

علل کناره‌گیری پزشکان از طرح پزشک خانواده روستائی در سال ۱۳۹۱

سمیه صدیقی^۱ / میلاد امینی^۲ / ابوالقاسم پوررضا^۳

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت طرح پزشک خانواده در نظام سلامت و بکارگیری بهترین افراد به عنوان پزشکان خانواده در رأس تیم سلامت و کسب رضایت‌مندی آنان، این مطالعه در پی آن است که با بررسی علل ترک خدمت و کناره‌گیری پزشکان خانواده از این طرح بپردازد.

روش پژوهش: مطالعه حاضر از نوع مطالعات کاربردی و توصیفی - تحلیلی بوده که بر روی کلیه پزشکان خانواده شاغل در دانشگاه علوم پزشکی تهران بصورت سرشماری انجام گرفته است (N=26). روش گردآوری داده‌ها در این پژوهش با استفاده از ابزار پرسشنامه که توسط پژوهشگر ضمن بررسی و مطالعات صورت گرفته تدوین گردیده است، استفاده شده که پایایی و روایی‌سنجی آن نیز انجام گردیده است (آلفا کرونباخ=۰/۹۶). داده‌های خام با استفاده از نرم‌افزار SPSS v19 در دو سطح آمار توصیفی (درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (آزمون تی تک‌نمونه‌ای، آزمون تی دو نمونه‌ای و آنالیز واریانس یک‌راهه) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معناداری در کلیه سطوح آزمون ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بر اساس نظرات و پاسخ‌های پزشکان خانواده در خصوص علل کناره‌گیری، میانگین نمره مولفه "مشکلات محیطی، رفاهی و آموزشی" در حدود ۳/۶۸، مولفه "مشکلات سیستمی" نمره میانگین نظرات ۳/۵۶، مشکلات اقتصادی با میانگین ۳/۳۶ (به عنوان کمترین عامل موثر در کناره‌گیری)، خروجی آزمون تی پیرامون مولفه "مشکلات اداری" نیز همانند مولفه "مشکلات اقتصادی" نشان از عدم تاثیر این مولفه بر کناره‌گیری پزشکان از طرح را داشت و در نهایت مولفه مشکلات اجتماعی - فرهنگی با احتمال ۰/۹۵ با کسب نمره میانگین ۳/۶۹ به عنوان مهم‌ترین عامل تأثیرگذار شناخته شده‌اند.

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیرگذاری مولفه اجتماعی و فرهنگی در کناره‌گیری و ترک پزشکان خانواده قدم اصلی در اجرای این طرح ملی، فرهنگ‌سازی مناسب در بین دو طرف ارائه‌دهنده و گیرنده خدمت طبق قوانین جاری کشور خواهد بود. در این امر برنامه‌ریزی آموزشی مستمر در تمام سطوح جهت ارتقای آگاهی، نگرش و فرهنگ صحیح بهره‌مندی از خدمات پزشک خانواده لازم است تا مجری، خریدار خدمت و ارائه‌دهندگان در زمینه اطلاع‌رسانی بیشتر و آگاهی‌بخشی عمومی به روستائیان همکاری نمایند. لذا مسئولین باید در جهت ارتقاء آگاهی و ایجاد بستر فرهنگی مناسب جهت بهبود کارایی و افزایش انگیزه کاری پرسنل طرح پزشک خانواده تلاش بیشتری نمایند.

کلیدواژه‌ها: پزشک خانواده، نظام سلامت، کناره‌گیری، شبکه‌های بهداشتی درمانی

- ۱- دانش‌آموخته کارشناسی‌ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده علوم پایه، دانشگاه علوم و تحقیقات فارس، شیراز، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: Sayeh_afstab_1385@yahoo.com
- ۲- کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۳- استاد دانشکده بهداشت، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

تأمین نیازهای اساسی بهداشتی افراد به عنوان حقوق اجتماعی و انسانی آنها بار بسیار سنگینی را بر دوش مسئولین نظام ارائه خدمات بهداشتی گذاشته است. لذا به منظور غلبه بر این مشکلات و انجام شایسته و بایسته‌ی این مسئولیت خطیر مراکز بهداشتی - درمانی لازم است از نظر ساختار و هماهنگی فرآیند عملیات به گونه‌ای تنظیم گردند تا افراد قادر باشند با یک نیاز ویژه، به یک مرکز ویژه، به یک فرد ویژه، با دانش، نگرش و مهارت ویژه و متناسب با نیازهای مورد نظر مراجعه کرده و یا در صورت لزوم ارجاع داده شود [۱].

به نظر می‌رسد یکی از راه کارهای دستیابی به چنین نگرشی می‌تواند در قالب پزشک خانواده عملیاتی گردد. پزشک خانواده مفهومی است که در مسیر هدف اعلامی توسط سازمان بهداشت جهانی و سازمان جهانی پزشکان خانواده (WONCA) یعنی "بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰" تکامل یافته است [۲].

