Views of managers, health care providers, and clients about problems in implementation of urban family physician program in Iran: A qualitative study

Farzadfar F., MD., PhD[1], Jafari S., BS[2], Rahmani Kh., PhD[3], Valiee S., PhD[4], Bidarpour F., MD[5], Molasheikhi M., MSc[6], Moradi Gh., MD., PhD[7]

1. Non-Communicable Diseases Research Center, Endocrinology and Metabolism Population Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. MSc Student of Epidemiology, Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
3. Assistant Professor, Liver and Digestive Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
4. Assistant Professor of Nursing Education, Clinical Care Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
5. General Practitioner, Health Vice Chancellor, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
6. Reproductive Health Expert, Department of Health, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
7. Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran (Corresponding Author), Tel:+98-87-33663378, moradi_gh@yahoo.com

ABSTRACT

Background and Aim: From 2011 to 2013 some efforts had been made in Iran to implement urban family physician program. The aim of this study was to determine the viewpoints of managers, providers, and clients of health care services about the problems in the implementation of urban family physician program in Iran.

Materials and Methods: This study was a qualitative study. Data were collected through holding 21 sessions of focus group discussions and 37 individual interviews with managers, providers, and clients of health care services in Alborz, West Azerbaijan, and Kurdistan Provinces in 2014. Data were analyzed by means of content analysis method.

Results: According to the results of this study, the problems on the implementation of urban family physician program in Iran can be classified into seven categories including: financial, cultural, educational, motivational, structural, administrative, and contextual problems.

Conclusion: We propose definition and stabilization of the financial resources and establishment of appropriate rules for payments to solve financial problems, and also training of general population and staffs and involvement of the mass media in training to solve the cultural problems. In order to solve the educational problems reforms in medical curriculum are recommended. Motivational problems can be solved via encouraging the private sector and experts to take part in the program and also through guaranteeing the continuity of the program. Establishment of appropriate organizations and provision of protocols are recommended to solve the structural problems. Finally, to overcome the contextual problems it is suggested to promote cross-sectoral and inter-sectoral coordination and also attract support from policy-makers.

Keywords: Family physician, Service providers, Service clients, Qualitative research, Iran.

Received: Sep 7, 2016 **Accepted:** Aug 9, 2017

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/22.5.66]

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان /دوره بیست و دوم / آذر و دی ۱۳۹۶/۸۳-۶۶

دیدگاه مدیران، گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در زمینه مشکلات اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران: یک مطالعه کیفی

فرشاد فرزادفر[۱]، سعیده جعفری[۲]، خالد رحمانی[۳]، سینا ولیئی[۴]، فرزام بیدارپور[۵]، مهری ملاشیخی[۶]، قباد مرادی[۷]

۱.دانشیار جمعیت و بهداشت بین‌الملل، مرکز تحقیقات بیماریهای غیرواگیر، پژوهشکده علوم جمعیتی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲.دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت کردستان ، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۳. استادیار ، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۴. استادیار آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۵. دکترای پزشکی، معاون بهداشتی دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۶. کارشناس بهداشت باروری، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۷.دانشیار ، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت کردستان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (مولف مسوول)، تلفن ثابت:۳۳۶۶۳۳۷۸-۰۸۷، moradi_gh@yahoo.com

چکیده

هدف: در سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۲ در کشور ایران تلاش‌هایی جهت اجرای طرح پزشک خانواده در شهرها شد. هدف از این مطالعه تبیین دیدگاه مدیران، گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در زمینه مشکلات اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی است. داده‌ها از طریق ۳۷ مصاحبه فردی با مدیران و ۲۱ بحث گروهی با گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در بخش دولتی و خصوصی در سه استان البرز، آذربایجان‌غربی و کردستان در سال ۱۳۹۳ جمع‌آوری گردید. یافته‌های مطالعه به روش آنالیز محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت.

یافته‌ها: از یافته‌های مطالعه حاضر ۷ طبقه پیرامون مشکلات در زمینه اجرای پزشک خانواده شهری در ایران بدست‌آمد که شامل: مشکلات مالی، مشکلات فرهنگی، مشکلات آموزشی، مشکلات انگیزشی، مشکلات ساختاری و برنامه نویسی، مشکلات اجرایی و مشکلات زمینه‌ای بود.

نتیجه‌گیری: تعریف و تثبت منابع مالی و طراحی قوانین مناسب برای پرداخت‌ها برای حل مشکلات مالی، آموزش مردم و کارکنان و مشارکت رسانه‌ها در آموزش برای حل مشکلات فرهنگی پیشنهاد می‌شود. اصلاح کریکولوم آموزش پزشکی برای حل مشکلات آموزشی، جلب مشارکت بخش خصوصی و متخصصان و تضمین تداوم برنامه برای حل مشکلات انگیزشی، پیشنهاد می‌شود. طراحی تشکیلات مناسب و تهیه پروتکل‌ها برای حل مشکلات ساختاری، و هماهنگی بین‌بخشی و درون‌بخشی و حمایت‌طلبی سیاست‌گذاران برای حل مشکلات زمینه‌ای پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: پزشک خانواده، ارائه‌دهندگان خدمت، گیرندگان خدمت، مطالعه کیفی، ایران

وصول مقاله:۹۵/۶/۱۷ اصلاحیه نهایی:۹۶/۴/۲ پذیرش:۹۶/۵/۱۸

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/22.5.66]

مقدمه

برنامه پزشک خانواده به عنوان یک روش به‌صرفه، مراقبت بهداشتی جامع و مداوم را برای خانوارها در یک محدوده جمعیتی خاص فراهم می‌آورد (۱). هر پزشک خانواده مسئولیت دارد که خدمات سلامت را در محدوده‌ای مشخص و تعریف شده بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده و جامعه تحت پوشش خود قراردهد (۳و۲). رویکرد مبتنی بر محوریت پزشک خانواده و اولویت مراقبت های اولیه بر خدمات تخصصی در سیستم بهداشتی و درمانی کشورهای مختلف به صورت الگوهای نسبتاً مشابه در طول سالیان گذشته مطرح بوده‌است (۴). هدف اغلب این برنامه‌ها کاهش هزینه‌های درمانی و افزایش کیفیت اقدامات پیشگیرانه و خدمات درمانی بوده‌است (۵). پزشک خانواده ارائه‌دهندگان، گیرندگان، دولت و سیاست‌گذاران را به حرکت از مراقبت بهداشتی پرهزینه و ناکارآمد امروز به سمت سیستم مراقبت بهداشتی براساس پزشک خانواده و مراقبت‌اولیه و سیستمی فرامی‌خواند(۶). این امر به خوبی تثبیت شده که سیستم مراقبت بهداشتی براساس مراقبت‌های اولیه از سلامت جمعیت بهتر، تساوی حقوق بیشتر، کیفیت بهتر و هزینه کمتر برخوردار است (۸ و ۷).

برنامه پزشک خانواده در دنیا و به‌ویژه در بعضی از کشورهای اروپایی قدمت طولانی دارد (۱۰و۹) و بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته تقریباً این سیستم را اجرا کرده‌اند (۱۲و۱۱).در کشور ایران طبق اصل ۲۹ قانون اساسی، "برخورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، درراه‌ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی همگانی است. دولت مکلف‌است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تامین‌کند" (۱۳).

سیستم مراقبت بهداشتی ایران از سازمان‌یافتگی خوبی برخورداراست (۱۴) و یکی از اهداف مهم برنامه پنجم توسعه کشور در حوزه سلامت اجرای برنامه پزشک خانواده در شهرها است که با توجه به شواهد موجود، یک استراتژی موثر برای بهبود ارائه کیفیت خدمات، کاهش هزینه اثربخشی و برقراری برابری در ارائه خدمات سلامت که توسط سازمان بهداشت جهانی توصیه‌شده، می باشد (۱۵). گرچه برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق روستایی ایران از سال ۱۳۸۴ با هدف افزایش کیفیت و افزایش میزان دسترسی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و به منظور استقرار عدالت در روستاها به مرحله اجرا درآمده‌است (۱۶) و باتوجه به گذشت بیش از ۴ سال از اجرای موفقیت آمیز این برنامه ، توجه سیاست‌گذاران به این امر معطوف‌گردید که طرح پزشک خانواده می‌تواند با تغییراتی در سطح شهرها نیز به اجرا درآید و پیش‌بینی می‌شود که تغییرات زیادی در نظام سلامت ایجادکند (۱۷). این برنامه به صورت پایلوت از سال ۱۳۹۱ در دو استان شیراز و مازندران به اجرا درآمد(۱۸).

پرواضح‌است که اجرای چنین برنامه گسترده‌ای در نظام سلامت کشور نیازمند تحقیقات و مطالعات گسترده ای می‌باشد و تعیین وضعیت و نقش پزشک خانواده در کشور، برای موفقیت و احتمالاً حضور این برنامه در آینده حیاتی‌است(۱۹). جنتی و همکاران، در مطالعه‌ای که به منظور ارزیابی نقاط قوت و ضعف طرح پزشک خانواده روستایی انجام‌دادند به مواردی همچون: تشکیل پرونده سلامت، مراقبت بهتر و مؤثرتر از مادران باردار و کودکان زیر ۶ سال، دسترسی آسان روستاییان به پزشک و دارو، کاهش هزینه‌های درمان به‌عنوان نقاط قوت و افزایش بارمراجعات به مراکز درمانی، عدم تأمین شغلی تیم درمان، تاخیر در پرداخت‌ها و محدودیت زمان دسترسی به پزشک خانواده روستا بعنوان نقاط ضعف برنامه اشاره‌کردند (۲۰). به‌طور مشابه، در مطالعه افکار و همکاران مواردی از قبیل

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/22.5.66]

حق‌الزحمه نامناسب، ارجاع معکوس، محدودیت زمان دسترسی و برخورد نامناسب بیمارستان‌ها به‌عنوان نقاط ضعف برنامه پزشک خانواده ذکر گردید(۲۱). پورشیروانی و همکاران در پژوهش خود به وجود مشکلات جدی در نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده اشاره کرده‌اند(۲۲). دهنوی یک بررسی کیفی تحت عنوان چالش‌های پیش‌روی تحقق برنامه پزشک خانواده در کرمان انجام داد. وی چالش‌های مذکور را در ۹ طبقه‌اصلی و ۳۶ زیرطبقه دسته‌بندی کرد. طبقات اصلی شامل: مشکلات در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌نویسی‌ها، مشکلات در امر بودجه، شکست در روش پرداخت، مشکلات فرهنگ و دانش، مشکلات در قوانین و مقررات و نظارت بر اجرای آن‌ها، مشکلات سازمانی، مشکلات مربوط به ارائه‌دهندگان خدمات، منابع و عدالت بود(۲۳).

