

Challenges and Strategies of Implementation Rural Family Physician in Iran: A Qualitative Study

Ahmad Shirjang¹, Soad Mahfoozpour*^{1,2}, Iravan Masoudi Asl³, Leila Doshmangir^{4,5}

Article Info:

Article History:

Received: 10/09/2019

Accepted: 12/17/2019

Published: 03/20/2020

Keywords:

Family Physician

Challenges

Primary Health Care

Health System

Abstract

Background and Objectives: Rural family physician is one of the strategic reforms in Iranian health system. It has been implemented since 2005 with the aim of improving people's access to health services. Despite its pivotal role in health system programs, the program has not progressed according to its original policies. Therefore, in this study, we aimed to identify the challenges of the rural family physician to provide solutions to these problems.

Material and Methods: The present study is in the field of qualitative studies. This was done by interviewing and reviewing the documentation. The sampling was purposive and the documents were systematically selected. In-depth semi-structured interviews were conducted with 26 key informants. Data were analyzed using MAXQDA software by content analysis method.

Results: After more than a decade of practicing family physician, the program still faces a number of key challenges in the areas of leadership and governance, financing, service providers, training and making culture, customer behavior, and monitoring and evaluation. Most of the program's challenges are related to leadership and governance, such as the negligible role of the private sector in service delivery, politicians are not justified about the program, and failure to anticipate the infrastructure required for the program.

Conclusion: Given the importance and key role of the family physician in the field of health and completing primary health care (PHC), especially the effective role in achieving UHC, with proper planning, appropriate and practical interventions should be designed and implemented to remove barriers and enhance the family physician program.

Citation: Shirjang A, Mahfoozpour S, Masoudi Asl I, Doshmangir L. Challenges and Strategies of Implementation Rural Family Physician in Iran: A Qualitative Study. *Depiction of Health* 2020; 11(1): 57-68.

1. Department of Health Services Management, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Safety Promotion & Injury Prevention Research Center, Shahid Beheshti University of medical Sciences, Tehran, Iran (Email: smahfoozpour@yahoo.com)

3. Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Department of Health Policy and Management, Health Services Management Research Center, Iranian Center of Excellence in Health Management, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

5. Social Determinants of Health Research Center, Health Management and Safety Promotion Research Institute, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

چالش‌ها و راهکارهای اجرای پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه کیفی

احمد شیرجنگ^۱، سعاد محفوظ پور^{۲*}، ایروان مسعودی اصل^۳، لیلا دشمنگیر^۴

چکیده

زمینه و اهداف: پزشک خانواده‌ی روستایی از اصلاحات راهبردی در نظام سلامت ایران است که با هدف بهبود برخورداری مردم از خدمات سلامت از سال ۱۳۸۴ به اجرا درآمده است و علیرغم نقش محوری در برنامه‌های نظام سلامت تا به امروز طبق سیاست‌گذاری‌های اولیه پیش نرفته است فلذا در این مطالعه در نظر داریم چالش‌های موجود پزشک خانواده روستایی را شناسایی کرده راهکارهایی برای رفع آنها ارائه کنیم.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر در قلمرو مطالعات کیفی می‌باشد که با استفاده از مصاحبه و مرور مستندات انجام شده است نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و انتخاب اسناد با روش نظام‌مند صورت گرفته است. مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق با ۲۶ نفر از افراد مطلع کلیدی انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار MAXQDA به روش محتوای قیاسی تحلیل شد.

یافته‌ها: با گذشت بیش از یک دهه از اجرای پزشک خانواده هنوز این برنامه با یک سری چالش‌های اساسی در حوزه‌های رهبری و حکمرانی، تامین مالی، عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات، آموزش و فرهنگ‌رسانی، رفتار گیرندگان خدمات و نظارت و ارزیابی مواجه می‌باشد که بیشترین چالش‌های برنامه به حوزه رهبری و حکمرانی از قبیل کم رنگ بودن نقش بخش خصوصی در ارائه خدمات، عدم توجه مقامات سیاسی و مردم نسبت به برنامه و عدم پیش بینی زیرساخت‌های مورد نیاز برنامه و ... مربوط می‌شود.

نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت و نقش کلیدی پزشک خانواده در حوزه سلامت و تکمیل خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)، خصوصا نقش موثر در دستیابی به پوشش همگانی سلامت (UHC)، بایستی با برنامه‌ریزی‌های اصولی مداخلات متناسب و عملی برای رفع موانع موجود و ارتقای برنامه پزشک خانواده طراحی و اجرا گردد.

کلیدواژه‌ها: پزشک خانواده، چالش‌ها، مراقبت‌های بهداشتی اولیه، نظام سلامت

نحوه استناد به این مقاله: شیرجنگ، ا. محفوظ پور س، مسعودی اصل، دشمنگیر ل. چالش‌ها و راهکارهای اجرای پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه کیفی. تصویر سلامت ۱۳۹۹؛ ۱۱(۱): ۶۲-۷۳.

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات ارتقاء ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (Email: smahfoozpour@yahoo.com)
۳. گروه مدیریت خدمات بهداشتی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. گروه مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۵. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کپی‌رایت کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

سلامت، حق همگانی و جزو تکالیف تمامی دولت‌ها برای مردم به شمار می‌رود (۱). نیاز به یک تصمیم جهانی مبنی بر پذیرش یک روش مناسب برای ارائه خدمات سلامت جامع باعث شد تا در سال ۱۹۷۸ مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) (Primary Health Care) به عنوان کلید دستیابی به هدف بهداشت برای همه توسط کشورها پذیرفته شود (۲). با ورود به قرن بیست و یکم سازمان بهداشت جهانی در نه‌امین کنفرانس جهانی با توافق کشورهای عضو همچنان "بهداشت برای همه" را به عنوان چهارچوب توسعه و تکامل برای دستیابی به دستور کار توسعه پایدار ۲۰۳۰ با تأیید مجدد اصالت PHC به رسمیت شناخت و دستیابی به پوشش همگانی بهداشت مورد توجه قرار گرفت (۳). در ایران هم علاوه بر توافقات بین‌المللی، در قانون اساسی هم بر اهمیت دادن به سلامت مردم و برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی تأکید شده است (۴). فلذا اقدامات خوبی هم در جهت ارتقای سلامت جامعه برداشته شده است از جمله گسترش شبکه‌های بهداشت درمان در راستای استقرار مراقبت‌های اولیه بهداشتی در دهه ۶۰، که پیشرفت چشمگیر شاخص‌های سلامت را هم در پی داشت (۵). اما در دهه‌های ۷۰ و ۸۰ با وقوع تغییرات مختلف در جنبه‌های اجتماعی و تغییر سیمای اپیدمیولوژیک بیماری‌ها در جامعه ایران (۶، ۷)، نظام سلامت دچار چالش‌های اساسی همچون دسترسی نامناسب به خدمات سلامتی، افزایش هزینه‌های خانوار، عدم ثبت اطلاعات و... گردیده در نتیجه نیاز به تغییر و اصلاح در نظام سلامت بیش از پیش احساس گردید. در همین راستا از سال ۱۳۸۴ برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به عنوان بهترین گزینه برای اصلاح نظام سلامت مطرح گردید (۸). پزشک‌خانواده مهم‌ترین برنامه راهبردی برای نظام سلامت هر کشور می‌باشد که علاوه بر تأمین خدمات مورد نیاز مردم، امکان سوء استفاده از نیازهای سلامت مردم را نیز محدود می‌کند که در بسیاری از کشورها از جمله آمریکای شمالی، اروپای غربی و کانادا پزشک خانواده محور ارایی خدمات سلامت است (۹). مبانی و اصول برنامه پزشک‌خانواده، همان اصول PHC و مشتمل بر عدالت، همکاری بین‌بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از فناوری مناسب است (۱۰). اهداف برنامه پزشک خانواده کیفیت، کارایی، افزایش پاسخ‌گویی در بازار سلامت، کاهش هزینه‌های غیرضروری، افزایش دسترسی فقرا به خدمات سلامت و افزایش پوشش خدمات می‌باشند (۱۱، ۱۲).