امروزه تعریف وسیعی از نقش‌های پزشکان خانواده مطرح است به طوری که چنین افرادی مسئولیت ارائه خدمات بهداشتی و مراقبتی جامع و مستمر به صورت فردی و خانوادگی را بر عهده داشته و دامنه و حوزه فعالیت آنها شامل تمامی سنین، فارغ از جنسیت بیماران، تمامی ارگان‌ها و هر نهاد بیماری است [۳]. هم‌چنین پزشکان خانواده علاوه بر مسئولیت درمانی ارائه‌کننده خدمات پیشگیرانه و مراقبت‌های اولیه به بیماران می‌باشند [۴]. ویلیام با بیان دلایلی معتقد است که پزشکان خانواده دارای نقش معلمی نسبت به بیماران و همکاران دیگر خود نیز هستند [۵]. بنابراین چنین پزشکانی می‌توانند نقش مهم و اساسی در آموزش بیماران، ارائه خدمات پیش‌گیرانه و خدمات درمانی به کلیه نیازمندان دریافت خدمات ایفا نمایند.

از طرف دیگر تجارب جهانی نشان‌دهنده آن است که برای تعدیل و کاهش بی‌عدالتی، کنترل هزینه‌های سلامت و استفاده بهینه از نیروی تخصصی بخش سلامت می‌باید به نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده

روی آورد [۶]. همگان متفق‌القول هستند که برقراری نظام ارجاع و پزشک خانواده با تعاریف و استانداردهای در دنیا وجود دارد، می‌توانند جهشی را در شاخص‌های سلامت، بیماریابی و فرآیندهای پیشگیری، در کشور ایجاد کنند [۷]. رئیسی و همکارانش در مطالعه میدانی خود به این نتیجه رسیدند که بعد از گذشت سه سال از اجرای برنامه پزشک خانواده بهبودی در شاخص‌های بهداشت مادر و کودک دیده می‌شود [۸].

با عنایت سیاست‌گذاران به فواید و مزیت‌های طرح پزشک خانواده، یکی از موارد پیش‌بینی شده در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (ماده ۹۱)، تاکید بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع است [۹]. این برنامه از ابتدای سال ۱۳۸۴ با توزیع ۲۱ میلیون دفترچه بین روستاییان و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر به اجرا درآمده است [۱۰].

گزارشات کشوری نشان می‌دهند که دانشگاه‌های علوم پزشکی که مسئولیت اصلی اجرای طرح پزشک خانواده را بعهده دارند از نظر پوشش کمی اجرای طرح، موفقیت‌های چشمگیری بدست آورده‌اند [۱۱]. اما از لحاظ کیفیت طرح وضع به این گونه نیست. مطالعات متعددی نشان از عدم رضایت ارائه‌دهندگان خدمت (بویژه پزشکان خانواده) و دریافت‌کنندگان خدمت از مجموعه این طرح دارند. برای مثال در مطالعه عبادی‌فردآذر و همکاران تنها ۴۶٪ از مراجعه‌کنندگان از برنامه پزشک خانواده رضایت داشته [۱۲] و در مطالعه نصوحی و همکاران تنها ۳۰٪ از روستاییان رضایت زیاد و خیلی زیاد از طرح را داشتند [۱۳]. از طرف دیگر پزشکان خانواده به عنوان ارائه‌کنندگان اصلی خدمات خود نیازها و انتظاراتی از عملکرد خود در مناطق محروم دارند، که چنانچه پاسخ مناسب برای آنها یافت نشود ممکن است به ناراضی‌تاری ارائه‌دهنده و مصرف‌کننده (هر دو) در حوزه سلامت منجر شود [۱۴]. در مطالعه مطلق و همکارانش که پزشکان خانواده شاغل مراکز بهداشتی درمانی روستایی در استان های مازندران، گیلان و گلستان را از لحاظ وضعیت رضایت

اجرای هر چه بهتر برنامه پزشک خانواده در کشور تهیه و ارائه گردد.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع مطالعات کاربردی و توصیفی-تحلیلی است که به صورت مقطعی (CROSS-sectional) انجام شده است. جامعه مورد پژوهش در این مطالعه، کلیه پزشکان خانواده (۲۶ پزشک خانواده) طرف قرارداد با شبکه‌های بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران بوده است، که به روش سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند.

جهت دستیابی به اهداف مطالعه، روش گردآوری داده‌ها در این پژوهش بررسی مطالعات اسنادی و استفاده از پرسشنامه بوده است. به منظور طراحی پرسشنامه مورد نظر، ابتدا قوانین، مصوبات و دستورالعمل‌های اجرایی در زمینه طرح پزشک خانواده جمع‌آوری شده، سپس با لحاظ ویژگی‌های قانونی طرح و مصاحبه با ۵ تن از دست‌اندرکاران، متخصصان و صاحب‌نظران این حوزه، عواملی که می‌توانست موجب کناره‌گیری پزشکان از طرح پزشک خانواده شود، شناسایی و در ۵ مقوله دسته‌بندی گردید. در واقع این ۵ مقوله عللی قلمداد شدند که می‌توانست کناره‌گیری پزشکان از طرح را تبیین نماید. عوامل یادشده عبارت بودند از: مشکلات اقتصادی، مشکلات محیطی-رفاهی و آموزشی، مشکلات سیستمی-سازماندهی، مشکلات سازمانی-اداری و مشکلات اجتماعی-فرهنگی. همانطور که گفته شد پرسشنامه بر پایه مستندات و قوانین جاری طراحی و نظرات خبرگان و صاحب‌نظران در مراحل طراحی دریافت گردید تا روایی آن به حد قابل قبول دست یافت. هم‌چنین پایایی درونی ابزار پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفته و مورد تایید قرار گرفت. (Cronbach's $\alpha=0.96$) این پرسشنامه از سه بخش تشکیل شده است. بخش دستورالعمل، بخش سوالات عمومی که در این بخش مشخصات فردی پاسخ‌دهنده که به نوعی در عوامل مورد بررسی دخیل بوده است، مانند:

مورد سنجش قرار داده بودرضایت پزشکان خانواده در سطح پایین ارزیابی شد [۱۵]. این نارضایتی‌ها باعث ترک کار و کناره‌گیری پزشکان خانواده خواهد شد. البته نارضایتی و کناره‌گیری پزشکان خانواده صرفاً در ایران رایج نبوده و در کشورهای دیگر نیز وجود دارد. در مطالعه‌ای که در سال‌های ۹۷-۱۹۹۶ برای تعیین رضایت شغلی پزشکان خانواده و عمومی در ایالات متحده آمریکا انجام شد، میزان نارضایتی پزشکان عمومی ۱۷٪ و پزشکان خانواده ۲۰٪ اعلام گردید [۱۸]. در کشور ما آمار دقیقی از میزان کناره‌گیری‌ها در دست نیست. برخی گزارشات و جراید نشان داد (بر اساس گزارش سازمان نظام پزشکی کشور) که طرح پزشک خانواده ریزش ۲۵٪ پزشکان خانواده را از مناطق مختلف، در آغازین سال‌های اجرای طرح به همراه داشته است [۱۶]. بر اساس اعلام‌نظر نایب رئیس انجمن پزشکان عمومی سالانه شاهد ریزش ۳۰ تا ۳۵ درصد از پزشکان خانواده هستیم [۱۷]. بنا به ضرورت زمان و تأخیر رشد ناشی از توقف در تفکرهای سلیقه‌ای و الزام قانون برنامه سوم، چهارم و پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، کشور در حال تحولی بزرگ در نظام ارائه خدمات سلامت می‌باشد و این تحول عظیم مسلماً مانند هر تغییر دیگری در نظام سلامت که هدف آن همگانی کردن و عدالت در ارائه باشد، نیازمند یک دیدگاه و بررسی نظام‌مند است. این بررسی باید ضمن داشتن آگاهی کافی نسبت به مشکل، راه‌حل‌ها و مولفه‌های موثر را بررسی نموده و گزینه‌های لازم را جهت اجرای مناسب در جهت حصول به اهداف کلی ارائه نماید.

پژوهش حاضر توجه صرف به موضوع پزشک خانواده نموده و در نظر دارد مؤلفه‌های تأثیرگذار در نارضایتی و در نتیجه کناره‌گیری پزشکان خانواده از طرح را در جهت رسیدن به اهداف کلان همگانی نمودن خدمات سلامت بررسی و بر اساس اولویت مورد سنجش قرار دهد.

بنابر موارد پیشگفت، انتظار می‌رود که با انجام این پژوهش نسخه‌ای کامل در حد توان پژوهشگر برای

با احتمال ۹۵٪ با حد بحرانی ۳ برابر است و اختلاف میانگین موجود ناشی از نمونه‌گیری می‌باشد. بنابراین این عامل از دید پزشکان موثر بر کناره‌گیری نمی‌باشد. ($P=0.21$) (جدول ۲).

میانگین نمره مولفه "مشکلات محیطی، رفاهی و آموزشی" در حدود ۳.۶۸ می‌باشد که خروجی آزمون تی تک نمونه‌ای نشان از تاثیر داشتن این مولفه بر کناره‌گیری پزشکان از طرح را داشت. ($P=0.21$, CI: 0.34-1.02)

پیرامون مولفه "مشکلات سیستمی" نمره میانگین نظرات ۳.۵۶ می‌باشد که خروجی آزمون تی نشان از بزرگ‌تر بودن این میزان از حد بحرانی ۳ بوده و تاثیرگذاری آن بر کناره‌گیری پزشکان تایید گردید. ($P=0.003$, CI: 0.21-0.92)

خروجی آزمون تی پیرامون مولفه "مشکلات اداری" نیز همانند مولفه "مشکلات اقتصادی" نشان از عدم تاثیر این مولفه بر کناره‌گیری پزشکان از طرح را داشت. ($P=0.059$, Mean=3.3)

از دید آزمودنی‌های پژوهش، مولفه آخر یعنی مشکلات اجتماعی- فرهنگی با میانگین نمره ۳.۶۹ بر کناره‌گیری پزشکان خانواده از طرح تاثیرگذار بودند. ($P=0.001$, CI: 0.3-1.09) (جدول ۳).

