن شرایط به‌طور کامل راحت، دادن فرصت زمانی مناسب به مددجو و بازکردن پرسش‌ها، تا حدودی این متغیر را کنترل کند.

### سپاس و قدردانی

از معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی اراک که طرح حاضر را با شماره ۶۸۳ مورد تصویب و حمایت مالی قرار داده، تقدیر و تشکر می‌شود.

### منابع

- Naghavi M, Jamshidi H, editors. Utilization of health services in Iran 2002. Tandis press; 2005.[Persian].
- Pilehrodi S, editor. Management services on district health network. Ministry of Health press; 1997.[Persian].
- Shojaetehrani H, editor. Generalities of health services. Samat press;1998.[Persian].
- Ghaneie H. Effective Factors on job satisfaction of physicians of Kurdistan province. Journal Kurdistan University of Medical Sciences 1998;7(2):8-12. [in Persian]
- Health services management team. Guidelines for Family physician and rural insurance. 10th version revised. Ministry of Health (MOH) Publication 2009 [Persian]
- Report of WHO Expert committee on data and statistics, NHA ratios and per capita level" 2000-2005. [Retrieved 15.8.2010, from <http://www.who.int/nha/country/en/index.htm>]
- Bayati A, Ghanbari F, Maleki A, Hosseini, Shamsi M. The experiences of health team members regarding general interest in the family medicine programs in Arak health centers in 2012. Arak Medical University Journal (AMUJ) 2014; 17(82): 1-12
- Bayati A, Ghanbari F, Hosseini S, Maleki A, Shamsi M. Factors Influencing Family Physician Program from the Perspective of the Health Team. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2014; 24 (115): 22-35.
- Sazmane nezam pezeszki. Decreased physician satisfaction; why?; [Retrieved 14.3.2010, from <http://www.irimc.org/Magazines/ViewSection.aspx?id=6229>]
- Golalizadeh E, Mosazadeh M, Amiresmaile M, Ahangar N. Callange in 2 refere level in family programs: A qualitative study. Journal of Institute Medicine in Republic of Iran 2011; 29(4): 309-321
- Janati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. Knowledge & Health Journal 2010; 4(4): 39-44. [In Persian].
- Neuendorf , Kimberly A. The Content Analysis Guidebook Thousand Oaks , CA: Sage publications 2002
- Stereubert SH, Carpenter D.R. Qualitative research nursing – A advance the Humanistic Imperative . 4 thed Philadelphia 2007; Lippincott p:14-17
- Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katić M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Family practice. 2008; 25(4): 245-65.
- Lee FJ, Stewart M, Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them. Canadian Family Physician 2008; 54(2): 234-5.
- Tae M, Safizadeh H, Divsalar K. Frequency of Burnout among General Practitioners of Kerman City, 2008. Journal of Kerman University of Medical Sciences 2010; 17(3): 268-76.
- Dieleman M, Cuong PV, Anh LV, Martineau T. Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. Hum Resour Health 2003; 1(1): 10.

مستولان و برنامه‌ریزان سطوح کشوری با اصلاح و بازنگری برنامه‌ها، حمایت و پشتیبانی از سطوح ارائه خدمات را در برنامه پزشک خانواده تقویت کنند.

نتایج این مطالعه، تنها یک ارزیابی مقدماتی و مقطعی از چالش‌های اجرای پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان شاغل در شهرستان اراک است؛ بنابراین، انجام سایر مطالعات با حجم نمونه متفاوت و با روش‌های دیگر به‌منظور بررسی سایر ابعاد پزشک خانواده پیشنهاد می‌شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، تفاوت حالات درونی نمونه‌های شرکت‌کننده به هنگام

18. Farahbakhsh M, Zakeri A, Khodae N. Health information system in the district health center, Tabriz. *Scientific Journal School Public Health & Institute Public Health Res* 2008; 6(3-4): 1-10.
19. Fakhrazad M, Fakhrazad N, Dehghani M. The role of electronic health records in presenting health information. *Magazine of Elearning Distribution in Academy* 2012; 2(4): 31-40.
20. Golalizadeh E, Moosazadeh M, Amiresmaili M, Ahangar N. Challenges related to second level of the referral system in family medicine plan: A qualitative research. *Journal of Medical Council Iran* 2012; 29(4): 309-21.