برنامه پزشک‌خانواده روستایی در ایران در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر اجرا گردیده است و طی آن دولت موظف شد تا امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را از طریق نظام ارجاع فراهم آورد. تا حدودی هم موفق بوده و

دستاوردهای خوبی هم کسب کرده است که مطرح شده توسعه برنامه پزشک خانواده روستایی، استحکام سیستم PHC ایران در منطقه است (۱۰، ۱۱). اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به منظور ارتقای سلامت و با هدف دستیابی به چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴ اهمیت داده شده در دستور کار قرار گرفته است (۵). در برنامه پنج ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هم پزشک خانواده از ضروریات تلقی شده و وزارت بهداشت بر اجرای «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت» با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده مکلف شده است. می‌توان گفت پزشک خانواده یکی از مهمترین سیاست‌گذاری‌هایی است که در دهه اخیر در عرصه نظام سلامت مطرح شده است. از این رو، اهمیت و ضرورت مورد توجه قرار دادن برنامه پزشک خانواده دقیقاً از اهمیت جایگاه سلامتی مردم و نقش آن در توسعه سلامت و رفاه جامعه نشأت می‌گیرد و بالتبع نیازمند ارزیابی‌های ملی و محلی است تا ضمن شناسایی نقاط قوت و موارد نیاز به بهبود در جهت رسیدن به اهداف مشخص و در صورت نیاز مداخلات مرتبط انجام گیرد (۱۳، ۱۴). در همین راستا مطالعات متعددی به بررسی زوایای مختلف پزشک خانواده روستایی در ایران پرداخته‌اند و نتایج نشان می‌دهد پزشک خانواده طبق برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های پیش‌بینی شده اولیه پیش نرفته است فلذا لزوم اصلاح، تکمیل و گسترش برنامه در قوانین برنامه‌های توسعه، مصوبات دولت و نظرات صاحب نظران مورد تأکید قرار گرفته است. در همین راستا در این مطالعه در نظر داریم چالش‌های اساسی برنامه پزشک‌خانواده روستایی را استخراج نموده، حتی‌المقدور راهکارهای عملی برای رفع این چالش‌ها را هم ارائه دهیم تا بتوانیم سهم کوچکی در اجرای این اصلاحات، تکمیل و تحقق کامل برنامه پزشک خانواده و نهایتاً ارتقاء سطح سلامت جامعه ایفا نماییم.

مواد و روش‌ها

طراحی مطالعه

این پژوهش مطالعه‌ای کیفی از نوع پدیده شناسی است که با بهره‌گیری از مرور مستندات و مصاحبه‌های عمیق انجام شده است.

جمع‌آوری داده‌ها

روش اسنادی (مرور مستندات): به عنوان روش کیفی برای تقویت روش مصاحبه در این مطالعه انتخاب گردید. در استفاده از این روش به صورت نظام‌مند آن دسته از اسنادی که شامل اطلاعاتی درباره موضوع مورد مطالعه بود شامل کتاب‌ها و دستورالعمل‌های ملی و بین‌المللی از واحدهای تابعه وزارت بهداشت و پایگاه‌های داده‌ای سازمان‌های مختلف مانند دولت،

بودن ساختار کلی مصاحبه برای همه شرکت‌کنندگان، از مصاحبه‌کننده سوال‌های دیگری پرسیده می‌شد که به این وسیله اطلاعات مهم و ارزشمندی از دل مصاحبه‌ها استخراج گردید.

اعتبار داده‌ها

به منظور اطمینان از اعتبار و مقبولیت داده‌ها، از نظرسنجی از مشارکت‌کنندگان استفاده شد که پس از هر مصاحبه، متن آن جهت تأیید به مصاحبه‌شوندگان ارائه و در صورت لزوم نظرات حذف یا اضافه شدند و مجدداً مورد کدگذاری و تحلیل قرار می‌گرفت. از چهار معیار تعیین شده توسط Pope با عناوین اعتبار (Credibility)، تأیید پذیری (confirmability)، انتقال پذیری (transferability) و اعتماد (authenticity) داده‌ها برای تعیین اعتبار مستندات استفاده شد (۱۷). همین‌طور از بازنگری ناظر دارای تجربه (peer review) استفاده شد و کدها و تم بندی بررسی شدند.

تجزیه و تحلیل آمار

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار MAXQDA۱۲ با روش تحلیل محتوای قیاسی انجام شد. فایل صوتی مصاحبه‌ها بلافاصله پس از اجرا به دقت و به صورت کلمه‌ای رونویسی شده و تایپ شدند. سپس متن‌های حاصل، چندین بار مورد بازخوانی قرار گرفته جهت تأیید صحت مطالب بیان شده فایل تایپ شده مصاحبه‌ها به شرکت‌کنندگان ارسال گردید. در مرحله بعد مصاحبه‌ها کدگذاری شدند و کدهای مشابه به لحاظ مفهوم با یکدیگر ادغام شده زیرتم‌های ایجاد شده در ذیل هر تم قرار گرفت. این کار تداوم یافت تا زمانی که هیچ زیرتم یا کد جدید یا تغییرات در گروه بندی بوجود نیامد و در نهایت کدهای استخراجی در ۶ تم اصلی و ۲۸ زیرتم دسته بندی شده و سپس تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته‌ها

۲۶ نفر از سیاست‌گذاران، دانشگاهیان و فعالان حوزه سلامت کشور در این مطالعه شرکت کردند که از این تعداد ۲۴ مرد و ۲ زن با میانگین سنی ۴۵ سال شرکت کردند. سابقه شغلی شرکت‌کنندگان بین ۵ تا ۲۰ سال با میانگین ۱۲ سال و سطح تحصیلات این گروه از زیر دیپلم تا دکترا متغیر بود (جدول ۱).