اهمیت برنامه پزشک خانواده در نظام سلامت ایران مورد توجه سیاست‌گذاران عرصه سلامت بوده‌است به‌طوری‌که ضرورت و اهتمام به اجرای آن در اسناد بالادستی آورده شده‌است. بیش از یک دهه است که نظام سلامت ایران در خصوص ادغام و یا عدم ادغام پزشک خانواده درگیراست. در سال ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ در ایران تلاش زیادی جهت استقرار برنامه پزشک خانواده شهری در شهرها انجام‌شد که البته تداوم نداشت. باتوجه به اندک بودن اطلاعات موجود در زمینه‌ی مشکلات و علل عدم بهره‌وری برنامه پزشک خانواده، نمی‌توان به صورت مطلوب از رویکردهای کمیت‌پذیر بهره‌جست در چنین مواردی استفاده از روش‌های کیفی موردنظر می‌باشند. پژوهش‌های کیفی ابزارهایی را فراهم می‌آورند که موجب درک عمیق پدیده و کسب اطلاعات با ارزش و دانش فراگیر پیرامون رخداد خاص می‌شوند (۲۴). به‌علاوه از آنجایی که با اجرای برنامه پزشک خانواده همه اقشار جامعه به نحوی ذینفع می‌باشند در همین راستا، کشف دیدگاه‌ها و توجه به نقطه نظرات آن ها در برنامه می‌تواند راهکارها و مدل مناسب برای اجرای برنامه پزشک خانواده در شهرها معرفی نماید. مطالعه پیش رو با هدف تبیین دیدگاه مدیران، گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در زمینه مشکلات اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران اجرا شد.

روش بررسی

این مطالعه یک پژوهش کیفی توصیفی[1] بود که به دلیل دسترسی آسان و امکان همکاری در سه استان البرز، آذربایجان‌غربی و کردستان در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۳ ، با هدف تبیین دیدگاه مدیران، گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، در زمینه مشکلات اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران، طراحی و اجرا شد.

مشارکت‌کنندگان: مشارکت‌کنندگان در این مطالعه شامل: مردم از گروه‌های اقتصادی و اجتماعی و نواحی جغرافیایی مختلف، پزشکان، ماماهای شاغل در بخش‌های خصوصی و دولتی، مدیران بهداشتی و درمانی شاغل در ستاد دانشگاه‌ها و در شبکه‌های بهداشت و درمان، مدیران ادارات بیمه و مسئولینی از استان و شهرستان بودند که براساس معیارهای ورود (مردم: سن بالای ۱۸ سال، توانایی روان صحبت‌کردن ، تمایل به شرکت در پژوهش. سایرین: داشتن حداقل ۲ سال سابقه کار برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و ۱ سال برای مدیران، تمایل به شرکت در پژوهش، ثبت‌نام در برنامه پزشک خانواده، سابقه شرکت در کارگاه‌های آشنایی با برنامه پزشک خانواده، داشتن حداقل ۱ سال سابقه کار در برنامه پزشک خانواده روستایی.) به روش نمونه‌گیری هدفمند و به صورت نمونه‌های در دسترس انتخاب شده بودند. باتوجه به هدفمندبودن نمونه‌گیری در این مطالعه سعی‌شد طیف متنوعی از شرکا و ذینفعان و افراد دارای تجارب مرتبط با موضوع اصلی تحقیق با مشاغل و مسئولیت و تجربه‌های متفاوت در نمونه‌های مورد مطالعه وجود داشته باشند. این استراتژی به نوعی هتروژنیتی افراد مورد مطالعه را

1. descriptive qualitative research

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/22.5.66]

فراهم می‌کرد.

جمع آوری داده‌ها: در گام اول محقق اصلی هدف از انجام مصاحبه را برای خود و تیم پژوهش روشن‌کرد و مفاهیم مرتبط با موضوع که باید در مصاحبه مورد بررسی قرار گیرند را توصیف‌کرد (طرح موضوع)[1]. در گام بعدی، پژوهشگر براساس هدف پژوهش، نوع مصاحبه، سوالات پژوهش، سوالات راهنما، روش ثبت اطلاعات در مصاحبه، زمان و مکان مصاحبه، تعداد شرکت‌کنندگان در هر مصاحبه و راهنمای مصاحبه را پیش بینی‌کرد (طراحی مصاحبه)[2]. بنابراین داده‌های این مطالعه از طریق ۳۷ مصاحبه‌فردی و ۲۱ بحث‌گروهی جمع‌آوری گردید. مصاحبه‌های نیمه‌ساختاری با مدیران بهداشتی و درمانی، مدیران بیمه و مسئولین سیاسی صورت‌گرفت. درمقابل، بحث های‌گروهی‌متمرکز در بین گیرندگان خدمت (مردم) و ارائه‌دهندگان خدمت (پزشکان و ماماهای بخش های دولتی و خصوصی) انجام‌شد. بحث‌گروهی باعث ایجاد تعاملات اجتماعی می‌گردد و تعامل پویا سبب تحریک افکار شرکت‌کنندگان می‌شود. دوم، در یک بحث‌گروهی، پاسخ به نظرات یکدیگر سبب ایجاد ایده‌های جدید در محققین می‌شود. سوم، بحث گروهی در زمان و مکان یکسان باعث ایجاد اطلاعات بیشتری می‌شود (۲۵).مصاحبه‌ها با پرسیدن سوال کلی در رابطه با میزان آشنایی افراد با برنامه پزشک خانواده آغاز می‌شد و این روند با استفاده از سوالات راهنما ادامه می‌یافت. سوالات راهنمای مورد استفاده شامل موارد زیر بود:

- لطفاً دیدگاه خود را در خصوص برنامه پزشک خانواده شهری بیان فرمایید؟
- به نظر شما چه عواملی از اجرای برنامه ممانعت به عمل می‌آوردند؟
- لطفا انتظارات خود را از برنامه پزشک خانواده بفرمایید.
- به نظر شما چگونه می‌توان درصدد رفع موانع اجرایی برنامه برآمد؟
- دراین‌خصوص چه مدل‌های پیشنهادی وجود دارد؟

جلسات مصاحبه درصورت اجازه مصاحبه‌شوندگان با استفاده از ابزارهای مناسب ضبط و ثبت می‌شد. در غیر این صورت، مصاحبه‌کننده صحبت‌ها را حین جلسه مصاحبه یادداشت می‌کرد. زمان و مکان مصاحبات فردی نیمه‌ساختاریافته با نظر هر مشارکت‌کننده طراحی و اجرا گردید و به طور معمول حدود ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بود. بحث‌های‌گروهی با هماهنگی قبلی در یک اتاق در مراکز بهداشتی شهرستان انجام‌شد و بین ۶۵ دقیقه تا ۲ ساعت طول کشید. در هر بحث‌گروهی، بین ۷ تا ۹ نفر شرکت‌کننده حضورداشت. در گام سوم، جلسات مصاحبه مطابق راهنمای مصاحبه برگزارگردید[3]. جلسات با معرفی محقق به شرکت‌کنندگان و توصیف اهداف پژوهش شروع می‌شد و در ابتدای جلسات یک پرسشنامه دموگرافیک برای توصیف بهتر نمونه‌ها بین شرکت‌کنندگان توزیع شد. به دنبال معرفی اجمالی، مصاحبه‌کننده پرسش خود را آغاز می‌کرد. در پایان هر جلسه از مشارکت‌کننده یا مشارکت‌کنندگان خواسته می‌شد هر نظر دیگری به ذهن‌شان می‌رسید که در طول جلسه از آنها پرسیده نشده یا به آن اشاره نکرده‌اند، بیان نمایند. نقطه ختم انجام مصاحبه‌ها لحظه رسیدن به اشباع در نظر گرفته شد. به این معنی که با انجام مصاحبات بیشتر هیچ مفهوم جدید یا بعدی برای دسته بندی در مرحله آنالیز که برای مطالعه مهم باشد قابل شناسایی نبود(۲۵). در گام چهارم پیاده‌سازی مصاحبه‌ها یا رونویسی صورت گرفت[4]. در این مرحله محقق اصلی که مصاحبات را انجام داد به مصاحبات ضبط شده جهت کسب فهم جامع و فراگیر نسبت به نظرات، گوش داد و سپس کلمه به کلمه فایل‌های صوتی را پیاده‌کرد و متون حاصله را در اختیار سایر اعضای تیم

1. thematizing
3. designing
3. Interviewing
4. Transcribing

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/22.5.66]

تحقیق قرارداد. در گام پنجم، تحلیل[1] و در گام ششم، تایید[2] و در گام هفتم گزارش‌دهی[3] صورت‌گرفت(۲۶) که به ترتیب در بخش‌های آنالیزداده‌ها، قابلیت‌اعتماد و یافته‌ها به اجماع توضیح داده شده است.