نظرات اشاره شده در بالا از نظرات کلیه پزشکان خانواده بدست آمده است، لیکن بررسی تاثیرات احتمالی مشخصات زمینه‌ای پزشکان بر تاثیرگذاری کناره‌گیری در جدول شماره ۴ ارائه شده است. با توجه به خروجی آزمون‌ها مشخص است که تاثیر هر پنج مولفه مورد کاوش به تفکیک مشخصات زمینه‌ای پزشکان یعنی وضعیت تاهل، سابقه کار و تعداد ویزیت ماهانه یکسان می‌باشد. پیرامون مشخصه جنسیت، تنها نمره مشکلات اداری می‌باشد که از لحاظ تاثیرگذاری بر کناره‌گیری پزشکان از طرح در دو گروه زنان و مردان متفاوت است. البته همانطور که در قسمت قبل اشاره شد مشکلات اداری در کل تاثیرگذار نمی‌باشد با این حال مردان بیشتر از زنان این مشکل را در کناره‌گیری

نام مرکز بهداشتی درمانی پزشک خانواده، سن، جنسیت، وضعیت تاهل، بومی یا غیربومی بودن، پزشکان وضعیت خدمت رسانی بیان گردید. و در نهایت بخش سوالات اختصاصی: این بخش شامل ۳۰ سؤال است که به طور هماهنگ با اهداف پژوهش طرح گردیده است. به طوری که سوالات ۱ الی ۶ مربوط به هدف اول یعنی تاثیر مشکلات اقتصادی در کناره‌گیری پزشکان خانواده، سوالات ۷ الی ۱۰ مربوط به هدف دوم یعنی تاثیر مشکلات محیطی، بهداشتی، رفاهی و آموزشی در کناره‌گیری پزشکان خانواده، سوالات ۱۱-۱۷ مربوط به هدف سوم یعنی تاثیر مشکلات سیستمی و سازماندهی در کناره‌گیری پزشکان خانواده، سوالات ۱۸-۲۴ مربوط به هدف چهارم یعنی تاثیر مشکلات اداری در کناره‌گیری پزشکان خانواده، سوالات ۲۵-۳۰ مربوط به هدف پنجم یعنی تاثیر مشکلات اجتماعی و فرهنگی در کناره‌گیری پزشکان خانواده می‌باشند.

در نهایت پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط پرسش‌گران و جمع‌آوری آنها، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ۱۸ در دو سطح آمار توصیفی (درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (آزمون تی تک نمونه‌ای، آزمون تی دو نمونه‌ای و آنالیز واریانس یک‌راهه) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معناداری در کلیه سطوح آزمون ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در بین جامعه آماری مورد پژوهش، در حدود ۸۴.۶٪ از جامعه آماری پزشکان خانواده را زنان و در مقابل ۱۵.۴٪ را مردان تشکیل می‌دادند. سایر خصوصیات مربوط به پزشکان خانواده در جدول شماره ۱ قابل بررسی می‌باشند (جدول ۱).

بر اساس نظرات و پاسخ‌های پزشکان خانواده نمره میانگین مولفه‌های موثر در کناره‌گیری پزشکان خانواده مشخص گردید و از بین آنها مولفه مشکلات اقتصادی (۳.۳۶) کمترین نمره و مولفه اجتماعی - فرهنگی بیشترین میانگین را داشته است. نتیجه آزمون تی تک نمونه‌ای پیرامون این مولفه نشان داد که نمره میانگین

پزشکان خانواده از طرح موثر می‌دانستند. (P=0.04) (جدول ۴).

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از عوامل مهم 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 و به تبع آن کاهش کمیت و کیفیت خدمات و در نتیجه کناره‌گیری ارائه‌دهندگان خواهد شد که آسیب جدی بر عرصه خدمات مراقبت سلامت وارد خواهد کرد [۱۹]. در این پژوهش که با هدف بررسی عوامل موثر بر کناره‌گیری پزشکان از طرح پزشک خانواده صورت گرفت، نتایج بدست آمده نشان داد که مشکلات فرهنگی و اجتماعی در استقرار و اجرای این طرح تأثیر به‌سزایی در ناراضی‌تبی و لذا کناره‌گیری پزشکان خانواده داشته است.

بر اساس بررسی‌های صورت گرفته پیش از اجرای پژوهش برخی عوامل ناراضی‌تبی پزشکان خانواده از اجرای طرح مذکور مربوط به مشکلات اقتصادی، مشکلات محیطی-رفاهی و آموزشی، مشکلات سیستمی-سازماندهی و مشکلات اجتماعی-فرهنگی بوده است. شایان ذکر است که، وجه تمایز این پژوهش با پژوهش‌های اخیر در خصوص ناراضی‌تبی پزشکان خانواده و بررسی علل و تأثیرگذاری هر یک از مشکلات موجود در کناره‌گیری و یا ترک خدمت شاغلین در طرح پزشک خانواده می‌باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که مشکلات اقتصادی، از دیدگاه پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، به عنوان عاملی موثر در ترک خدمت و یا کناره‌گیری آنان از طرح پزشک خانواده نمی‌باشد. به یقین این امر نشان‌دهنده مناسب بودن شرایط اقتصادی پزشکان در طرح نبوده چرا که بررسی‌های اولیه در تعیین چالش‌های موجود در طرح پزشک خانواده، وجود برخی مشکلات اقتصادی را از زبان پزشکان شاغل در این طرح تصدیق می‌نمود. لذا می‌توان بیان داشت که وجود عوامل موثر دیگری

در کناره‌گیری آنان از این طرح دخیل می‌باشد. به علاوه می‌توان بیان داشت که تفاوت در میزان حقوق و مزایای پزشکان خانواده و برنامه‌ریزی‌های مناسب جهت نحوه پرداخت به پزشکان نیز می‌تواند به عنوان عوامل موثر در ناراضی‌تبی آنان از این امر باشد. در پژوهشی که توسط مطلق و همکاران [۲۱] انجام گرفت، نیز نتایجی مشابه آنچه در این پژوهش انجام گردیده است که نشان داد کمترین سطح رضایت پزشکان خانواده مربوط به کمیت حق‌الزحمه و پرداخت به موقع آن بوده است.