مجلس و وزارت بهداشت استخراج گردید و با بهره‌گیری از معیارهای اسکات (تعیین اصالت، تعیین اعتبار، نمایندگی و معنی‌دار بودن) مورد غربالگری قرار گرفته در نهایت کتاب‌های شبکه بهداشت و درمان شهرستان، ضوابط و اصول کلی در ساختار طرح‌های گسترش و دستورالعمل‌های پزشک خانواده روستایی و اسناد ملی شامل نقشه جامع علمی سلامت کشور، سیاست ارتقای مراقبت‌های اولیه سلامت و برنامه ششم توسعه که ساختار و سطوح ارائه خدمات نظام شبکه و جایگاه پزشک خانواده در این نظام را تشریح می‌کرد و اسناد بین-المللی شامل استراتژی همکاری کشور جمهوری اسلامی ایران با سازمان بهداشت جهانی (۱۵) مطالعه گردیدند.

مصاحبه: مصاحبه‌ها براساس راهنمای از قبل تنظیم شده صورت گرفت که در آن سوالات مصاحبه با بهره‌گیری از یافته‌های مرور مستندات و بر اساس نظرات تیم پژوهش طراحی گردیده بود. سوالات به گونه‌ای طراحی گردید که تمام ابعاد موضوع را پوشش دهد. روایی سوالات با انجام چهار مصاحبه پایلوت بررسی گردید که این مصاحبه‌ها نیز در تحلیل وارد گردید. جامعه مورد مطالعه در این تحقیق کلیه سیاست‌گذاران، دانشگاهیان، مدیران، برنامه‌ریزان حوزه سلامت، پزشکان، کارشناسان و کارکنان فعال حوزه سلامت در سطوح ملی (ستاد وزارت بهداشت- ستاد، دانشکده‌ها و معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های مختلف کشور)، استانی (ستاد دانشگاه علوم پزشکی، معاونت-ها، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، شبکه‌های بهداشت و مراکز بهداشت استان و شهرستان‌های مختلف) و شهرستانی (ستاد شبکه و مرکز بهداشت شهرستان، مراکز بهداشتی و درمانی و خانه‌های بهداشت) بودند که انتخاب شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام و تا مرحله اشباع داده‌ها ادامه یافت. زمان اجرای مطالعه از تیر تا دی سال ۱۳۹۷ بود. مصاحبه‌ها به صورت فردی و نیمه ساختاریافته عمیق انجام شد. دلیل انتخاب روش توانایی و قدرت در شناخت و کشف نظرات، عقاید و نگرش صاحب نظران در خصوص موضوعات مورد مطالعه بود (۱۶). مکان اجرای مصاحبه‌ها، محل کار مصاحبه‌شوندگان در دانشگاه‌ها، مراکز پژوهشی و اداری در سطوح مختلف ستادی و اجرایی بود و با هماهنگی یک هفته قبل از طریق تماس تلفنی یا مراجعه حضوری و تحویل یک برگ حاوی اطلاعات در خصوص اهداف مطالعه اقدام می‌شد. مدت زمان اجرای مصاحبه‌ها از نیم ساعت تا یک و نیم ساعت متغیر بود. مصاحبه‌ها با کسب اجازه از شرکت‌کنندگان ضبط می‌گردید. در مجموع ۲۶ مصاحبه عمیق فردی صورت گرفت. سوالات مصاحبه با نظر اعضای تیم مطالعه جهت جامعیت و بهبود کیفیت بررسی شده و در صورت نیاز برای مصاحبه‌های بعدی در سوالات تغییراتی اعمال می‌گردید و ضمن حفظ یکسان-

چالش‌ها و راهکارهای اجرای پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه کیفی

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان مطالعه

متغیر	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۲۴
	زن	۸
سن	۳۰-۴۰	۱۹
	۴۱-۵۰	۴۶
	۵۱-۶۰	۳۵
تحصیلات	زیردیپلم	۴
	دیپلم	۸
	فوق دیپلم	۱۵
	لیسانس	۱۵
	فوق لیسانس	۱۹
	دکترای پزشکی	۱۵
تجربه کاری	دکترای تخصصی	۲۳
	۵-۱۰	۳۵
	۱۱-۲۰	۶۵
سازمان	وزارت بهداشت	۲۳
	دانشگاه علوم پزشکی	۱۵
	بیمه سلامت	۱۹
	شبکه بهداشت و درمان	۲۷
	مرکز بهداشتی و درمانی	۱۵

سپس چالش‌های موجود برنامه پزشک خانواده روستایی و سطح بندی خدمات را در جهت اصلاحات و تکمیل برنامه در فازهای بعدی بیان کردند که در مجموع از تحلیل اولیه مصاحبه‌ها تعداد ۳۱۷ کد اولیه استخراج گردید که با دسته بندی این کدها در گروه‌های مرتبط نهایتاً ۶ تم اصلی و ۲۸ تم فرعی بدست آمد (جدول ۲).

شرکت‌کنندگان ضمن اشاره به اقدام بزرگ و موثر استقرار پزشک خانواده، اثرات خوب اجرای برنامه در سلامت کشور را افزایش دسترسی مردم و ارائه خدمات پیشرفته مراقبت‌های بهداشتی توسط پزشک به عنوان مکمل خدمات مراقبین سلامت و بهورزان در شناسایی بموقع بیماران و پیگیری مراقبت‌های آنان و افزایش کیفیت خدمات عنوان کردند و

جدول ۲. خلاصه تم‌ها و زیرتم‌های مربوط به چالش‌های برنامه پزشک خانواده

تم	زیرتم
رهبری و حکمرانی	طراحی و اجرای پزشک خانواده روستایی
	طراحی و اجرای نظام ارجاع
	نقش بخش خصوصی در برنامه پزشک خانواده روستایی
	پوشش خدمات توسط سازمان‌های بیمه‌ای بر اساس سطح‌بندی مکانیسم بکارگیری اعضای تیم‌های سلامت
آموزش و فرهنگ‌رسانی	قوانین پشتیبان رعایت برنامه توسط مردم و سطوح ارائه خدمات
	میزان مهیا شدن زیرساخت‌های برنامه پزشک خانواده
	آگاهی مسئولین سیاسی اجرایی از برنامه
	اطلاع‌رسانی به مردم در خصوص برنامه پزشک خانواده
تامین مالی	آشنایی و هماهنگی متولیان برنامه با اهداف پزشک خانواده
	میزان هماهنگی محتوای آموزش پزشکی با پزشک خانواده روستایی
	توانمندی پزشکان عمومی برای فعالیت به عنوان پزشک خانواده
	وضعیت پرداخت به اعضای تیم سلامت
عملکرد ارائه دهندگان خدمات	میزان تاثیر نحوه فعالیت پزشک بر دریافتی
	تعهد پزشک خانواده روستایی در قبال سلامت جمعیت
	تعاملات بین پزشک و تیم سلامت
	میزان رغبت پزشکان خانواده به برنامه‌های مراقبتی
رفتار گیرندگان خدمات	میزان اعتقاد سطوح تخصصی خدمات (دو و سه) به خدمات سطح یک
	میزان تمایل به استقرار نظام ارجاع
	رعایت مسیر ارجاع توسط جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده روستایی
	میزان مراجعات مردم به پزشکان خانواده
نظارت و ارزیابی	تامین منابع مادی و انسانی مورد نیاز برای ارزیابی همه جانبه برنامه
	اختیارات و حمایت‌های قانونی مورد نیاز سازمان ناظر برنامه
	ارزیابی جامع توسط سازمان خریدار خدمت
	استقلال کافی خریدار خدمت از ارائه دهنده خدمت

با PHC و عدم تحقق اهدافی مانند سطح‌بندی خدمات شده است:

"در مملکت ما پزشک خانواده روستایی هماهنگ با سطوح نبوده و اینکه به صورت جامع و متصل به سیستم شبکه پیاده شود اتفاق نیفتاده است و پزشک خانواده‌ای که PHC را پوشش دهد نداریم" (کارشناس معاونت بهداشتی استان).