آنالیزداده‌ها: متدولوژی انتخاب‌شده برای آنالیز داده‌های این پژوهش تحلیل‌محتوا[4] با رویکرد قراردادی[5] بود. تحلیل‌محتوا روشی است که از طریق بررسی تجربیات و دیدگاه‌های افراد و نیز تحلیل عوامل مشترک بین این دیدگاه‌ها امکان تبیین مفهوم موردنظر را فراهم می‌نماید (۲۷). در این مطالعه جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها تقریباً همزمان یا بلافاصله در پایان هر جلسه صورت می‌گرفت. بعد از پیاده‌سازی متن مصاحبه و قرارگرفتن آن در اختیار سایر اعضای تیم پژوهش، متن مصاحبه مطالعه گردید. در آنالیز بعد از خواندن دقیق هر متن، براساس تحلیل‌های اولیه بدست آمده، واحدهای معنایی شناسایی و سپس این واحدهای معنایی، خلاصه و کددهی شدند. کدهای داده شده از نظر شباهت و افتراق مورد بررسی قرارگرفتند و در مرحله نهائی کدهای مشابه به منظور ساخت زیرطبقات ادغام و در یک گروه قرار داده شدند و برای هر طبقه نامی که معرف کدهای قرار گرفته در آن باشد انتخاب شد. در صورتی که مشکل و یا عدم توافق بین کدها وجود داشت به‌منظور تصمیم گیری نهایی با محقق سوم که آشنا به تحقیقات کیفی و کدگذاری بود هماهنگ می‌شد.

در طول آنالیز از نظرات کارشناسان و صاحب‌نظران جهت بررسی و تایید محتوای مصاحبات و هدایت پژوهشگران درساخت طبقه نهایی استفاده شد. بعلاوه در این پژوهش به منظور استخراج کدها از نرم افزارopen code استفاده شد.

قابلیت اعتماد: مقبولیت سازی در مطالعات کیفی با هدف حمایت از ادعای ارزشمند بودن داده‌های جمع‌آوری شده انجام می‌شود به این معنا که اعتبار و تکرارپذیری داده‌ها موردتایید است(۲۸). مقبولیت‌سازی در مطالعات کیفی با درنظرگرفتن ۴ عامل وابستگی[6]، اعتبارپذیری[7]، انتقال‌پذیری[8] انتقال‌پذیری[8] و تاییدپذیری[9] محقق می‌گردد(۲۹). به‌منظور دست‌یافتن به امر وابستگی از رویکردهای یادداشت‌برداری در جلسات مصاحبه، ضبط مصاحبات با استفاده از ضبط‌صوت با کیفیت، استفاده از نرم‌افزار در تحلیل داده‌ها و کدگذاری توسط دو محقق در طول پژوهش استفاده شد. اعتبارپذیری با انجام اقداماتی از قبیل تکنیک کنترل اعضا با ارائه خلاصه‌ای از مصاحبه و نتیجه تفسیر محقق از آن بخش به مشارکت‌کننده، تکنیک کسب اطلاعات دقیق موازی با ارائه تحلیل‌های داده‌ای و نتایج آن به متخصصان امر، استفاده از سوالات کاوشی[10] برای عمق بخشیدن به پاسخ ها و ایجاد فضای ارتباطی بر مبنی دوستی و صمیمیت توسط مصاحبه کننده صورت گرفت. در راستای قابلیت انتقال در این پژوهش اطلاعات زمینه از جمله تعداد شرکت‌کنندگان در پژوهش، روش جمع‌آوری داده‌ها، تعداد و مدت زمان برگزاری جلسات، سال جمع آوری داده‌ها گزارش شد. و نهایتا به‌منظور تحقق تاییدپذیری از تکنیک مثلث‌سازی[11] استفاده شد به این معنی که گروه‌های مختلفی از ارائه‌دهندگان خدمت جهت پاسخ به سوال پژوهش شرکت نمودند.

ملاحظات اخلاقی: مطالعه حاضر در دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق ۱۳۹۲-۰۱-۱۰۱-۱۵۴۲ به تصویب رسید و اقدامات اساسی از قبیل: معرفی محقق به مشارکت‌کنندگان درکلیه جلسات گروهی متمرکز و مصاحبه‌ها، کسب اجازه جهت ضبط صداها و توقف عملیات ضبط در صورت عدم اجازه، کسب رضایت آگاهانه از نمونه‌ها جهت شرکت در مطالعه، اعطای حق

1. Analyzing
2. Verifying
3. Reporting
4 . Content Analysis
5. Conventional
6. Dependability
7. Credibility
8. Transferability
9. Confirmability
10. probe question
11. Triangulation

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/22.5.66]

ترک مطالعه به مشارکت‌کنندگان، برگزاری بحث‌های گروهی به‌صورت مجزا برای زیرگروه‌های مشارکت‌کنندگان به‌منظور جلوگیری از ایجاد تنش در طول مصاحبات، پرهیز از ذکر نام نمونه‌ها در تایپ و آنالیز مطالب، به منظور تحقق نکات اخلاقی لازم در زمینه پژوهش در این مطالعه انجام گرفت.

یافته‌ها

در مجموع تعداد ۲۰۴ نفر در مطالعه شرکت کردند. از این تعداد ۹۶ نفر گیرنده خدمت با میانگین سنی ۹/۸۴±۳۳/۶۷ سال، ۸۵ نفر ارائه‌دهنده خدمت با میانگین سنی ۶/۱۸ ± ۳۹/۶۱ سال و میانگین سابقه کاری ۵/۹ ± ۱۴/۸۱ سال و ۲۳ نفر مسئول با میانگین سنی ۶/۸۷ ± ۴۵/۳ سال و میانگین سابقه کاری ۶/۲ ± ۱۸ سال می‌باشند. ۱۰۳(۵۰/۵۰ ٪) نفر از شرکت‌کنندگان زن و ۱۰۱ (۵۰/۴۹ ٪) نفر مرد بودند. مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ آورده شده است. در مجموع از تحلیل مصاحبه‌ها تعداد ۵۷۳ کد اولیه، ۲۱ زیرطبقه و ۷ طبقه اصلی بدست آمد. طبقات اصلی پیرامون مشکلات در زمینه اجرای برنامه پزشک خانواده شهری شامل: مشکلات مالی، مشکلات فرهنگی، مشکلات آموزشی، مشکلات انگیزشی، مشکلات ساختاری و برنامه نویسی، مشکلات اجرائی و مشکلات زمینه ای بود. خلاصه طبقات و زیر طبقات در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان

متغیر		میانگین سن	میانگین سابقه کار	جنسیت		تحصیلات		
				مذکر	مونث	≥ دیپلم	فوق‌دیپلم- لیسانس	≤ دکتری
مشارکت‌کنندگان		M±(SD)	M±(SD)	تعداد(٪)	تعداد(٪)	تعداد(٪)	تعداد(٪)	تعداد(٪)
گیرندگان خدمت		۳۳/۶۷±۹/۸	ـــــ	۵۰ (۵۲)	۴۶ (۴۸)	۷۵ (۷۸/۱)	۲۱ (۲۱/۹)	ـــــ
ارایه‌دهندگان خدمت	ماما	۳۷/۷۳±۵/۸۳	۱۵±۵/۳۸	ـــــ	۳۴ (۱۰۰)	ـــــ	۳۴ (۱۰۰)	ـــــ
	پزشک (بخش دولتی)	۴۱/۸۴±۵/۹۲	۱۵±۶/۵۹	۲۲ (۵۰)	۲۲ (۵۰)	ـــــ	ـــــ	۴۴ (۱۰۰)
	پزشک (بخش خصوصی)	۳۴/۷۱±۳/۴۹	۱۲/۷۱±۳/۴۹	۷ (۱۰۰)	ـــــ	ـــــ	ـــــ	۷ (۱۰۰)
مسئولین		۴۵/۳ ±۶/۸۷	۱۸ ± ۶/۲	۲۲ (۹۵/۷)	۱ (۴/۳)	ـــــ	ـــــ	۲۳ (۱۰۰)

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/22.5.66]

جدول ۲. خلاصه طبقات و زیر طبقات

طبقات اصلی	زیر طبقات	کدهای اولیه
وجود مشکلات مالی	وجود مشکل در تامین بودجه و اعتبارات طرح	وجود مشکل در تامین بودجه و اعتبارات طرح
	مشکلات مرتبط با پرداخت	واضح نبودن نحوه پرداخت‌ها
	وجود نواقص در سیستم پرداختی موجود	تاخیر در پرداخت‌ها
		وجود بی عدالتی در پرداخت‌های فعلی وزارت بهداشت
وجود مشکلات فرهنگی	سطح آگاهی پایین در جامعه	پایین بودن اطلاعات مردم نسبت به مسئله بهداشت
	عدم پذیرش پزشک عمومی	اطلاع‌رسانی و تبلیغات ضعیف در جهت شناساندن طرح
		حاکم شدن فرهنگ تخصص‌گرایی در جامعه
		حاکم شدن فرهنگ خوددرمانی در جامعه
وجود مشکلات آموزشی	عدم تربیت و پرورش پزشک خانواده در دانشگاه	عدم تطابق کریکولوم آموزشی پزشک عمومی با پزشک خانواده
	آموزش های غیرآکادمیک رایج در جامعه	آموزش‌های مبتنی بر درمان نه پیشگیری
	عدم آموزش و بازآموزی پرسنل	عدم وجود آموزش و بازآموزی به پرسنل
وجود مشکلات انگیزشی	عدم وجود انگیزه مناسب	به‌خطر افتادن منابع مالی گروه‌های خاصی از ارائه دهندگان خدمت
	دیده نشدن امنیت شغلی تیم پزشک خانواده	افزایش ساعت کاری
	جو بی اعتمادی حاکم بر جامعه	افزایش بارکاری
		بی‌اعتمادی مردم به ارائه‌دهندگان خدمت
		بی‌اعتمادی ارائه‌دهندگان خدمت به دولت
وجود مشکلات ساختاری و برنامه نویسی	طراحی تکروانه برنامه	نگاه تک‌بعدی در نوشتن پروتکل اجرایی طرح
	شفاف نبودن دستورالعمل اجرایی	واضح نبودن شرح وظایف
	عدم وجود برنامه پایش اصولی	واضح نبودن ساعات کاری
	وجود نواقص در بسته‌های خدمت	عدم تعریف سیستم پایش و مشخص نبودن نحوه ارزشیابی برنامه
وجود مشکلات اجرائی	عدم وجود نیروی انسانی مناسب	کمبود نیروی انسانی
	عدم وجود امکانات و تجهیزات مناسب	مقیم نبودن پزشکان در منطقه
	عدم وجود همکاری و هماهنگی‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی	کمبود مراکز درمانی و تجهیزات و فرسودگی آن‌ها
	ضعیف عمل کردن زنجیره ارجاع	ارجاعات معکوس
		عدم ارائه پسخوراند متخصص به پزشک خانواده
		عدم تبعیت متخصصان از زنجیره ارجاع
وجود مشکلات زمینه ای	پابرجایی ابهامات در امر بیمه	عدم وجود تجمیع منابع در ارائه خدمات از سوی اداره بیمه
	وجود ناکامی در عناصر پیشبردی	تعویض زود به زود مدیران ارشد
		مشخص نبودن نتایج مطالعات پایلوت
		عدم رفع نواقص مشکلات پزشک خانواده روستایی