عامل مورد بررسی دیگر در این پژوهش، مشکلات محیطی، رفاهی و آموزشی می‌باشد. این عامل در مطالعات دیگر نیز مورد بررسی واقع گردیده است. به طوری که در پژوهش نصوحی و همکاران تحت عنوان «بررسی میزان رضایت مردم از خدمات پزشک خانواده» انجام شد، وضعیت کلی رضایت از تیم سلامت، شامل رضایت از مدت زمان ارائه خدمات، سهولت دسترسی به خدمات، تسهیلات و تجهیزات و ابراز در ارائه خدمت، وضعیت فیزیکی و امور رفاهی مکان ارائه خدمت مورد بررسی قرار گرفت [۲۲]. که نشان‌دهنده اهمیت این عامل در رضایت کاری پزشکان خانواده در طرح داشته است. یافته‌های حاصل از انجام پژوهش درباره عامل مذکور، بیان داشت که مشکلات محیطی، رفاهی و آموزشی با میانگین ۳۶۸ به عنوان مولفه تأثیرگذار در کناره‌گیری پزشکان خانواده از دیدگاه پزشکان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی تهران شناخته شده است.

یکی از اهداف اجرای طرح پزشک خانواده اصلاح نظام ارجاع بوده که نتایج پژوهش نشان می‌دهد که توفیق آن‌چنانی در این مدت حاصل نشده است. در ذیل مولفه سیستمی-سازماندهی که با میانگین ۳۵۶ در رتبه سوم از متغیرهای تأثیرگذار قرار دارد، یافته‌های پژوهش در این حوزه نشان داد که پزشکان خانواده از کمیت و کیفیت پس‌خوراند موارد ارجاعی، به سطح ۲ ناراضی بوده که با نتایج پژوهش عبادی‌فردآذر نیز هم‌خوانی دارد. در پژوهش وی نشان داد که از بین ۳۷۲ بیمار

فرهنگ‌سازی مناسب در بین دو طرف ارائه‌دهنده و گیرنده خواهد بود. در پژوهش‌های عسگری و همکاران نیز در نظرسنجی از پزشکان خانواده در ذیل مولفه کیفیت اطلاع‌رسانی به مردم، میزان نارضایتی پزشکان از این امر، ۶۶.۰۸ بوده و تنها ۲۲ درصد از پزشکان از این مولفه احساس رضایت داشتند. که این نتایج میزان اهمیت این امر را در اجراییک سیاست جدید در نظام سلامت نشان می‌دهد. که اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی مناسب هم در میان ارائه‌دهندگان و هم‌گیرندگان خدمات انجام پذیرد تا با کارایی بیشتر به اهداف مورد نیز دست یابد.

یکی از راه‌های کسب اطلاع و اطمینان از دستاوردهای مثبت یک طرح، نظرسنجی از کارکنان حرفه‌ای درگیر در آن می‌باشد که می‌تواند تفاوت‌های بوجود آمده را در قبل و بعد از اجرای طرح مقایسه و قضاوت کند. در این پژوهش نیز با تحلیل دیدگاه‌های پزشکان خانواده به عنوان مسئولین تیم سلامت به بررسی مولفه‌های تأثیرگذار در کناره‌گیری پزشکان شاغل در طرح پرداخته شد و بر اساس یافته‌های پژوهش مولفه‌های دخیل در کناره‌گیری به ترتیب شدت تأثیر: مشکلات اجتماعی - فرهنگی، محیطی - رفاهی و آموزشی، سیستمی - سازماندهی، اقتصادی و اداری قرار گرفتند. با در نظر گرفتن نحوه تأمین مالی و دستورالعمل‌های اداری، ساعات کاری و سیستمی مشخص است که برنامه‌ریزی در این رابطه مناسب انجام شده است و در میزان وسایل و تجهیزات، مکان زیست، فرهنگ‌سازی در بین جامعه هدف، باید برنامه‌ریزی مجددی صورت پذیرد. نوپا بودن برنامه پزشک خانواده و انجام مطالعات اندک در این زمینه از محدودیت‌های اصلی این طرح بوده است [۲۶]. افزایش آگاهی مخاطبین درگیر در طرح به ارتقاء کیفیت کار، افزایش انگیزه کاری پرسنل مجری و افزایش رضایت آنان منجر خواهد شد. طبیعی است که اگر کارکنان به عنوان مشتریان داخلی رضایت کافی از عملکرد و نحوه استقرار و اجرای آن داشته باشند، با انگیزه لازم خدمات با کیفیت بهتر ارائه می‌نمایند [۲۷].

مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۲۷ نفرشان فرم ارجاع از مراکز بهداشتی درمانی داشتند که حتی برای یک مورد از آنها هم پس‌خوراند ارجاع صادر نگردیده است [۲۳].