کم رنگ بودن نقش و مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات سطح یک که باعث عدم موفقیت در اجرای جامع و کامل برنامه گردیده است:

" لزومی ندارد که خدمات را حتماً دولت ارائه دهد پزشک عمومی در مطب خودش فعالیت می‌کند می‌توانیم

تم‌های اصلی پیرامون مسائل و چالش‌هایی در زمینه رهبری و حکمرانی، تامین مالی، آموزش و فرهنگ‌سازی، عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات، رفتار گیرندگان خدمات و ارزیابی خدمات بود که هر کدام به نوعی باعث ایجاد مشکلاتی در اجرای برنامه می‌شوند. بیشترین زیرتم‌های دسته‌بندی شده در حوزه رهبری و حکمرانی بود که تشریح می‌گردد:

حکمرانی و رهبری

شرکت‌کنندگان در این دسته به چالش‌های مهمی اشاره کردند از جمله طراحی و اجرای نامطلوب پزشک خانواده روستایی و نظام ارجاع که باعث ناهماهنگی این برنامه

"پزشکان خانواده ما ۶۰ درصد اهداف درمانی را پیگیر هستند انگار که یک درمانگر در مراکز بهداشتی قرار داده‌ایم" (کارشناس معاونت بهداشتی استان).

وجود تضاد منافع بین بخش خصوصی و سطوح دو و سه ارائه خدمات با سطح یک که باعث مقاومت این گروه‌ها در برابر استقرار برنامه گردیده است:

"اگر سطوح ۲ و ۳ را به اختیار خودشان بگذارند اصلاً از سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع استقبال نخواهند کرد چرا که فکر می‌کنند با استقرار برنامه، منافع شان به خطر می‌افتد" (رئیس شبکه بهداشت و درمان).

نبود تعامل مناسب بین پزشک و اعضای تیم سلامت که همکاری متقابل را مشکل کرده است:

"قرار بود که بهورز عضو تیم سلامت باشد و کارها را انجام دهد و آنجایی که نتوانست پزشک، ماما و دیگران انجام دهند. این اتفاق رخ نداده و باعث شده که دو سیستم از هم جدا باشند" (بهورز باسابقه).

عدم پاسخگویی و مسئول نبودن پزشک خانواده روستایی در قبال سلامتی جمعیت که باعث عدم پیگیری مشکلات سلامتی جمعیت تحت پوشش از طرف پزشک می‌باشد:

"پزشک خانواده ما متولی سلامت نیست فقط یک Provider است که خدمات درمانی ارائه می‌دهد. در فرایند مراقبت خودش را فعالانه درگیر نمی‌کند برای اینکه وقتی بیماری فرد شدت می‌یابد هیچ تبعاتی برای پزشک خانواده ندارد" (معاون فنی معاونت بهداشتی استان).

تغییرات مکرر و عدم ماندگاری پزشکان خانواده در مراکز بهداشتی و درمانی که منجر به قطع مکرر مراقبت مراجعین و در نتیجه بی‌اعتمادی آنها به سیستم شده است:

"پزشک خانواده بایستی کاملاً افراد را بشناسد و پیگیر وضعیت‌شان باشد در حالی که در مراکز ما پزشک بعضاً هر پنج یا شش ماهه عوض می‌شود در نتیجه بیمار در هر نوبت مراجعه با پزشک دیگری مواجه می‌شود" (کارشناس ارشد سازمان بیمه سلامت).

آموزش و فرهنگ‌سازی

ناهماهنگی و بروز نبودن محتوای آموزش پزشکی با PHC و پزشک خانواده روستایی که منجر شده پزشکان عمومی برای فعالیت به عنوان پزشک خانواده روستایی توانمند نباشند:

"پزشکان ما برای فعالیت به عنوان پزشک خانواده تربیت نشده‌اند. بلکه برای درمان تربیت شده‌اند. این پزشکان به قولی Health Manager نیستند در واقع Case Manager هستند." (عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی).

قرارداد ببندیم که خدمات مدنظر ما را هم انجام بدهد، ولی اینکار را نمی‌کنیم منابع کافی هم نداریم در نتیجه نمی‌توانیم خدمات را به صورت جامع و کامل ارائه کنیم" (کارشناس ارشد بیمه سلامت).

تحت پوشش بیمه قرارداد دادن خدمات سطح یک برای بخش خصوصی و سایر سطوح توسط سازمان‌های بیمه‌گر بدون توجه به سطح‌بندی و رعایت مسیر ارجاع که اهمیت و موضوعیت برنامه را زیر سوال می‌برد:

"در حال حاضر خدمات همه جا ارائه می‌شود خارج از سیستم همان آزمایش‌هایی که مربوط به سطح یک است به صورت بیمه‌ای پذیرش می‌شود" (کارشناس ارشد دانشگاه علوم پزشکی).

اشتغال زیاد پزشکان خانواده به کارهای درمانی که نداشتن فرصت کافی برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی را سبب شده است:

"مراجعه‌ین بدون هیچ محدودیتی به پزشک مراجعه می‌کنند و پزشک مجبور است روزی ۱۰۰ یا بیشتر بیمار را ویزیت کند در نتیجه فرصتی برای خدمات بهداشتی اولیه باقی نمی‌ماند" (کارشناس مرکز بهداشتی و درمانی).

توجه نکردن مسئولین سیاسی و اجرایی که باعث عدم موفقیت در جلب حمایت آنان در جهت تصویب قوانین و پشتیبانی اجرا و ارزیابی برنامه گردیده است:

"یک سری تصمیمات سیاسی جلدی برای ملزم کردن کلیه بخش‌ها و سطوح به استقرار پزشک خانواده می‌خواهد که ابتدا بایستی خود سیاسیون نسبت به برنامه توجه باشند که نیستند" (کارشناس ارشد ستاد دانشگاه علوم پزشکی).

مهیا نبودن زیرساخت‌های لازم برای استقرار و تداوم پزشک خانواده روستایی که باعث شده پزشک خانواده نتواند در تحقق کامل اهداف موفق باشد:

"در بحث تامین پزشک به نسبت تعداد جمعیت، هنوز به استاندارد دست نیافته‌ایم. چرا که منابع مورد نیاز برنامه را درست و بموقع پیش بینی نکرده‌ایم" (کارشناس ارشد ستاد دانشگاه علوم پزشکی).