وجود مشکلات مالی: اکثر مشارکت کنندگان درخصوص مشکلات مالی بعنوان یکی از اصلی ترین مشکلات در زمینه اجرای طرح، اتفاق نظر داشتند. اشاره مکرر به وجود مشکلات مالی بیانگر اهمیت بالا و تاثیر پذیری زیاد اجرای طرح از این موضوع می باشد. مشکلات مالی دارای سه زیر طبقه : *وجود مشکل در تامین بودجه و اعتبارات طرح* ، *مشکلات مرتبط با پرداخت و وجود نواقص در سیستم پرداختی موجود* می باشد.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/22.5.66]

وجود مشکل در تامین بودجه و اعتبارات طرح: یکی از جنبه‌های مشکلات مادی، وجود مشکل در تامین بودجه و اعتبارات طرح می‌باشد. نظر یکی از مشارکت کنندگان در این خصوص اینگونه بیان گردید " ... این برنامه هزینه‌بر است و بحث مالی یکی از معضلات اصلی برنامه می‌باشد و من می‌دانم که پول نیست و یا تداوم نخواهد داشت...". " ... از مشکلات مهم برنامه پزشک خانواده عدم تخصیص به موقع و کافی اعتبارات مورد نیاز اجرای این طرح بود و علی‌رغم کلیه تلاش‌ها در عمل به‌دلیل نبود اعتبارات لازم اجرای طرح ناتمام ماند".

مشکلات مرتبط با پرداخت: یکی دیگر از جنبه‌های مشکلات مالی مربوط به واضح نبودن نحوه پرداخت و تاخیر در پرداخت می باشد. اغلب مشارکت کنندگان اشاره کردند نحوه پرداخت ها به وضوح تعریف نشده است و تضمینی مبنی بر پرداخت به موقع وجود ندارد. "... من اول باید بدانم چه خدماتی قرار است ارائه بدهم و به ازای این خدمات که ارائه می دهم چه دستمزدی باید بگیرم. شفاف سازی در برنامه وجود ندارد. ...". "... واقعاً من که نتوانستم سر در بیاورم که به ازای این خدمات قرار است به من پزشک چه بدهند؟"

وجود نواقص در سیستم پرداختی موجود: از دیدگاه مشارکت کنندگان نواقص موجود در سیستم پرداختی، از بی عدالتی در پرداخت‌های فعلی وزارت بهداشت گرفته تا وجود مشکل در نظام پرداخت را شامل می شد." . "... در ایران فاصله درآمد متخصص با پزشک عمومی زیاد است . تا وقتی که فاصله درآمدی ۱۰ تا ۲۰ برابر باشد به طبع آن اجرای برنامه پزشک خانواده نیز از موفقیت کمتری برخورداد خواهد بود". "... متاسفانه دادن کارانه در بیمارستان ها، پزشکان را به بنگاه داران اقتصادی که با سلامتی مردم معامله کردند تبدیل کرد. هیچ ارگانی نیست که به شما جواب بدهد چرا باید در روز این مقدار آزمایش، عکس، اسکن و ... انجام شود؟ چند درصد مورد نیاز است؟".

وجود مشکلات فرهنگی: یکی دیگر از موانع اصلی اجرای برنامه پزشک خانواده شهری وجود مشکلات فرهنگی است و به کرات به این موضوع اشاره کرده اند. *سطح آگاهی پایین در جامعه در خصوص برنامه و عدم پذیرش پزشک عمومی* زیر طبقات مربوط به این طبقه می باشند.

سطح آگاهی پایین در جامعه در خصوص برنامه: طبق اظهارات بیان شده اطلاعات مردم نسبت به مسئله بهداشت و سلامت اندک است و علاوه بر آن اقدام موثری در جهت شناساندن برنامه در جامعه صورت نگرفته است "... سطح آگاهی مردم پایین است و مردم نیازهای بهداشتی خود را نمی دانند و آموزش اولیه از طریق صدا و سیما، مدرسه و خانواده همیشه براساس درمان است و متاسفانه سیستم بهداشتی هرگز تعریف نشده است". "... اطلاعات ما و تیم من کم است، مسئولین هم این موضوع را درک نکرده اند، برخی مسئولین نسبت به طرح آگاهی ندارند و همینطور اطلاع رسانی کافی به مردم راجع به برنامه صورت نگرفته است...".

عدم پذیرش پزشک عمومی در جامعه: پزشک عمومی، پذیرش و مقبولیت خود را در جامعه از دست داده و فرهنگ های تخصص گرایی و خود درمانی بر جامعه حاکم شده است. "..بعلاوه این مشکل بزرگی است که مردم به پزشک عمومی اعتماد ندارند. معمولاً بیمار زمانی نزد پزشک می آید که تمام تجربیات مردم را انجام داده و بهبودی نیافته است"." ... متاسفانه این فرهنگ اشتباه در جامعه جا افتاده است که مردم با بروز مشکل تلاش می کنند به متخصص یا فوق تخصص مراجعه کنند و نمی پذیرند پزشک عمومی آنان را ویزیت نماید".

وجود مشکلات آموزشی: مسئله مهم دیگری که اغلب نمونه‌ها به آن اشاره کردند وجود مشکلات آموزشی بود. این طبقه دارای ۳ زیر طبقه: عدم تربیت و پرورش پزشک

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/22.5.66]

خانواده در دانشگاه، آموزش‌های غیرآکادمیک رایج در جامعه و عدم وجود آموزش پرسنل قبل از اجرای برنامه می باشد.

عدم تربیت و پرورش پزشک خانواده در دانشگاه: "... ما پزشکان بعضی از درس ها یا واحد هایی را که در این برنامه از ما می خواهند را نگذرانده ایم و مهارت ها را در دانشگاه آموزش ندیده ایم". "... رشته پزشک خانواده یک رشته تخصصی است که دارای محتوای آموزشی تعریف شده ای است. در حالی که جایگاهی در کوریکولوم آموزشی در دوره پزشک عمومی ندارد و از این نظر پزشکان عمومی بدون آموزش علم مورد نیاز را ندارند".

آموزش های غیر آکادمیک رایج در جامعه: " ... آموزش هایی که در مدارس داده می شود غیر علمی است. مربی بهداشت مدرسه مدرک تاریخ دارد. درنتیجه اطمینان داشته باشید که علم کافی نخواهد داشت و دانش آموزان نیز به صورت صحیح آموزش نخواهند دید".

عدم وجود آموزش و بازآموزی پرسنل قبل از اجرای برنامه: " ... افراد خط اول که می بایست برنامه را اجرا کنند اصلاً آموزش ندیده‌اند". " ... در زمینه اجرای برنامه، سازمان چه آموزشی به ما داده است؟ صرفاً یک سری وظایف روی کاغذ نوشته شده است...".

وجود مشکلات انگیزشی: مطابق بیانات مشارکت کنندگان تامین بستر انگیزشی به شدت در ارتباط مستقیم با تامین مالی می‌باشد. به این معنی که در صورت تامین منابع مالی، بستر انگیزشی نیز ایجاد می شود و برعکس. این طبقه دارای سه زیر طبقه مهم می باشد: *عدم وجود انگیزه مناسب، دیده نشدن امنیت شغلی تیم پزشک خانواده، جو بی اعتمادی حاکم بر جامعه.*

عدم وجود انگیزه مناسب: مطابق اظهارات مشارکت کنندگان، برخی از مجریان در راس آنان متخصصان و معاونین انگیزه ای برای به اجرا درآمدن طرح ندارند. منشا این عدم انگیزه و مخالفت، به خطر افتادن منابع مالی قشر خاصی و یا افزایش بار کاری و ساعات کاری است. "...نکته ای که می توان به آن اشاره نمود عدم انگیزه مشارکت اکثریت پزشکان متخصص و فوق تخصص در این طرح است. شاید دغدغه خاطر آن ها به این دلیل باشد که احساس می کنند منابع اقتصادی آن ها مانند گذشته تامین نخواهد شد و با اجرای نظام ارجاع بار مراجعه بیمارانشان کمتر از قبل می گردد". "... از نظر ساعت کاری و بار کاری برنامه موافق نیستیم. دو شیفت کار کردن امکان ندارد. اگر قرار باشد بخاطر پول بعدازظهر کار کنیم میرویم در بخش خصوصی و به ازای کارمان پول می گیریم".

