مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۳، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴: ۱۴۷-۱۵۵

● مقاله موردی کد مقاله: ۱۷

درک، آگاهی و انتظارات مردم و پزشکان از اجرای طرح پزشک خانواده: مطالعه موردی شهر شیراز

ترابی‌اردکانی عاطفه ۱*
حسینی سعید ۱
ارومیه‌ای نادیا ۲
میرزایی سعید ۲

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۲- دانشجوی دکتری سیاست گذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

* نشانی نویسنده مسؤول: کرمان، خیابان شریعتی، چهار راه سمیه (طهماسب آباد)، روبروی کلینیک بعثت، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، طبقه دوم، دفتر کمیته تحقیقات دانشجویی

تلفن: ۰۳۴۱-۲۲۶۳۷۸۷

نشانی الکترونیکی:
atefeh.torabi2012@gmail.com

چکیده

زمینه: سلامت و امنیت جز حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه است و دولت موظف به تأمین آن به طور برابر برای آحاد جامعه می‌باشد. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، پزشک خانواده مرکز تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیت خدمات، کاهش هزینه، ارتقا اثربخشی و برقراری برابری در سیستم‌های مراقبت‌های سلامتی به شمار می‌رود. اما بدون جلب مشارکت ذی‌نفعان و تغییر در رفتارها ی اجتماعی امکان‌پذیر نمی‌باشد. هدف از انجام این پژوهش بررسی درک، آگاهی و انتظارات پزشکان و مردم شهر شیراز به دلیل اجرای این طرح در استان فارس می‌باشد.

روش کار: تحقیق حاضر به عنوان یک مطالعه از نوع مطالعات کیفی و مقطعی در سال ۹۲ می‌باشد. نمونه‌گیری به صورت نمونه‌ی در دسترس و روش جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختارمند با ۳۰ نفر انجام گرفت و تحلیل آن‌ها به روش تحلیل چهار چوبی انجام شده است.

یافته‌ها: از توصیف عمیق مشارکت‌کنندگان در خصوص دیدگاه پزشکان ۵ کد اصلی با عناوین: عدم وجود زیر ساخت کافی، مشکلات نظام پرداخت، همکاری درون/ بین بخشی ضعیف، دیدگاه‌های اشتباه در خصوص پزشک خانواده و ۱۷ محور فرعی و در خصوص دیدگاه مردم ۲ کد اصلی با عناوین: درک و آگاهی، انتظارات و ۶ کد فرعی استخراج شد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که مردم از آگاهی مناسبی نسبت به برنامه پزشک خانواده برخوردار نیستند که دستیابی به این آگاهی نیازمند آموزش متناسب با فرهنگ بومی مردم و همچنین ایجاد نظام انگیزشی جهت ارتقا عملکرد سیستم ارجاع و همچنین ایجاد بستری جهت حل مشکلات معیشتی پزشکان جهت کاهش ریزش نیروهای پزشک خانواده و افزایش انگیزه آنان از الزامات طرح به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: درک و نگرش، انتظارات، پزشک خانواده

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۶/۱۰ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۴/۷/۳۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۶/۳۱

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-02-05]