نبود الزامات قانونی مورد نیاز در جهت رعایت سطح‌بندی توسط مردم و سطوح دو و سه ارائه خدمات که عدم مشارکت و همکاری آنها در استقرار کامل برنامه را منجر شده است:

"نبود قوانین الزام‌آور برای سطوح ارائه خدمات باعث شده این سطوح تکمیل کننده PHC نباشند بطور کلی روابط بین سطوح از هم گسیخته است" (پزشک عمومی).

عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات

درمان‌نگر بودن پزشکان خانواده که منجر به عدم تمایل آنها به اجرای برنامه‌های پیشگیری و مراقبتی گردیده است:

نظارت و ارزیابی

نبود ارزیابی و نظارت‌های جامع، کافی و موثر از طرف سازمان‌های ناظر و خریدار خدمت که باعث عدم پیگیری و عدم تحقق کامل اهداف برنامه علیرغم صرف منابع گردیده است:

"یک ناظر بیمه سلامت برای ارزیابی فعالیت‌ها بایستی به کلیه مراکز بهداشتی و خانه‌های بهداشت مراجعه کند. اولاً فرصت نمی‌کند و از طرف دیگر با برنامه‌ها و سامانه‌ها آشنایی کامل ندارد بالتبع نمی‌تواند نظارت جامع و کاملی داشته باشد" (کارشناس ستاد مرکز بهداشت).

نداشتن اختیارات قانونی لازم و کمبود زیرساخت‌ها از جمله منابع مادی و انسانی مورد نیاز برای سازمان بیمه که ارزیابی همه جانبه برنامه را تحت تاثیر قرار داده است:

"اجرای نظارت جامع و دقیق نیازمند اختیارات قانونی لازم و از طرف دیگر منابع کافی از جمله نیروی انسانی خبره به تعداد متناسب هست که در حال حاضر هیچکدام را در حد کفایت ندارد" (کارشناس ارشد بیمه سلامت).

بحث

یافته‌های این مطالعه بیانگر این است که اجرای پزشک خانواده روستایی آثار خوبی بر نظام سلامت، ارائه خدمات و همینطور بر PHC داشته است در مطالعات هم تائید شده که توسعه برنامه پزشک خانواده در روستاها و شهرهای کمتر از بیست هزار نفر، استحکام سیستم PHC ایران در منطقه است (۱۰، ۱۱) ولی چالش‌ها و نارسایی‌هایی در جهت تکامل و نهادینه شدن دارد که یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که اکثریت مشکلات به حوزه حکمرانی و رهبری مربوط می‌شود. مواردی از قبیل عدم استقرار کامل نظام ارجاع که در این خصوص علیرغم اهمیت زیاد استقرار نظام ارجاع در راستای سطح‌بندی خدمات و تحقق اهداف برنامه پزشک خانواده روستایی، یافته‌های ما ضعف و تحقق ناکافی نظام ارجاع را نشان می‌دهد. جباری و همکاران هم در مطالعه خود مطرح نمودند که با گذشت چندین سال از اجرای پزشک خانواده هنوز نظام ارجاع بدرستی اجرا نمی‌شود (۱۸) که این مسئله هم به عوامل اجرایی و هم به گیرندگان خدمات وابسته می‌باشد. اسکندری و همکاران در مطالعه خود طولانی بودن مسیر ارجاع، پشتیبانی ناکافی حاکمیت، نبود ارتباط دو طرفه بین سطوح ارائه خدمات، خود ارجاعی و ناآگاهی از ساختار و اهمیت برنامه را دلایل عدم تحقق نظام ارجاع در ایران مطرح نموده‌اند (۱۹).

یافته‌ها نشان می‌دهد درمان‌محور بودن آموزش پزشکی و هماهنگ نبودن آن با PHC و پزشک خانواده باعث ناآشنایی پزشکان عمومی از برنامه و مشکلات در تحقق اهداف برنامه شده است تا جایی که ملک افضلی تاکید کرده هنوز هم در

ناآشنایی و ناهماهنگی متولیان برنامه پزشک خانواده روستایی با ضوابط و موازین برنامه که با عدم پیش‌بینی درست و جامع، اجرای برنامه را با مشکل مواجه کرده است: "از بدو امر دیدگاه مسئولین در مورد پزشک خانواده یکی نبود و مسائلی که در وزارتخانه مطرح بود مربوط به ساختار و سخت افزار می‌شد اینکه چند پزشک جذب کنیم؟ چقدر پول بدهیم؟ ولی در مورد کیفیت و نحوه فعالیت پزشک خانواده که چه کاری را و چگونه انجام دهد؟ بحث محتوا زیاد مطرح نبود" (کارشناس ارشد معاونت بهداشتی استان).

عدم اطلاع‌رسانی کافی به مردم قبل و حین اجرای برنامه که مقاومت و عدم رغبت نسبت به استقرار کامل برنامه خصوصاً سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع را منجر گردیده است:

"برنامه‌ای با این حد گستردگی که کلیه بخش‌ها و سطوح نظام سلامت و مردم را درگیر می‌نمود بدون کوچکترین اطلاع‌رسانی آغاز گردید و بعد از گذشت ۱۳ سال هنوز هم مردم نسبت به ابعاد برنامه بی‌اطلاع می‌باشند" (عضوهئیت علمی دانشگاه علوم پزشکی).

تامین مالی

عدم تاثیر نحوه فعالیت پزشک بر میزان دریافتی که عدم پیگیری و حساسیت پزشک در خصوص سلامت افراد تحت پوشش را منجر می‌گردد:

"پزشک خانواده ما خودش را متولی سلامت جمعیت و مقید به پیگیری وضعیت سلامتی شان نمی‌داند و این وضعیت تاثیری بر دریافتی پزشک ندارد و آخر ماه حقوقش (از سرانه سلامت همان جمعیت) را بدون کم و کاست دریافت می‌نماید" (معاون فنی معاونت بهداشتی استان).

نظام پرداخت ناعادلانه بین اعضای تیم سلامت که مشکلات ارتباط و همکاری بین اعضای تیم سلامت را تشدید کرده است:

"ما سیستم را ندیده‌ایم، تیم را مدنظر قرار نداده‌ایم بیشتر نگاه‌مان را معطوف به پزشکان کردیم و بحث جزیره‌ای شدن رخ داد و سیستم فراموش شد" (معاونت بهداشتی شهرستان).

رفتار گیرندگان خدمات

مراجعات مکرر و غیرضرور به پزشکان خصوصاً سطوح تخصصی که ناشی از نبود قوانین محدودکننده مراجعات می‌باشد و علاوه بر هدر رفت منابع حوزه سلامت، مشکلاتی هم برای ارائه خدمات به نیازمندان واقعی خدمات ایجاد می‌نماید: "مردم برای هر کار ساده‌ای خارج از مسیر ارجاع و بدون هیچ مانعی در دفعات متعدد به مطب متخصصین و یا فوق تخصصین مراجعه می‌کنند بدون اینکه محدودیتی در پذیرش اینها وجود داشته باشد" (کارشناس ارشد بیمه سلامت).