دیده نشدن امنیت شغلی تیم پزشک خانواده: تعریف جایگاه و تامین امنیت شغلی تیم پزشک خانواده از جمله مواردی است که در برنامه خصوصاً در مورد قشر ماما دیده نشده است و این امر در انگیزه همکاری افراد تاثیر غیر قابل انکاری دارد." ...مشکل دیگر عدم تعریف جایگاه اشخاصی همچون ماما، پرستار و ... در برنامه است. وقتی پزشک بتواند به راحتی ماما را از برنامه حذف کند او انگیزه ای برای همکاری نخواهد داشت".

جو بی اعتمادی حاکم بر جامعه: اظهارات مشارکت‌کنندگان پیرامون این مسئله نشان می‌دهد یک جو بی‌اعتمادی زنجیرواری در جامعه ، وجود دارد. "... برنامه‌های زیادی بودند که در بازه ی زمانی اسمی از آن ها برده شد و یکسری تبلیغات انجام گرفت ولی هرگز به سرانجام نرسیدند و مسکوت شدند به همین دلیل مردم اعتمادشان را به مسئولین از دست داده اند...". "... دولت در تدوین برنامه نظرات بخش خصوصی را نگرفته و در اجرا از ظرفیت بخش خصوصی استفاده نکرده به این معنی است که دولت به بخش خصوصی اعتماد ندارد...".

وجود مشکلات ساختاری و برنامه نویسی: یکی از طبقات بدست آمده بعنوان مشکل اجرای برنامه، وجود نواقص در ساختار و پروتکل اجرایی برنامه است. *طراحی تکروانه برنامه، شفاف نبودن دستورالعمل اجرایی، عدم وجود برنامه*

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/22.5.66]

پایش اصولی، کامل نبودن بسته‌های خدمت زیر طبقات بیان شده می باشند.

طراحی تکروانه برنامه: اکثر مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند، پروتکل اجرایی طرح ها به شیوه نامناسبی برنامه نویسی می شود. به طوری که برنامه توسط مدیران نوشته شده است و جای نظر سنجی از مجریان اعم از پزشکان، ماماها، بخش خصوصی و گیرندگان در این برنامه خالی است. " ...از افرادی برای ریختن این طرح استفاده کردند که یکسری افراد پشت میزنشین هستند که میدان عملیاتی را نمی‌شناسند. نه میدانند درمانگاه کجاست؟ و نه وظایف ماما چیست؟ ". "...برای تدوین برنامه از بخش خصوصی هیچ نظری گرفته نشده است در صورتی که بخش خصوصی خیلی مهم است و یکی از بازوهای اجرایی برنامه است. از طرف دیگر لازم بود از مردم در مورد نقطه نظراتشان در مورد برنامه سوال می شد. برنامه باید به مرور خود را با نیازهای مردم مطابقت دهد و گرنه مردم بی اعتماد خواهند شد".

شفاف نبودن دستورالعمل اجرایی: اغلب مشارکت کنندگان اشاره نمودند، در پروتکل اجرایی که برای اجرای طرح در یک دوره زمانی ارسال شد، ابهاماتی از قبیل واضح نبودن شرح وظایف و واضح نبودن ساعات کاری به وفور به چشم می خورد." ... در برنامه پزشک خانواده شهری گفته شده ساعت کاری در دو نوبت ۱۲-۸ و ۲۰-۱۶. از ساعت ۱۲ تا ۱۶ را باید چکار کرد؟ یا باید درمانگاه تعطیل شود و یا از پرسنلی که اینجا هستند باید استفاده شود. خب برای امرار معاش نیروها باید کار کنند و یا از ساعت ۲۰ به بعد پزشک بخواهد ارائه خدمت بدهد آیا ویزیت آزاد بگیرد؟... این موارد در برنامه مشخص نیست". " ... وقتی آمدیم این برنامه را اجرا کنیم پزشک نمی دانست باید چه کاری را انجام دهد؟ ماما و حتی پرستار نمی دانستند چه شرح وظیفه ای دارند؟ شرح وظایف به درستی تعریف نشده اند...".

عدم وجود برنامه پایش اصولی: عدم وجود برنامه پایش اصولی یکی دیگر از جنبه‌های مشکلات ساختاری و برنامه نویسی است. از دیدگاه مشارکت کنندگان مطالعه، در برنامه سیستم پایش تعریف نشده است، چرا که استانداردهای برنامه تعریف نشده است و بدنبال آن نحوه ارزشیابی برنامه نامشخص است. از طرف دیگر توانایی تیم نظارت خود بحث برانگیز است و معمولاً پایش ها بصورت غیر اصولی انجام می گیرند. " ... متاسفانه نظارت صحیح وجود ندارد. مدرک ناظر، کارشناسی بهداشت محیط است و برای نظارت بر کل درمانگاه اعم از پرسنل پزشک، ماما، پرستار و... غیر پرسنل می آید". "... دلیل پایش این است تا مشکلات و نقاط ضعف کاری پرسنل تشخیص داده شود و راهکار ارائه گردد در حالی که پایش ما اینطور نیست بلکه هدف آن ایرادگیری است و نقاط ضعف اصلاً گفته نمی شود".

وجود نواقص در بسته‌های خدمت: دو ایراد اساسی به بسته‌های خدمتی که برای پزشک خانواده ارسال شد وارد است. اول اینکه، بسته‌های خدمت به صورت کیفی تعریف شده اند و از جامعیت لازم برخوردار نیستند. دوم، نداشتن تعرفه یا ارائه رایگان آن ها می باشد. شرکت کنندگان اظهار داشتند مردم برای خدمات رایگان ارزش قائل نیستند و معتقد هستند خدماتی که ارائه می شود متناسب با هزینه آن است یعنی پرداخت هزینه کمتر مساوی با دریافت خدمات ابتدایی و بی کیفیت است. در رابطه با بسته‌های خدمت، یکی از مشارکت کنندگان اینگونه بیان نمود " ... مسئله خیلی مهم، بسته‌های خدمتی است که به صورت تیتروار و خلاصه عنوان شده است و این خود از موانع اجرایی خواهد بود چراکه امکان برداشت های متفاوت با حوزه‌های کاری مختلف را می دهد". " ... با ارائه خدمات رایگان بار مراجعات مردم افزایش خواهد یافت و نیز توقعات نابجا از قبیل درخواست آزمایش و داروهای اضافی، در مردم بیشتر خواهد شد. کمااینکه در برنامه پزشک خانواده روستایی

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/22.5.66]

گرفتار چنین معضلاتی شدیم. متاسفانه این برنامه با توجه به رایگان شدن باعث خواهد شد مردم و پزشک با هم برخوردهایی داشته باشند".

وجود مشکلات اجرائی: اکثر شرکت کنندگان وجود مشکلات اجرایی را یکی از مشکلات برجسته در زمینه اجرای برنامه عنوان کردند. زیر طبقات اصلی: *عدم وجود نیروی انسانی مناسب، عدم وجود امکانات و تجهیزات، عدم وجود همکاری و هماهنگی‌های درون بخشی و بین بخشی و نهایتاً ضعیف عمل کردن زنجیره ارجاع می باشد.*

عدم وجود نیروی انسانی مناسب: از تحلیل مصاحبه های بعمل آمده، *عدم وجود نیروی انسانی مناسب* تنها به معنای کمبود نیروی انسانی نیست بلکه کامل بودن و استقرار اعضا نیز مطرح است. به طور مثال" ... تیم اجرایی که در پروتکل اجرایی وجود دارد نه تنها از نظر تعداد و شرح وظیفه به درستی تعریف نشده است بلکه کامل هم نمی باشد مثلاً در تیم درمان، دندانپزشک تعریف نشده است". "... پزشک خانواده زمانی می تواند پزشک خانواده باشد که نسبت به جمعیت منطقه شناخت داشته باشد واین مستلزم ثابت بودن و ماندگاری پزشک در منطقه است. در حالی است که با مشکل عدم ماندگاری پزشکان و متخصصان در طرح و حتی در منطقه رو به رو هستیم".

عدم وجود امکانات و تجهیزات مناسب: از نظر مشارکت کنندگان کمبود تجهیزات وجود دارد و مسئله مهمتر فرسودگی آن‌ها می باشد" ... من در اتاقی هستم که با کاردان کار می کنم و جالب اینکه دیوارهایش می ریزد و نمی دانم بیماران را چگونه باید ویزیت کنم؟...". " ما دو مرکز ادغام شده در یک مرکز هستیم و فقط یک دستگاه فشار سنج موجود است. حالا من بکش و اون بکش ... یا ترازوهای نامناسب که استاندارد نیستند...".

عدم وجود همکاری و هماهنگی‌های درون بخشی و بین بخشی: همکاری و هماهنگی بین و درون سازمانی یکی دیگر از مواردی است که اکثر مشارکت کنندگان اذعان داشتند تا سطح ایده‌آل و لازم برای اجرای طرح فاصله زیادی دارد. به‌عنوان مثال "... از ظرفیت های موجود در سازمان به‌طور کامل استفاده نشده است. مشارکت سازمان نظام‌پزشکی و سایر بیمه‌هایی که اکنون فعالیت دارند کمرنگ است یا اصلاً تعریف نشده است...". "... به‌دلیل عدم هماهنگی بین ارگان‌ها و سازمان‌هایی که باید از این برنامه حمایت کنند موانعی در سر راه اجرای برنامه وجود دارد...".

ضعیف عمل کردن زنجیره ارجاع: مشارکت‌کنندگان اشاره نمودند، اگرچه هدف از اجرای نظام ارجاع، احیای نظام سلامت است. با این حال تجربه برنامه پزشک خانواده روستایی نشان داد این هدف محقق نگردید. ارجاعات معکوس، عدم ارائه پسخوراند متخصص به پزشک خانواده و عدم تبعیت متخصصان از زنجیره ارجاع از جمله موانع رسیدن به این هدف می‌باشند. " ... در سیستم ارجاع، یک بدآموزی به‌وجود آمده و همه پزشکان عمومی را با چالش مواجه کرده است...مردم باید بدانند پزشک عمومی مهرزن نیست...". "... ما در سطح دو نظام ارجاع مشکل داریم، زمانی که بیمار را ارجاع می‌دهیم متخصصین به ما پسخوراند نمی‌دهند و پیگیری موثر نداریم...". " ...خیلی از متخصصین ما سیستم ارجاع را رعایت نمی‌کنند و بیماران را خارج از کانال ارجاع ویزیت می‌کنند...".