از طرفی امیری و همکاران [۲۴]، مطلق و همکاران نیز در پژوهش خود به این امر اشاره کرده‌اند که اکثر پزشکان خانواده از برخی مشکلات سیستمی - سازماندهی در اجرای طرح رضایت کامل را نداشتند. که تا حدودی با یافته‌های این پژوهش هم‌خوانی دارد. در حالی که در یک سیستم بهداشتی درمانی خوب سازماندهی‌شده، سطوح بالاتر باید نتیجه ویزیت و درمان کلیه بیماران ارجاع‌شده از سطح پایین‌تر را در نامه کتبی و فرم‌های استاندارد قید و توصیه‌های پیگیری را برای منبع ارجاع‌کننده گزارش کنند [۲۵] که البته در این امر لازم به ذکر است که مطالعات نشان داده است که در اکثریت بیماران عدم آگاهی را به عنوان علت اصلی عدم مراجعه به پزشک خانواده جهت پس‌خوراند ذکر کردند. علاوه بر موارد مذکور، خروجی آزمودنی‌های پژوهش پیرامون مشکلات اداری نیز همانند مشکلات اقتصادی نشان از عدم تأثیر این متغیر در کناره‌گیری پزشکان خانواده از طرح دارد.

در پژوهش فوق نشان داده شد که بین تأهل و سابقه کار و تعداد ویزیت ماهانه و هرپنج مولفه پژوهش رابطه معنادار وجود ندارد. اما تنها بین متغیر جنسیت و مشکلات اداری از لحاظ تأثیرگذاری بر کناره‌گیری پزشکان از طرح در بین دو گروه زنان و مردان متفاوت است. که بر اساس یافته‌ها، مردان بیشتر از زنان این متغیر را در کناره‌گیری موثر دانسته‌اند.

به علاوه یافته‌های این پژوهش، متغیر اجتماعی - فرهنگی نیز اشاره کرده است که بر اساس نتایج با میانگین ۳۶۹ در رتبه اول از مولفه‌های تأثیرگذار در کناره‌گیری پزشکان خانواده می‌باشد. ناآگاهی ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات از طرح مذکور، تأثیر بسزایی را در عدم رضایت و به نوعی کناره‌گیری پزشکان از طرح داشته است. به گفته ارائه‌دهندگان خدمت، اولین قدم در اجرای یک طرح ملی،

از آنجا که سیاست پزشک خانواده بعد از نظام PHC دومین اصلاح بزرگ محوری در نظام سلامت کشور است، بایستی با بهره‌گیری از نتایج مطالعات به رفع مسائل و چالش‌های سیاست پزشک خانواده پرداخت. از آنجا که بخشی از مشکلات اجرای سیاست پزشک خانواده مربوط به عدم رعایت برخی اصول توسط مردم، پزشکان و مسئولین می‌باشد، برنامه‌ریزی آموزشی مستمر در تمام سطوح جهت ارتقای آگاهی، نگرش و فرهنگ صحیح بهره‌مندی از خدمات پزشک خانواده لازم است تا مجری، خریدار خدمت و ارائه‌دهندگان در زمینه اطلاع‌رسانی بیشتر و آگاهی‌بخشی عمومی به روستائیان همکاری نمایند.

لذا مسئولین ذیربط باید تلاش بیشتری در جهت ارتقاء آگاهی، و ایجاد بستر فرهنگی مناسب جهت استقرار کامل و بهبود کارائی طرح پزشک خانواده داشته باشند. بسیاری از محققان مشکل اساسی کناره‌گیری و تنزل کیفیت و انگیزه کاری ارائه‌دهندگان سلامت را مسائل مالی و نحوه و مزایای پرداخت نمی‌دانند، بلکه برقراری شرایط فرهنگی در خور طرح در حال اجرا و پیش آگاهی به مخاطبین و افراد درگیر، این امکان را فراهم خواهد آورد که با ایجاد تناسب آگاهی و تسهیلات مناسب بر افزایش کیفیت و انگیزه کاری و به تبع آن ارائه خدمات مناسب به گیرندگان خدمت بیفزاییم. و در پایان باور داشته باشیم که اجرای هر طرح ملی در درجه نخست نیازمند ایجاد زیرساخت‌های لازم جهت استقرار مناسب آن می‌باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مرکز توسعه شبکه بهداشت و درمان شهرری و تمامی مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران به جهت حمایت‌های آنان در انجام این پژوهش، و همچنین از کلیه پزشکان شاغل در طرح پزشک خانواده که در اجرا و تکمیل سیر انجام پژوهش با ما همراه بودند کمال تشکر را داشته و از خداوند منان برای تمامی عزیزان موفقیت و سربلندی را مسئلت داریم.