پزشک خانواده بایستی در مراقبت از بیماران، همه جنبه‌های پزشکی، فرهنگی، مذهبی، وضعیت بیمار، خانواده و وضعیت جامعه را مدنظر قرار دهند که لازمه آن ثبات و ماندگاری بیشتر پزشکان می‌باشد ولی تغییرات مکرر پزشکان خانواده شاغل در برنامه پزشک خانواده روستایی از چالش‌های مهم برنامه می‌باشد. موسی فرخانی و همکاران همینطور یزدی فیض‌آبادی و همکاران در مطالعات خود نشان داده‌اند که از مهمترین چالش فراروی برنامه پزشک خانواده، کمبود پزشک و پایین بودن ماندگاری پزشکان می‌باشد (۲۹، ۳۰) که طبق نظر مشارکت‌کنندگان این مسئله باعث قطع مکرر پروسه مراقبت از بیماران بخصوص بیماران مزمن، زنان باردار و بیماران اعصاب و روان و در نتیجه ایجاد بی‌اعتمادی در آنها گردیده و مراجعه مستقیم آنها به سطوح تخصصی‌تر جهت پیگیری مراقبت‌شان را سبب می‌شود. بخشی از این مسئله هم مربوط می‌شود به مهیا نبودن زیرساخت‌های برنامه پزشک خانواده روستایی از جمله کمبود پزشک که قبل از آغاز برنامه هم دغدغه کارشناسان بوده و هنوز هم وجود دارد. مطلق و همکاران در مطالعه خود بیان کرده‌اند که براساس اطلاعات موجود، در مراکز بهداشتی و درمانی به طور میانگین حدود ۲۰ الی ۳۰ درصد کسری پزشک وجود دارد (۳۱). بخشی هم به مدیریت نامناسب منابع انسانی و عدم تعادل بین تقاضا و عرضه کارکنان بهداشتی مربوط می‌باشد. شاهرخ و همکاران در مطالعه شان نشان داده‌اند که در ایران در گروه مامایی مازاد و بیکاری منابع انسانی و در گروه پزشک، کمبود نیروی انسانی وجود دارد (۳۲).

با توجه به وسعت و گستردگی پزشک خانواده حتماً بایستی قبل و حین اجرای برنامه نسبت به اطلاع‌رسانی و آموزش گروه‌های مختلف مرتبط از جمله سیاستمداران، قانونگذاران، مسئولان اجرایی و مردم اقدامات مهمی پیش‌بینی و اجرا می‌گردید که یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد اینکار به خوبی انجام نشده و مسائلی در مسیر استقرار برنامه بوجود آورده است. شیروانی در مطالعه خود بیان می‌کند که علیرغم موفقیت‌های برنامه پزشک خانواده اما نارسایی‌هایی در فرهنگ‌سازی در سطح جامعه وجود دارد که باید ارتقاء یابد (۳۳). طبق نتایج مطالعه، ناآشنایی در سطح سیاست‌مداران کشور هم دیده می‌شود که زنگنه بایگی و همکاران هم در مطالعه‌شان تأیید کرده‌اند که آگاهی کم مقامات ملی در پروژه‌های بهداشتی مانند برنامه پزشک خانواده روستایی نمایان هست (۳۴) که این مسئله عدم حمایت و پشتیبانی از تحقق و استقرار برنامه و اعمال فشارهای غیر منطقی بر مسئولین اجرایی برنامه طی سالیان متمادی را در پی داشته است. شیانی و همکاران در مطالعه خود عدم اراده و تعهد سیاسی مسئولین ارشد کشوری را از موانع اجرایی برنامه پزشک خانواده مطرح نموده‌اند (۳۵). طبق نتایج، ناآشنایی و ناهماهنگی متولیان

برنامه آموزش پزشکی مراقبت‌های بهداشتی اولیه به نحو کامل تدریس نمی‌شود و ممکن است پزشکان فارغ التحصیل که به عنوان پزشک خانواده روستایی در مراکز بهداشتی درمانی قرار می‌گیرند به جامعیت نظام شبکه صدمه وارد کنند (۲۰). خیاطی و همکاران هم در مطالعه خود بیان کردند که ۲۲ درصد مدیران نقاط ضعف پزشک خانواده روستایی ایران را ناشی از آموزش ناکافی پزشکان و عدم توجه آنان از برنامه عنوان کردند (۲۱). سیمونز و همکارانش هم در مطالعه‌ای مطرح کرده‌اند که ۲۴/۲ درصد پزشکان خانواده ایتالیا فاقد اطلاعات لازم در زمینه برنامه‌های مراقبتی بوده و نیازمند حمایت سایر اعضای تیم سلامت بودند (۲۲). همین مسئله تمایل بیشتر پزشکان شاغل در برنامه به فعالیت‌های درمانی و اهمیت ندادن به ارائه مراقبت‌های بهداشتی را هم سبب شده است. هویدا در مطالعه خود از مهمترین نقاط ضعف پزشک خانواده روستایی را حجم بالای کار درمانی پزشک بیان می‌کند (۲۳). عاصف زاده و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که هرچند سلامت‌نگری محور فعالیت‌های پزشک خانواده است ولی در کشور ما، بیمارنگری محور فعالیت‌ها در برنامه قرار گرفته است (۲۴). در مطالعه چمان و همکاران هم ۴۵ درصد پزشکان اظهار داشتند در این برنامه به مراقبت‌های بهداشتی اولیه اولویت داده نمی‌شود (۲۵). از طرف دیگر هم مراجعین به دلیل پائین بودن حق ویزیت پزشک همچنین نبود هیچگونه محدودیت، مراجعات مکرر و بعضاً غیرضرور به پزشک دارند که بایستی در برنامه‌ریزی‌ها مدنظر قرار گیرد.

یکی از الزامات مهم تحقق اهداف برنامه پزشک خانواده هماهنگی و همراهی کلیه بخش‌ها و سطوح ارائه خدمات با آن می‌باشد. همانطور که پیملوت هم در مطالعه خود درخصوص پزشک خانواده در کانادا تأکید کرده که پزشکان خانواده برای ارایه خدمات با کیفیت بالا به بیماران و پرداختن به همه خدمات حاد، مزمن و مراقبت‌های پیشگیری نیازمند همکاری متخصصین هستند (۲۶). ولی در ایران عدم آشنایی و توجه نبودن متخصصان نسبت به برنامه، باعث بروز نگرش تضاد منافع بین سطوح تخصصی ارائه خدمت و بخش خصوصی با خدمات سطح یک گردیده از طرفی هم نبود الزامات قانونی برای رعایت ضوابط برنامه، عدم مشارکت آنها با برنامه پزشک خانواده را تشدید کرده است. جنتی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که ۳۸ درصد مدیران و ۱۳/۶ درصد بیماران، مشکل عدم استقبال سطوح بالاتر از موارد ارجاعی را از نقاط ضعف برنامه عنوان کرده‌اند (۲۷). کاشفی و همکاران هم در مطالعه خود مطرح نمودند که از مهمترین نقاط ضعف پزشک خانواده روستایی عدم ارایه بازخورد مناسب توسط پزشک متخصص به پزشک خانواده می‌باشد (۲۸).