وجود مشکلات زمینه ای: یکی دیگر از مشکلات در زمینه اجرای برنامه، مشکلات زمینه ای است. مشارکت کنندگان مواردی از جمله: *پابرجایی ابهامات در امر بیمه* و *وجود ناکامی در عناصر* پیشبردی را نمونه‌هایی از این مشکلات خواندند.

پابرجایی ابهامات در امر بیمه: به نظر مشارکت کنندگان سازمان بیمه در بستر خود با چالش هایی مواجه است و این چالش ها در برنامه پزشک خانواده نیز به قوت خود باقیست. تجمیع منابع در ارائه خدمات از سوی اداره بیمه وجود ندارد و این امر نیز در برنامه پزشک خانواده مبهم است. "...نحوه

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/22.5.66]

یکسان سازی بیمه‌ها از جمله مسائلی است که در اجرا معلوم نیست چه خواهد شد. در برنامه پزشک خانواده باید به پزشک بگوییم دفترچه بیمه سلامت را اینطور بنویس، دفترچه تامین اجتماعی را اینطور بنویس و ... دیگر وحدت وجود نداشته و تبعیض بوجود خواهد آمد همانطور که الان شاهد این مسئله هستیم". "...یکی دیگر از مسائل و مشکلات عمده عدم رعایت قانون توسط ادارات بیمه گر است. قراردادها باید با حضور نمایندگان قانونی هر دو طرف تهیه شوند و حقوقدانان برجسته این قراردادها را تایید کنند. قراردادهایی که اکنون وجود دارند مغایر قانون کار هستند. بیمه هر زمان بخواهد پول ما را پرداخت می کند، هر زمان خواست پول ما را کسر می کند و در صورت اعتراض لغو قرارداد می کنند ".

وجود ناکامی در عناصر پیشبردی: باتوجه به مصاحبه‌های به عمل آمده، آگاهی مدیران ارشد، انجام مطالعات پایلوت و اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی سه ضلع مثلثی را تشکیل میدهند که نقش به سزایی در تسهیل روند اجرای برنامه دارند. با این حال تعویض زود به زود مدیران ارشد، مشخص نبودن نتایج مطالعات پایلوت و عدم رفع نواقص مشکلات پزشک خانواده روستایی مشکلاتی را در زمینه اجرای برنامه پزشک خانواده شهری به وجود می آورند."... تعویض زود به زود وزیران باعث می شود علم و دانش کافی نسبت به برنامه‌ها وجود نداشته باشد...". "... مشکلاتی که دراجرای برنامه پزشک خانواده روستایی بود هنوز حل نشده است مثلاً پزشک خانواده روستایی مجبور است خدمات ارجاع معکوس را برای مردم انجام دهد و مردم او را برای سایر خدمات اصلاً نپذیرفتند. حال با وجود این گونه مشکلات، این برنامه در شهر چگونه اجرا خواهد شد؟". " ... ما انتظار داشتیم در پایلوت به خیلی از سوالات و مشکلات پاسخ داده شودکه متاسفانه این اتفاق نیفتاده و استقرار برنامه در کلیه استان ها با توجه به تجاربی در برنامه بیمه روستایی شاهد آن هستیم ما را تاحدودی از امکان اجرای آن دلسرد می کند"

بحث

سیاست برنامه پزشک خانواده بر مراقبت اولیه متمرکز است لذا اجرای درست آن می تواند سیستم بهداشت را در رسیدن به هدف والای بهبود پیامد های سلامتی یاری نماید(۳۰). نتایج مطالعات نشان می دهند اجرای برنامه پزشک خانواده با چالش هایی روبرو است(۳۱) و هدف از انجام این مطالعه ،تبیین دیدگاه مدیران، ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت در زمینه مشکلات اجرای برنامه پزشک خانواده شهری از بود. براساس طبقات بدست آمده، مشکلات در زمینه اجرای برنامه پزشک خانواده شهری شامل: مشکلات مادی، مشکلات فرهنگی، مشکلات آموزشی، مشکلات انگیزشی، مشکلات ساختاری و برنامه نویسی، مشکلات اجرایی و مشکلات زمینه ای بود.

براساس نتایج بدست آمده در این مطالعه مشکلات مالی یکی از مشکلات مهم در زمینه اجرای برنامه پزشک خانواده شهری می باشد. مشکل تامین بودجه و اعتبارات، مشکلات مرتبط با پرداخت و نقص در سیستم پرداختی موجود جنبه‌هایی از مشکلات مالی هستند که در این مطالعه به آن ها اشاره شد، از طرف دیگر ابهامات و تاخیری که در پرداخت وجود دارد اگرچه به نوبه خود مشکلات این برنامه می باشند با این حال تبعاتی از قبیل ایجاد نارضایتی و کاهش انگیزه پرسنل را بدنبال خواهند داشت ، و سومین جنبه مشکلات مالی متوجه سیستم پرداخت می باشد. فاصله زیاد در پرداخت ها و پرداخت به ازای خدمت(کارانه) از جمله نواقص موجود در نظام پرداخت هستند که به آن ها اشاره شده است. نتایج مطالعه دهنوی و همکاران در زمینه برنامه پزشک خانواده شهری نشان می دهد، منابع مالی ناکافی، مشخص نبودن روش پرداخت به پرسنل و تاخیر در پرداخت ها، از جمله چالش های اجرای این برنامه در کرمان می

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/22.5.66]

باشند(۲۳). نتایج برخی پژوهش ها نشان می دهد علت اصلی نارضایتی پرسنل بهداشت و درمان، تاخیر در پرداخت می باشد(۳۲) و این امر مهم است چراکه رضایت شغلی، بر عملکرد شغلی تاثیر گذار است(۳۳). بعلاوه بررسی‌ها نشان می دهد در نظامی که پرداخت ها براساس کارانه صورت می گیرند، پزشکان انگیزه مالی فراهم کردن خدمات اضافی را خواهند داشت که این خدمات طیفی از ضروری تا غیرضروری را در بر می گیرد(۳۴).

نتایج این مطالعه نشان می دهد مشکلات فرهنگی یکی دیگر از مشکلات در زمینه اجرای برنامه پزشک خانواده با دو زیر طبقه سطح آگاهی پایین در جامعه و عدم پذیرش پزشک عمومی می باشد. نتایج این مطالعه نشان داد مردم اهمیت سلامت را درک نکرده اند و آگاهی مردم نسبت به سلامت و بهداشت پایین است بعلاوه میزان آگاهی نسبت به برنامه پزشک خانواده نه تنها در مردم بلکه در مجریان و مسئولین نیز پایین است و این امر نشان می دهد اطلاع رسانی‌های کافی در زمینه سلامت و بهداشت و همچنین برنامه‌های مرتبط با آن صورت نگرفته است. نتایج مطالعات علیدوستی و نیز هنرور نشان می دهند، سطح آگاهی مردم نسبت به طرح و حقوقشان در برنامه پایین است (۳۵و ۱۸). دومین مسئله فرهنگی عدم پذیرش پزشک عمومی در جامعه است. نتایج این پژوهش نشان داد جایگاه پزشک عمومی در جامعه دچار تزلزل شده است و مردم همانند گذشته به عملکرد پزشکان عمومی اعتماد ندارند. در حقیقت یک فرهنگ تخصص گرایی در جامعه حاکم شده است. این نتیجه با نتایج بدست آمده در مطالعه مهرالحسنی مطابقت دارد (۳۶).

وجود مشکلات آموزشی با زیر طبقات: عدم تربیت و پرورش پزشک خانواده در دانشگاه، آموزش های غیر علمی رایج در جامعه و عدم وجود آموزش پرسنل قبل از اجرای برنامه یکی دیگر از طبقات بدست آمده در این بررسی می باشد. از دیدگاه مشارکت کنندگان، بین آموزش های دانشگاهی با وظایف یک پزشک خانواده تفاوت های برجسته ای وجود دارد. این موضوع با نتایج بدست آمده از مطالعه کریمی و همکاران هم خوانی دارد (۳۷). از طرف دیگر آموزش هایی که به مردم در جامعه داده می شود اصولی نمی باشند اینگونه موارد علی الخصوص در سیستم آموزش و پروش قابل مشاهده است. مسئله عدم آموزش پرسنل قبل از اجرای برنامه یکی دیگر از جنبه‌های مشکلات آموزشی مطرح شده می باشد که از دیدگاه نمونه‌ها سیستم در این امر نیز ضعیف عمل کرده است و نسبت به آموزش پرسنل در خصوص وظایفشان کوتاهی صورت گرفته است. در مطالعه ارزیابی نقاط قوت و ضعف طرح پزشک خانواده جنتی و همکاران عدم آموزش کافی به پزشکان از جمله نقاط ضعف از دیدگاه مدیران و مسئولین سیاسی می باشد(۲۰). همینطور در مطالعه مهرالحسنی و همکاران، عدم آموزش کافی در خصوص وظایف مورد انتظار از پزشکان و فاصله زیاد بین آموزش های تئوری و عملی از جمله مفاهیمی هستند که به وجود مشکلات آموزشی اشاره دارند(۳۶).