جدول ۱- آمار توصیفی متغیرهای زمینه‌ای پزشکان خانواده شاغل در شبکه‌های بهداشتی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران

متغیر	مولفه	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	زن	۲۲	٪۸۴.۶
	مرد	۴	٪۱۵.۴
	کل	۲۶	٪۱۰۰
وضعیت تاهل	مجرد	۱۰	٪۳۸.۵
	متاهل	۱۶	٪۶۱.۵
	کل	۲۶	٪۱۰۰
سابقه کار	کمتر از یکسال	۶	٪۲۳.۱
	۱ تا ۲ سال	۱۷	٪۶۵.۴
	بیش از دو سال	۳	٪۱۱.۵
تعداد ویزیت ماهانه	کل	۲۶	٪۱۰۰
	کمتر از ۲۶۷	۳	٪۱۲
	۲۶۷ تا ۴۷۸	۱۰	٪۴۰
	۴۷۹ تا ۶۹۸	۸	٪۳۲
	بیش از ۶۹۸	۴	٪۱۶
	کل	۲۵	٪۱۰۰

جدول ۲ - آمار توصیفی متغیرهای مورد مطالعه (مشکلات منجر به کناره‌گیری پزشکان خانواده)

مولفه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای انحراف معیار
مشکلات اقتصادی	۲۶	۳.۳۶	۰.۷۵	۰.۱۵
مشکلات محیطی، رفاهی و آموزشی	۲۶	۳.۶۸	۰.۸۵	۰.۱۷
مشکلات سیستمی	۲۶	۳.۵۶	۰.۸۸	۰.۱۷
مشکلات اداری	۲۶	۳.۳	۰.۷۸	۰.۱۵
مشکلات اجتماعی- فرهنگی	۲۶	۳.۶۹	۰.۹۷	۰.۱۹

جدول ۳- بررسی تاثیر مشکلات منجر به کناره گیری پزشکان از طرح پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان شاغل در شبکه های بهداشتی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران

میزان آزمون=۳						مولفه ها
حدود دامنه در سطح اطمینان ۹۵٪		اختلاف میانگین	P-value	درجه آزادی	t	
بالا	پایین					
۰.۶۶	۰.۰۶	۰.۳۶	۰.۲۱	۲۵	۲.۴۷	مشکلات اقتصادی
۱.۰۲	۰.۳۴	۰.۶۸	≤۰.۰۰۱	۲۵	۴.۰۷	مشکلات محیطی، رفاهی و آموزشی
۰.۹۲	۰.۲۱	۰.۵۶	۰.۰۰۳	۲۵	۳.۲۷	مشکلات سیستمی
۰.۶۲	-۰.۰۱	۰.۳	۰.۰۵۹	۲۵	۱.۹۸	مشکلات اداری
۱.۰۹	۰.۳	۰.۶۹	۰.۰۰۱	۲۵	۳.۶۳	مشکلات اجتماعی- فرهنگی

جدول ۴- بررسی تاثیر مشکلات منجر به کناره گیری پزشکان از طرح پزشک خانواده به تفکیک متغیرهای زمینه ای پزشکان مورد مطالعه

متغیر	مولفه	مشکلات اقتصادی	مشکلات محیطی، رفاهی و آموزشی	مشکلات سیستمی	مشکلات اداری	مشکلات اجتماعی- فرهنگی
جنسیت	زن	۳.۲۹ (۰.۷۷)	۳.۵۶ (۰.۸۱)	۳.۴۶ (۰.۹۱)	۳.۱۷ (۰.۷۶)	۳.۵۵ (۰.۹۷)
	مرد	۳.۷۳ (۰.۵۲)	۴.۳۱ (۰.۹)	۴.۱۱ (۰.۴۷)	۴.۰۴ (۰.۵۴)	۴.۴۶ (۰.۶۳)
	P-value	۰.۲۸۹	۰.۱۰۷	۰.۱۸۵	۰.۰۴	۰.۸۵
وضعیت تاهل	مجرد	۳.۲۶ (۰.۹۶)	۳.۴۳ (۰.۸۴)	۳.۴۸ (۰.۷۷)	۳.۱۵ (۰.۷۳)	۳.۵۲ (۰.۸۷)
	متاهل	۳.۴۳ (۰.۶۱)	۳.۸۳ (۰.۸۵)	۳.۶۲ (۰.۹۶)	۳.۴ (۰.۸۲)	۳.۸ (۱.۰۵)
	P-value	۰.۵۸۸	۰.۲۵۲	۰.۷۱۳	۰.۴۳۸	۰.۴۷۸
سابقه کار	کمتر از یکسال	۳.۱۷ (۰.۷۸)	۳.۶۸ (۱.۱۶)	۳.۴۶ (۰.۸۷)	۳.۰۸ (۰.۸۱)	۳.۲۵ (۰.۹۸)
	۱ تا ۲ سال	۳.۳۵ (۰.۷۷)	۳.۷۳ (۰.۸۲)	۳.۷۶ (۰.۷۵)	۳.۴۸ (۰.۷۷)	۳.۸۶ (۱.۰۳)
	بیش از دو سال	۳.۸۳ (۰.۴۹)	۳.۴۲ (۰.۳۸)	۲.۶۴ (۱.۲۶)	۲.۷۴ (۰.۶۱)	۳.۶۱ (۰.۲۵)
	P-value	۰.۴۶۶	۰.۸۵۶	۰.۱۱۷	۰.۲۳۴	۰.۴۲۷
تعداد ویزیت ماهانه	کمتر از ۲۶۷	۳.۵۶ (۰.۸۷)	۳.۱۷ (۰.۵۲)	۳.۲۹ (۰.۲۵)	۳.۱ (۰.۷۱)	۳.۵۶ (۰.۳۵)
	۲۶۷ تا ۴۷۸	۳.۵۸ (۰.۷۵)	۳.۸۴ (۱.۰۴)	۴ (۷۸)	۳.۶۱ (۰.۷۷)	۴.۱۲ (۱.۲۱)
	۴۷۹ تا ۶۹۸	۳.۱۲ (۰.۷)	۳.۶۹ (۰.۹۱)	۳.۴۶ (۰.۸۱)	۲.۹۸ (۰.۷۹)	۳.۴ (۰.۹۶)
	بیش از ۶۹۸	۳.۴ (۰.۸۲)	۳.۶۵ (۰.۵۸)	۲.۹۴ (۱.۳۴)	۳.۳۸ (۰.۹۵)	۳.۵۴ (۰.۳۲)
	P-value	۰.۶۳۶	۰.۷۳۱	۰.۱۹۷	۰.۴۱۹	۰.۴۵۵