برنامه با اهداف پزشک خانواده روستایی هم وجود دارد که باعث شده تا به امروز به محتوا و کیفیت برنامه توجه زیادی نگردد. همین طور آشنایی کم مردم با ضوابط برنامه که در مطالعه علیدوستی و همکاران هم تأیید شده که در مجموع آگاهی بیشتر افراد جمعیت روستایی در مورد برنامه‌ی پزشک خانواده ضعیف بوده است (۳۶) و این امر هم منجر به موارد متعدد خودارجاعی و مراجعات مکرر و غیرضرور به سطوح بالاتر ارائه خدمات همچنین عدم تمایل به استقرار کامل برنامه و نظام ارجاع گردیده است. نصرالله پور شیروانی و همکاران در مطالعه‌شان اشاره کرده‌اند که از ۶۷۵ بیمار ارجاع شده به سطح دو که موفق به دریافت خدمات شدند، ضرورت ارجاع ۳۱۱ نفر (۴۶ درصد) بنا به درخواست پزشکان خانواده بود (۱۲). این در حالی است که در بسیاری از کشورهای اروپایی و همچنین تعدادی از کشورهای در حال توسعه مانند قزاقستان، تایلند و چین، دسترسی به خدمات تخصصی و بیمارستانی بدون ارجاع از سوی پزشک خانواده ممکن نیست (۳۷).

- لازم است به صورت متناوب مطالعاتی در خصوص پزشک خانواده روستایی در حیطة ساختار و خدمات ارائه شده صورت گیرد تا با شناخت بموقع چالش‌ها، مداخلات مناسبی طراحی و اعمال گردد.
- برای اعضای تیم‌های سلامت، پزشکان، کارشناسان سازمان‌ها و مراکز متولی برنامه دوره‌های بازآموزی و توجیهی و برای مردم برنامه‌های اطلاع‌رسانی و آموزشی با استفاده از رسانه‌های ارتباط جمعی برگزار گردد.
- ضمن توجیه و جلب حمایت مقامات سیاسی، قوانین پشتیبان و الزام‌آور بر رعایت نظام ارجاع برای مردم و سطوح تخصصی تصویب گردد.
- مکانیسم خرید خدمت از بخش خصوصی در برنامه پزشک خانواده روستایی طراحی و اجرا گردد.
- در برنامه درسی آموزش پزشکی، سهم آموزش‌های مرتبط با پزشک خانواده تقویت گردد.
- ارزیابی برنامه پزشک خانواده به یک نهاد مستقل و خارج از مجموعه‌های مجری برنامه واگذار گردد.

نتایج کاربردی پژوهش

با انجام این پژوهش و شناسایی چالش‌های برنامه پزشک خانواده روستایی و ارائه راهکارهای عملی برای رفع این چالش‌ها، می‌تواند منجر به طراحی و اجرای یکسری اصلاحات و مداخلات در راستای رفع این چالش‌ها و تکمیل و تحقق کامل اهداف برنامه پزشک خانواده روستایی گردد. همین‌طور سبب می‌شود یک سری الزامات اولیه و اساسی برای اجرا و استقرار برنامه پزشک خانواده شهری پیش‌بینی گردد و نهایتاً ارتقاء سطح سلامت جامعه را در پی داشته باشد.

ملاحظات اخلاقی

کسب رضایت آگاهانه از کلیه شرکت‌کنندگان جهت حضور در مطالعه و ضبط صدا، رعایت عدم افشای نام و

برنامه با اهداف پزشک خانواده روستایی هم وجود دارد که باعث شده تا به امروز به محتوا و کیفیت برنامه توجه زیادی نگردد. همین طور آشنایی کم مردم با ضوابط برنامه که در مطالعه علیدوستی و همکاران هم تأیید شده که در مجموع آگاهی بیشتر افراد جمعیت روستایی در مورد برنامه‌ی پزشک خانواده ضعیف بوده است (۳۶) و این امر هم منجر به موارد متعدد خودارجاعی و مراجعات مکرر و غیرضرور به سطوح بالاتر ارائه خدمات همچنین عدم تمایل به استقرار کامل برنامه و نظام ارجاع گردیده است. نصرالله پور شیروانی و همکاران در مطالعه‌شان اشاره کرده‌اند که از ۶۷۵ بیمار ارجاع شده به سطح دو که موفق به دریافت خدمات شدند، ضرورت ارجاع ۳۱۱ نفر (۴۶ درصد) بنا به درخواست پزشکان خانواده بود (۱۲). این در حالی است که در بسیاری از کشورهای اروپایی و همچنین تعدادی از کشورهای در حال توسعه مانند قزاقستان، تایلند و چین، دسترسی به خدمات تخصصی و بیمارستانی بدون ارجاع از سوی پزشک خانواده ممکن نیست (۳۷).

برخی چالش‌های برنامه پزشک خانواده روستایی هم به سازمان‌های بیمه‌گر خریدار خدمت مربوط می‌باشد. از جمله تحت پوشش قرار دادن برخی خدمات بدون توجه به سطح-بندی، به عبارتی همان خدمات تعریف شده در سطح یک بدون محدودیت خاصی در بخش خصوصی و سطوح بالاتر هم تحت پوشش بیمه می‌باشد که امکان کنار گذاشتن مسیر ارجاع را برای مردم و سطوح تخصصی فراهم می‌آورد. خیاط زاده ماهانی و همکاران در مطالعه خود تأیید کرده‌اند که هم اینک مراجعه به مطب پزشکان متخصص و فوق تخصص خیلی راحت‌تر بوده و هیچ منع قانونی ندارد (۳۸). از طرف دیگر هم نبود ارزیابی‌های جامع و کافی هم چالش دیگر مرتبط با سازمان بیمه‌گر به عنوان خریدار خدمت می‌باشد (۳۹). علیرغم ضرورت ارزیابی کارآمد مجموعه نظام بهداشت و درمان به دلیل اهمیت حوزه کاری، ولی طبق نتایج این مطالعه نظارت‌ها از برنامه پزشک خانواده، توسط سازمان‌های ناظر کافی و جامع نمی‌باشند. در مطالعات انجام گرفته در کانادا و تحقیقات بین‌المللی نیز نگرانی‌هایی در رابطه با فقدان سیستم کنترلی در پزشک خانواده وجود داشته است (۲۲).