نتایج این پژوهش نشان می دهد یکی دیگر ازمشکلات، وجود مشکلات انگیزشی می باشند. عدم انگیزه، عدم امنیت شغلی و عدم اعتماد زیر طبقات تشکیل دهنده این طبقه می باشند. مقاومت و مخالفت هایی که در مقابل اجرای برنامه صورت می گیرد ریشه در نبود انگیزه اجرایی در مجریان طرح دارد. این مخالفت ها از سوی دو گروه از مجریان صورت می گیرد. گروه ذینفعان مالی و خلاف آن. مخالفت های ذینفعان مالی که در راس آن‌ها متخصص و فوق‌تخصص قرار دارد، ناشی از کاهش درآمد می‌باشد. اجرای نظام ارجاع سبب کاهش بار مراجعات و مورد اخیر سبب کاهش درآمد این گروه از پزشکان می‌شود. بنابراین به دور از انتظار نیست که اجرای برنامه با مخالفت‌هایی از سوی این گروه مواجه گردد. مورد دوم نیز در ارتباط با مجریانی است که نسبت به افزایش بارکاری و ساعت کاری برنامه شکایت دارند. نتایج مطالعات دیگر نیز هم‌راستا با

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/22.5.66]

نتایج مطالعه حاضر است(۳۸و ۲۲و ۲۰). براساس یافته‌های بدست آمده، دو موضوع امنیت شغلی پرسنل را به خطر می‌اندازد، موضوع اول وضعیت اشتغال پرسنل است که در برنامه به صورت قراردادی تعریف شده است و موضوع دوم تفویض اختیار به پزشک است به این معنی که پزشک اختیار دارد در صورت صلاح‌دید، قرارداد هر یک از اعضای تیم را لغو نماید. در چنین شرایطی نه تنها امنیت شغلی وجود ندارد بلکه تشکیل تیم درمان براساس روابط خواهد بود نه ضوابط. عدم امنیت شغلی در مطالعه بازتاب عملکرد پزشک خانواده افکار، یکی از نقاط ضعف برنامه از دیدگاه ماماهای شرکت کننده در مطالعه است (۲۱). جو بی اعتمادی حاکم بر جامعه سومین زیرطبقه ای است که وجود مشکلات انگیزشی را توصیف می کند. نتایج پژوهش نشان می دهد، فضای اعتماد در جامعه دچار خدشه شده است. عدم برنامه ریزی‌های سازمانی رایج در جامعه سبب شده مردم به ارائه‌دهندگان خدمت اعتماد نداشته باشند. به اعتقاد مردم این مسئله مکرراً اتفاق می‌افتد که در هر برهه‌ای از زمان برنامه خاصی مطرح و سپس مسکوت می‌شود و سرانجام نخواهد داشت. مشابه این بی اعتمادی در ارائه‌دهندگان خدمت نسبت به دولت و دولت نسبت به بخش خصوصی وجود دارد.

یکی دیگر از یافته‌های این مطالعه وجود مشکلات ساختاری و برنامه نویسی می باشد.یک بعد آن طراحی تکروانه برنامه پزشک خانواده است. به اعتقاد مشارکت کنندگان این از نواقص برنامه است که از هیچ یک از دو گروه مردم و مجریان طرح اعم از پزشکان، ماماها و ... نظر سنجی صورت نگرفته است. استفاده از نظرسنجی یکی از رویکردهایی است که به شناسایی توقعات و نیازهای واقعی کمک می کند. بعد دیگر آن شفاف نبودن دستورالعمل اجرایی می باشد. نتایج مطالعه نشان میدهد، مسئله شرح وظایف و ساعات کاری در برنامه پزشک خانواده بسیار مبهم است و نبود کلاس های آموزشی مناسب به استقرار این ابهامات کمک کرده است. نتایج مطالعات نشان میدهد عدم توجیه پرسنل نسبت به وظایفشان از مشکلات اساسی طرح می باشد(۳۹). در مطالعه جنتی اشاره شده است تعریف دقیق وظایف تیم به منظور بهبود عملکرد برنامه پزشک خانواده موثر است(۲۰). از دیگر ابعاد عنوان شده در مطالعه حاضر مبنی بر ضعف ساختاری و برنامه ریزی، عدم وجود برنامه پایش اصولی است. یافته‌ها نشان می دهد، در این برنامه سیستم پایش به درستی تعریف نشده است، دهنوی و همکاران، در مطالعه خود به صراحت به این موضوع اشاره کرده اند. در این مطالعه مشکلات مرتبط با قوانین یکی از چالش های پیش روی استقرار برنامه پزشک خانواده ذکر گردیده است. قوانین بیشتر جنبه اجرایی دارند و برای جنبه نظارت دستورالعملی وجود ندارد(۲۳). مسئله دیگر متوجه بسته‌های خدمت است. دست یافته‌ها حاکی از آن است که بسته‌های خدمت از تعریف جامعی برخوردار نیستند و بصورت خلاصه و تیتروار عنوان شده اند که این امر امکان برداشت مشترک از موضوع را سلب می کند. موضوع دوم عدم تعریف تعرفه برای بسته‌های خدمت است. ارائه خدمات به صورت رایگان، تنها رضایت یک طرفه از جانب مردم را دربرخواهد داشت. درحالی که موفقیت برنامه در گرو رضایت دوطرفه مجریان و مردم است. لطمه‌هایی که ارائه خدمات رایگان به چرخه سلامت وارد می سازد به طبع بیشتر از منافع آن خواهد بود. تحمیل هزینه‌های مالی بر سازمان و دولت، افزایش بار مراجعات، ایجاد توقعات نابجا در مردم، بی ارزش شدن خدمات، ایجاد نزاع و درگیری بین گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمت و ... از جمله مضراتی هستند که به دنبال این اقدام رخ خواهد داد. اشاره به ارائه خدمات رایگان بعنوان یکی از نواقص مرتبط با بسته خدمت یکی از مشکلات در زمینه اجرای برنامه پزشک خانواده، مسئله ای ورای از کاهش هزینه درمان بعنوان یکی از نقاط قوت اجرای برنامه است که در مطالعات به آن اشاره شده است(۲۱و۲۰).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/22.5.66]

یکی دیگر از مشکلات وجود مشکلات اجرایی می باشد. عدم وجود نیروی انسانی مناسب یکی از زیر طبقات مهم آن می باشد. مطابق یافته‌ها، تعداد نیروی انسانی موجود جوابگوی تعداد پرسنل پیش بینی شده برای اجرای طرح نیست. این مسئله با نتایج مطالعات دهنوی و فرزدی همخوانی دارد(۴۰ و ۲۳). عدم وجود امکانات و تجهیزات مناسب زیر طبقه دیگری از طبقه مشکلات اجرایی است.نتایج مطالعه نشان میدهد تعداد مراکز درمانی و تجهیزات موجود کمتر از مقدار مورد نیاز به منظور اجرای طرح است و از طرف دیگر فرسودگی آنها مسئله ای مهم تر است. نتایج مطالعه دهنوی و همکاران نشان می دهدکمبود امکانات و تجهیزات یکی از چالش های اجرای برنامه پزشک خانواده است(۲۳). یکی دیگر از زیر طبقات مرتبط با این طبقه، عدم وجود بستر همکاری مناسب است. آنچه از نتایج این مطالعه حاصل می شود این است که سطح همکاری و هماهنگی لازم بین سازمانها وجود ندارد و این موضوع در یک مطالعه بعنوان یکی از دلایل اصلی عدم موفقیت طرح بیان شده است(۴۱). مسئله بعدی، ضعیف عمل کردن زنجیره ارجاع می باشد. نتایج مطالعه نشان می دهد نظام ارجاع در جامعه به صورت صحیح اجرا نمی شود و ارجاع معکوس در جامعه اجرا می گردد. بعلاوه در موارد ارجاع صحیح مشکل عدم پسخوراند مطرح می گردد. اغلب پزشکان نسبت به این امر که متخصصان هرگز به آن ها پسخوراند ارائه نمی دهند معترض هستند و مشکل حادتر وقتی مشاهده می گردد که متخصصین از سیستم ارجاع تبعیت نمی کنند به این معنی که ویزیت های خارج از مسیر ارجاع انجام می دهند و یا بیماران ارجاع یافته در اسرع وقت ویزیت نمی شوند و ماه‌ها در لیست انتظار پزشکان قرار می گیرند. نتایج مطالعات نشان میدهد مشکلات نظام ارجاع یکی از چالش های اجرای برنامه پزشک خانواده است(۴۲و ۳۶و ۲۱).

یکی دیگر از مشکلات، وجود مشکلات زمینه ای است. مطابق یافته‌ها یکی از زیر طبقات این طبقه پابرجایی ابهامات در امر بیمه می باشد. سازمان بیمه در بستر خود دارای مشکلاتی است که در صورت عدم رفع آن ها مشکلاتی در زمینه اجرا برنامه بوجود خواهد آورد. یکی از این مشکلات عدم تجمیع منابع می باشد. سالیان سال است که بیمه خدمات را به صورت یکسان ارائه نمی دهد و بیمه‌های مختلف پرداخت های متفاوتی دارند. این رویکرد مغایر با اهداف برنامه پزشک خانواده است چرا که از اهداف برنامه پزشک خانواده عدالت در ارائه خدمات و بدون هرگونه تبعیض است. نتایج بدست آمده در مطالعه دهنوی و همکاران شاهدی بر این ادعاست(۲۳). مشکل دوم قراردادهای غیر اصولی و براساس نظرات مشارکت کنندگان خلاف قانون کار است. نتایج این مطالعه نشان می دهد تعهدات پرداخت رعایت نمی شود و قدرت در دست بیمه‌هاست. زیر طبقه دیگری که به این طبقه اشاره می‌کند ناکارآمدی عناصر راهبردی است. براساس یافته‌های حاصل شده در این مطالعه، اجرای موفق یک برنامه در گرو، شناخت، احاطه کامل به موضوع و آگاهی از نواقص برنامه می‌باشد. در راستای نیل به این هدف عناصر راهبردی می‌توانند کمک‌کننده باشند.در برنامه پزشک خانواده شهری، این عناصر شامل، وجود مدیران آگاه در راس برنامه، انجام مطالعات پایلوت و برنامه پزشک خانواده روستایی می‌باشد، چرا که مدیران آگاه و نتایج حاصل از مطالعات پایلوت و برنامه پزشک خانواده روستایی نقش مهمی در آنالیز برنامه به‌منظور شناسایی نقاط ضعف و نواقص برنامه و تسهیل روند اجرای آن دارد. این درحالی است که تعویض زود به زود مدیران ارشد و روی کارآمدن مدیران ناآگاه این سهم تاثیرگذاری را از بین می‌برد. به‌علاوه مشخص نبودن نتایج مطالعات پایلوت و عدم رفع نواقص برنامه پزشک خانواده روستایی عملاً عناصر راهبردی را ناکارآمد کرده است.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/22.5.66]