Reference:

- 1- Rasoulinejad A. Evaluation of Referral in the provision of health care and reform and solutions in health networks in Isfahan [M.S] Islamic Azad University. Tehran Science and Research Branch; 2000 [Persian]
- 2- Schmittling G, Tosu C. Obstetrical privileges for family physicians: A national study. J Fam Pract. 1989; 29(2): 179-184.
- 3- American Academy of Family Physicians. Facts about family medicine practice profile of family physicians, December 31: 2006. Available at:<http://www.aafp.org/online/en/home/aboutus/specialty/facts/4.html>. Accessed Aug 23, 2007
- 4- Robert E, David P. Textbook of Family Medicine. Eighth ed. Journal of Elsevier Health Sciences 2011; 12(8):5-11
- 5- William R, Deborah G. The Domain of Family Practice: Scope, Role, and Function, Fame Med Journal, 2001; 33(4):273-277.
- 6- Chaman R, Amiri M. Implementation of National family physicians in shahrod: Status of Executive services and Evaluation the quality of performed, Hakim 2011; 14(2):23-30. [Persian]
- 7- Sedighi S. Evaluation the causes of Resigned of Family Physicians from Family Physician Health Care Plan [B.S].Tehran, Tehran University of Medical Sciences and Health Care Services. 2008 [Persian]
- 8- Raeisi P, Ebadi Fard Azar F. 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, Iran; Journal of Health Administration 2011; 43 (13): 27-36. [Persian]
- 9- Ministry of Health and Medical Education. Health Sector Reform in Islamic Republic of Iran, Tehran: National Office of Health Sector Reform; 2007. [Persian]
- 10- Ministry of Health and Medical Education. Executive Instruction of Family medicine and Rural Insurance, Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2009. [Persian]
- 11- Ebadi Fard Azar F, Haghani H. Monitoring the National family physicians and referral system in Rabat karim. ; Journal of Hospital 2009; 8(5):7-12. [Persian]
- 12- Ebadi fard azar F, Raeesi P. Patient's admission and referral system observance in five educational centers (IUMS). J Qazin Univ Med Sci 2002; 23(5):30-5. [Persian]
- 13- Nosvhy Y, rezazadeh A. Guiding the enjoyment of family physician services for equity in health development. International seminar equity in health systems, Isfahan, Iran, 2000; P. 12. [Persian]
- 14- Robins SP, De Cenzo DA. Fundamentals of Management. New Jersey. Pearson. 2005
- 15- Motlagh M E, Porshirvani N. Satisfaction of family physicians (FPs) about effective factors on activation of FP program in medical Universities, journal of guilan university of medical sciences 2010, No:76: 48-55 [Persian]
- 16- Sadr N. Journal of Medical Council of Islamic republic of Iran 2007; 24(1):6.
- 17- <http://www.dastyari.ir/>
- 18- Devoe J, George E. Does career Dissatisfaction Affect the ability of family physicians to deliver high quality patient care? Journal of Family practice 2002; 5(2): 23-28
- 19- Davoudi S. health and its determinants, 1st ed, Tehran, Asare Mouaser 2008: 140-2. [Persian]

- 20- Asgari H, Kheirmnd M. Satisfaction of physicians and midwives participating in the rural family physician and insurance scheme with the plan in Isfahan province, Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2012; 10(2): 11-20. [Persian]
- 21- Motlagh M E, Porshirvani N. Satisfaction of family physicians (FPs) about effective factors on activation of FP program in medical Universities, journal of Guilan University of medical sciences, 2010; No 76: 48-55. [Persian]
- 22- Nosvhy Y, rezazadeh A. guiding the enjoyment of family physician services for equity in health development. International seminar equity in health systems, Isfahan, Iran. 2008.P.12
- 23- Ebadi fard azar F, Raeesi P. Patient's admission and referral system observance in five educational centers (IUMS). J Qazin University Med Sci .2002; 23:30-5 [Persian]
- 24- Amiri M, Raee M. Family physician: The mutual satisfaction of physicians and healthcare team members, Razi Journal of Medical Sciences 2012: 18(92): 23-30 (Persian)
- 25- Motlagh M E, Porshirvani N. Satisfaction of family physicians (FPs) about effective factors on activation of FP program in medical Universities, journal of guilan university of medical sciences 2010; No:76:48-55. [Persian]
- 26- Amiri M, Raee M. Family physician: The mutual satisfaction of physicians and healthcare team members, Razi Journal of Medical Sciences 2012: 18(92):23-30 (Persian)
- 27- Tallae, M H. Beheshti Hospital Nurse' job satisfaction, [MS Thesis], Mazandaran University of Science and Technology: 2000. [Persian]