نتیجه‌گیری

علیرغم اینکه طی سال‌های اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی مداخلات متعددی در راستای رفع مشکلات و ارتقای برنامه صورت گرفته، هنوز چالش‌های متعددی در زمینه‌های آموزش و فرهنگ‌سازی، تأمین مالی، عملکرد ارائه-دهندگان خدمات، رفتار گیرندگان خدمات و ارزیابی خدمات خصوصاً در حوزه رهبری و حکمرانی از جمله مشکلات در

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر برگرفته از طرح پژوهشی با کد گواهی اخلاقی IR.TBZMED.REC.1398.196 می‌باشد که تحت حمایت مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی قرار دارد. اعضای تیم مطالعه از مجموعه دانشگاه علوم پزشکی تبریز خصوصا مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی این دانشگاه همینطور مجموعه اداره کل بیمه سلامت استان آذربایجان شرقی که با حمایت‌های بی‌دریغ و همه‌جانبه‌شان اجرای این مطالعه را تسهیل نمودند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

محرمانه ماندن اطلاعات و پذیرش حق کناره‌گیری از مطالعه در تمامی مراحل اجرا در نظر گرفته شد. در ابتدای مطالعه اهداف مطالعه به شرکت کنندگان شرح داده شد.

تضاد منافع

هیچ موردی گزارش نشده است.

References

- Park K. Park's textbook of preventive and social medicine. Preventive Medicine in Obstet, Paediatrics and Geriatrics. 2005.
- Khayati F, Saberi MH. Primary Health Care (PHC) an ever strategy for health equity extension. 2009.
- Van Lerberghe W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever: World Health Organization; 2008.
- Parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. Patient's rights charter in Iran. Acta Medica Iranica. 2014;24-8.
- Asaei S. Iran's excellent primary health care system. United Nation International Children Emergency Fund (UNICEF): <https://www.unicef.org/iran>. 2014.
- Lankarani KB, Alavian SM, Peymani P. Health in the Islamic Republic of Iran, challenges and progresses. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2013;27(1):42.
- Naeli J, Mogimi D. Primary care health promotion policy document. Ministry of Health, Tehran, Iran. 2007.
- Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring Performance of Family Physicians in Yazd. 2009. (Persian)
- Jolaei H, Alizadeh M, Falah Zadeh M, Baseri A, Sayyadi M. Assessment of clinical skills province of Family Physicians clinical test based on the observed (OSCE) Journal of Medical Education Development Center. Strides Dev Med Educ. 2010;7(2):92-8.
- Mehryar A. Primary health care and the rural poor in the Islamic Republic of Iran. Asia and Pacific Population Studies Centre, Ministry of Science and Technology: Tehran. 2004.
- Takian A, Doshmangir L, Rashidian A. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. Family Practice. 2013;30(5):551-9.
- 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(6):46-52.
- Abolhasani F. Health programs management, systematic approach for promotion of Health programs efficiency. Tehran, publishing Baraye Farda. 2004;27:67.
- Abdoli S, Abdoli S. Being a family physician: Experience of general physicians working in rural and urban healthcare centers in Iran. International Journal of Health & Allied Sciences. 2014;3(4):237.
- Organization WH. Country cooperation strategy for WHO and Islamic Republic of Iran: 2010–2014. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2010.
- Krippendorff K. Reliability in Content Analysis. Human Communication Research. 2004;30(3):411-33. doi:10.1111/j.1468-2958.2004.tb00738.x
- Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. BMJ. 2000;320(7226):50. doi:10.1136/bmj.320.7226.50
- Jabari A, Sharifirad G, Shokri A, Bahman-Ziari N, Kordi A. Overview of the performance of rural family physician in Iran. Health Inf Manage. 2013;9(7):1132-45. (Persian)
- Eskandari M, Abbaszadeh A, Borhani F. Barriers of referral system to health care provision in rural societies in Iran. J Caring Sci. 2013;2(3):229-36. doi:10.5681/jcs.2013.028
- Malekafzali H. Primary Health case in Islamic Republic of Iran. Scientific journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2014;12(2):1-11.
- Khayati F, Motlagh ME, Kabir M, Kazemeini H. The role of family physician in case finding, referral, and insurance coverage in the rural areas. Iranian Journal of Public Health. 2011;40(3):136.
- Simoens S, Scott A, Sibbald B. Job satisfaction, work-related stress and intentions to quit of Scottish GPS. Scott Med J. 2002;47(4):80-6. doi:10.1177/003693300204700403

23. Hoveida H. Family physician. Sarmayeh. (Persian)
24. Asefzadeh S, Rezapour A. Health administration. Hadis Emroz Press; 2005. (Persian)
25. Chaman R, Amiri M, Raei M, Alinejad M, Nasrollahpour Ss. National Family Physician Program In Shahroud: Assessing Quality of Implementation And Condition of Settings. 2011.
26. Pimlott N. Who has time for family medicine? Canadian family physician *Medecin de famille canadien*. 2008;54(1):14-6.
27. Janati A, Maleki Mr, Gholizadeh M, Narimani M, Vakili S. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program. 2010.
28. Kashfi M, Nejat G, Yazdankhah M, Hasanzadeh J, Rakhshani T, Manoochehri Khorammakani M, et al. Investigating performance of rural family physicians in Fars province working as part of Family Physician Program. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2016;6(2):202-9.
29. Mosa Fe, Khooban H, Dahrazama B, Arefi Vr, Saadati F. Determining The Causes Of Discontinuation of Family Physicians Working In Mashhad University of Medical Sciences. 2015.
30. Yazdi Feyzabadi V, Ansari M, Amini Rarani M, Naghibzadeh Tahami A, Heydari A. Health team in primary health care: facilitators and inhibitors of the effective function. *Journal of Management And Medical Informatics School*. 2014;2(1):74-66.
31. Motlagh E, Nasrollahpour Shirvani S, Ashrafian Amiri H, Kabir M, Shabestani Monfared A, Nahvijoy A. Satisfaction of family physicians (FPs) about effective factors on activation of FP program in medical universities. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2011;19(76):48-55.
32. Shahrokh R, Maryam E, Mohammad A, Peivand B, Rohollah K. Assessment of urban family physician program in pilot centers covered by Ahvaz Jundishapur University Of Medical Sciences. *Payavard Salamat*. 2013;7(1).
33. Nasrollahpour Shirvani S. The implementation of family physician program in IR Iran: achievements and challenges. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2014;16(3):15-26.
34. Zanganeh Baygi M, Seyadin SH, Rajabi Fard Mazrae No F, Kouhsari Khameneh A. Adaptation of goals and organizational structure in Iran's primary healthcare system, a systematic review. *Journal of Payavard Salamat*. 2016;9(5):446-58.
35. Shiani M, Rashidian A, Mohammadi A. Status and Barriers to Implementation of Family Physician Program in Iran Health System. 2016.
36. 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.
37. Brekke KR, Nuscheler R, Straume OR. Gatekeeping in health care. *Journal of health economics*. 2007;26(1):149-70.
38. Khayatzadeh-Mahani A, Takian A. Family physician program in Iran: considerations for adapting the policy in urban settings. *Archives of Iranian Medicine*. 2014;17(11):776-8.
39. Shirjang A, Mahfoozpour S, Masoudi Asl I, Doshmangir L. Challenges and strategies for improving the rural family physician program in Iran. *Medical Science*. 2020;24 (102):647-657.