اگرچه نتایج مطالعه حاضر حاصل مطالعه در ۳ استان مختلف است و سعی شد نظرات افراد مختلف ذینفع در برنامه پزشک خانواده گردآوری شود، با این حال به علت کیفی بودن مطالعه، تعمیم پذیری یافته‌ها محدود می باشد. بعلاوه، این مطالعه تنها به شناسایی مشکلات در زمینه اجرای برنامه پزشک خانواده شهری پرداخته است بنابراین انجام مطالعات دیگری برای بررسی سایر ابعاد پزشک خانواده از قبیل مزایای اجرای طرح، مشکلات ایجاد شده بدلیل اجرای طرح و نیز انجام مطالعات سیستماتیک به منظور بررسی کارآمدی برنامه پزشک خانواده در دنیا توصیه می گردد. از آنجا که این مطالعه یک مطالعه کیفی است و به یافته‌هایی از قبیل جو بی‌اعتمادی حاکم بر جامعه، آموزش‌های غیرآکادمیک رایج در جامعه، طراحی تکروانه برنامه و وجود ناکامی در عناصر پیشبردی به‌عنوان مشکلات در زمینه اجرای برنامه پزشک خانواده شهری دست یافت که در هیچ مطالعه‌ی دیگری مشاهده نشده است، لذا انجام مطالعات مشابه به منظور تایید و عدم تایید یافته‌ها پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه منجر به شناسایی مشکلاتی در زمینه اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران گردید. مشکلات مربوط به تامین و توزیع منابع مالی برنامه که با بسترسازی مناسب مالی و طراحی مالی مناسب قابل‌حل خواهد بود. مشکلات فرهنگی که با آموزش مردم و کارکنان و مشارکت رسانه‌ها قابل‌مداخله است. مشکلات آموزشی که با اصلاح کریکولوم آموزش پزشکی موثر خواهد بود. مشکلات انگیزشی که با جلب مشارکت بخش خصوصی و متخصصان و تضمین تداوم برنامه قابل‌مداخله خواهد بود. مشکلات ساختاری و برنامه‌نویسی که با طراحی مناسب ساختاری و تهیه پروتکل‌ها قابل‌مداخله است. مشکلات اجرایی و مشکلات زمینه‌ای که با هماهنگی بین‌بخشی و با حمایت‌طلبی سیاست‌گذاران قابل‌مداخله خواهد بود.

تشکر و قدردانی

در راستای اجرای این مطالعه از همکاری‌های بی‌دریغ معاونین بهداشتی و کارشناسان استان‌های البرز، آذربایجان‌غربی و کردستان بهره گرفتیم. بدین ترتیب محققین بر خود لازم می دانند از کلیه این افراد تشکر و قدردانی نمایند.

تضاد منافع: محققین اظهار می دارند، در این مطالعه هیچ تضاد منافع وجود ندارد.

حامی مالی: مقاله حاضر یک طرح پژوهشی است که در مرکز بیماری‌های غیرواگیر پژوهشگاه غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران حمایت و اجرا شد.

Reference

1.Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. Academic Med 2000;75:612-6.

2.Wall E. Continuity of care and family medicine: definition, determinants, and relationship to outcome. J Fam Pract 1981;13:655-64.

3.Bradley M, David M, Kenneth D, Sabrina L, Lars E, James C. Community Size and Organization of Practice Predict Family Physician Recertification Success. J Am Board Fam Med 2014;27:383-90.

4.Stone C, Rosella L, Goel V. Population health perspective on high users of health care Role of family physicians. Can Fam Physician 2014;60:781-3.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/22.5.66]

5.World Health Organization (WHO). World Health Report, primary health care, Geneva. WHO 2008. 6. Phillips RL, Pugno PA, Saultz JW, Tuggy ML, Borkan JM, Hoekzema GS, et al. Health is primary: family medicine for America's health. Ann Fam Med 2014;12:S1-S12.
7.Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. Health Aff (Millwood) 2004 ; 4: 184-97.
8.Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. Health Aff (Millwood) 2005; W5-97-W5-107.
9. Norris TE, MD. History of the Specialty. Ann Fam Med 2004 ; 2: 524–5.
10.Cindy P. Rebirth Of The Clinic: Places And Agents In Contemporary Health Care.2010; p. 143.
11.Bodenheimer T, Grumbach K, Berenson RA. A lifeline for primary care. New England J Med. 2009;360:2693-6.
12.Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the Health Benefits of Primary Care Physician Supply in the United States. International Journal of Health Services. 2007;37:111–26.
13.http://www.shoragc.ir/Portal/Home/ShowPage.aspx?Object=GENERALTEXT&CategoryID=e2beada8-28bd-4ff4-a9f8-84d4ee0a2973&LayoutID=c7ce887a-48b8-4deb-a1b9-80ea8180295e.
14.Sadrizadeh B. Health situation and trend in the Islamic Republic of Iran. Iran J Public Health 2001;30:1-8.
15.Starfield B. Improving equity in health: a research agenda. Int J Health Serv 2001;31:545-66.
16.LeBaron SW, Schultz SH. Family medicine in Iran: the birth of a new specialty. Fam Med 2005;37:502.
17.Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery. Handbook of health economics 2000;1:1803-62.
18.Honarvar B, Lankarani KB, Rostami S, Honarvar F, Akbarzadeh A, Odoomi N, et al. Knowledge and practice of people toward their rights in urban family physician program: A population-based study in Shiraz, Southern Iran. Int J Prev Med 2015;6:46.
19.Robert L, Phillips J, Sarah E, Jason E, Michael L, Michael L, et al. The Future Role of the Family Physician in the United States: A Rigorous Exercise in Definition. Ann Fam Med 2014;12:250-5.
20.Janati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani M, Vakili S. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program. Knowledge and Health 2010; 4 : 38 - 43.
21.Afkar A, Pourrza A, Mehrabian F. Family physician performance from the perspective of Gilani customers. Journal of Hosp 2013;12:39-48.
22.Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Motlagh M, Kabir M, Maleki MR, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. Journal of Babol University of Medical Sciences 2010;11:46-52. [In Persian]
23.Dehnavieh R, Kalantari AR, Sirizi MJ. Urban family physician plan in Iran: challenges of implementation in Kerman. Med J Islamic Republic Iran 2015;29:303.
24.Jensen LA, Allen MN. Meta-synthesis of qualitative findings. Qual Health Res 1996;6:553-60.
25. Holloway I, Galvin K. Qualitative research in nursing and healthcare: John Wiley & Sons 2016.
26. Kvale S. Thematizing and designing an interview study" from Kvale, Steinar. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing 1996:83-108.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/22.5.66]

27.Kohlbacher F. The use of qualitative content analysis in case study research. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research 2006.
28.Holloway I, Wheeler S. Qualitative research in nursing and healthcare: John Wiley & Sons 2013.
29. Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. Educ Inform 2004;22:63-75.
30.Phillips RL Jr, Pugno PA, Saultz JW, Tuggy ML, Borkan JM, Hoekzema GS, et al. Health Is Primary: Family Medicine for America's Health. Ann Fam Med 2014;12:S1-S12.
31.Majdzadeh R. Family physician implementation and preventive medicine; opportunities and challenges. Int J Prevent Med 2012;3: 665–9.
32.Ebadi Fard Azar F, Haghani H, Hashemi F. Monitoring the family physician national plan and referral system in Robat Karim city in 2008. J Hosp 2009;8:7-12.
33.Liu C-M, Chien C-W, Chou P, Liu J-H, Chen VT-K, Wei J, et al. An analysis of job satisfaction among physician assistants in Taiwan. Health Polic 2005;73:66-77.
34.Smith PC, York N. Quality incentives: the case of UK general practitioners. Health Affairs 2004;23:112-8.
35.Alidosti M, Tavassoli E, Khadivi R, Sharifirad Gr. A survey on knowledge and attitudes of rural population towards the family physician program in Shahr-e-kord city. 2011.
36.Mehrolhassani MH, Sirizi MJ, Poorhoseini SS, Feyzabadi VY. The Challenges of Implementing Family Physician and Rural Insurance Policies in Kerman Province, Iran: A Qualitative Study. J Health Develop 2012;1:193-206.
37.Karimi M, Mirzaei M, Rahim Z. Educational needs of family physicians in Yazd province. Journal of Medical Education and Development 2012;6: 39-46. [In Persian]
38.Reiesian S, Eslamian M, Azmal M, Bastani P, Kalhor R. Assessment of urban family physician program in pilot centers covered by Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences. Journal of Payavard Salamat 2013;7:11-20. [In Persian]
39.Malekafzali H. Lack of doctors justification family physician plan, Iran ministry of health. Available from: URL:http://www.qudsdaily. com/archive/1386/html/5/1386-05-25/page63.html. [In Persian]
40.Farzadi F, Mohammad K, Maftoon F, Labbaf Ghassemi R, Tabibzadeh Dezfouli R. general practitioner supply: family physician program and medical workforce. Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research 2009;8:415-21. [In Persian]
41.Aghsaei I. Family Physician. Nedaie Mahya 2010;3:22-5 [In Persian]
42.Eskandari M, Abbaszadeh A, Borhani F. Barriers of referral system to health care provision in rural societies in Iran. J Caring Sci 2013;2:229-36.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/22.5.66]