مقدمه

سلامت و امنیت جز حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه است و دولت مؤظف به تأمین آن به طور برابر برای آحاد جامعه می‌باشد [۱]. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت تعریف سلامتی عبارتست از: رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی [۲]. سلامتی محور توسعه اجتماعی، اقصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و دارای اهمیت ویژه‌ای در توسعه زیرساخت بخش‌های مختلف جامعه می‌باشد [۳]. در ایران استقرار شبکه‌های بهداشتی و درمانی در شهرستان‌های کشور، در سال ۱۳۶۳ و به دنبال انتشار نتیجه تحقیقات مشترک وزارت بهداشت وسازمان جهانی بهداشت (در فاصله‌ی سال‌های ۱۳۵۴ تا ۱۳۵۷) و تصویب مجلس شورای اسلامی آغاز شد که این اقدام، مهم‌ترین گام در راه ایجاد و ارتقای نظام سلامت در کشور بود. اصول اساسی که در شبکه بهداشتی درمانی مد نظر قرار گرفت، شامل عدالت اجتماعی، مشارکت مردمی، هماهنگی بین بخشی و فناوری مناسب می‌باشد. هدف از طراحی شبکه‌های بهداشتی درمانی، ایجاد شبکه‌ها در روستاها و شهرها با وظایف مشخص در کلیه سطوح بود. اما در زمان اجرا، به سبب تأثیر برخی عوامل، شبکه‌های بهداشتی درمانی به طور عمده در روستاها و کمتر از آن، در شهرها توسعه یافت و در عمل، بیمارستان‌ها از روند گسترش شبکه‌های بهداشتی و درمانی پیروی نکردند [۴]. به منظور افزایش دسترسی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی، وزارت بهداشت، مراقبت‌های اولیه بهداشتی را به عنوان درون مایه شبکه‌های بهداشت و درمان ایجاد نمود. سیاست‌های دولت در نظام شبکه درمانی به طور عمده بر سه اصل اولویت خدمات پیشگیری بر درمانی، اولویت مناطق محروم روستایی بر مناطق شهری و برخورداری از امکانات و اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری پایه‌ریزی شد که بر اساس این اصول در طول دهه ۶۰ نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی شکل گرفت. بعد از آن خدمات سطح‌بندی شده و برای مدیریت آن‌ها نظام ارجاع شکل گرفت. عدم تحقق مناسب نظام ارجاع در طرح نظام شبکه بهداشت و درمان و سطح‌بندی خدمات را می‌توان یک نقطه ضعف بارز نظام سلامت دانست [۵]. به علت عدم موفقیت نظام ارجاع و طرح شبکه بهداشتی درمانی در شهرها کارشناسان مناسب‌ترین استراتژی اجرایی در قالب نظام ارجاع برای شهرها را برنامه پزشک خانواده عنوان کرده‌اند [۳]. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، پزشک خانواده مرکز تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیت خدمات، کاهش هزینه، ارتقا اثربخشی و برقراری برابری در سیستم‌های مراقبت‌های سلامتی به شمار می‌رود [۴]. اجرای طرح پزشک خانواده بر عهده تیم سلامت می‌باشد. تیم سلامت گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی یا توانبخشی که بسته خدمات سطح اول را در اختیار فرد، خانواده و جامعه تعریف شده قرار می‌دهند و مسئولیت آنان با پزشک خانواده است [۶]. تا سال ۱۹۹۷ پنجاه و شش کشور جهان برنامه پزشک خانواده را برقرار کرده بودند [۴]. در کشورهایی مانند انگلیس، دانمارک، نروژ، اسپانیا و هلند نظام ارجاع اساس کار نظام مراقبت می‌باشد و بیماران از سطوح پایین‌تر به پزشکان متخصص در سطوح بالاتر ارجاع داده می‌شوند [۷،۸]. در آمریکای شمالی نیز می‌توان نقش پزشکان مراقبت اولیه را تحت اصطلاح «دروازه بانی» در نظام سلامت و محدودیت دسترسی به پزشکان متخصص مشاهده کرد [۹،۱۰]. در ایران طرح پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر شروع شد [۱۱]. این طرح از نیمه خرداد ۱۳۸۹ به صورت آزمایشی در ۱۷ شهر با جمعیت زیر ۵۰ هزار نفر در استان‌های خوزستان، سیستان و بلوچستان و چهارمحال بختیاری اجرا شد [۱۲] و هم اکنون نیز در مناطق شهری در چند استان از جمله فارس کار خود را پیگیری می‌کند. ضرورت توجه به مشارکت مردم و پزشکان در انجام برنامه‌های سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین اصول تأمین و توسعه خدمات بهداشتی غیرقابل چشم‌پوشی است. برای اجرای صحیح و موفق برنامه پزشک خانواده نیز مشارکت فعال کلیه‌ی افراد درگیر در برنامه لازم است و این برنامه به منظور دستیابی به مدل یکپارچه و کارآمد، نیازمند ارتباط مؤثر با بیماران، خانواده‌ها و جامعه است [۱۳]. در رابطه با درک و آگاهی پزشکان مردم نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده مطالعات اندکی انجام شده است. علیدوستی در مطالعه‌ای توصیفی تحلیلی با عنوان آگاهی و نگرش روستاییان شهرستان شهرکرد نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده به این نتیجه دست یافته است که آگاهی روستاییان این شهرستان نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده ضعیف است [۱]. همچنین نجیمی در مطالعه‌ی خود آگاهی، نگرش، و رضایتمندی روستاییان شهر اصفهان را نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده مورد سنجش قرار داده که بر اساس نتایج حاصل درصد پایینی از افراد، از کلیات و روند اجرایی برنامه آگاهی کامل داشته‌اند [۱۴]. در طرحی که در شیراز به منظور بررسی نقاط ضعف و قوت طرح پزشک خانواده صورت گرفت؛ عدم کفایت درآمد، متوسط بودن سطح

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-02-05]

کارگاه‌های آموزشی، ازدحام مراجعین و توقعات نابه‌جای مراجعین، مشخص نبودن وضعیت مرخصی و حجم زیاد کار مهم‌ترین نتایج مربوط به ارائه‌دهندگان خدمت بود [۱۵]. در مطالعه دیگری که طرح پزشک خانوده روستایی را مورد بررسی قرار داد، مشخص شد که ارائه‌دهندگان خدمات مخصوصاً در سطح دو آگاهی مناسبی ندارند [۱۶]. به دلیل اینکه مدت زیادی از اجرای طرح نمی‌گذرد و مطالعات زیادی در این زمینه صورت نگرفته است، هدف از انجام این پژوهش بررسی درک، آگاهی و انتظارات پزشکان و مردم به عنوان دو عنصر ذینفع این برنامه می‌باشد. علت انجام این مطالعه در شهر شیراز اجرای طرح پزشک خانواده شهری در استان فارس می‌باشد. انتظار می‌رود نتایج حاصل از پژوهش حاضر به مدیران و سیاستگذاران عرصه بهداشت و درمان کمک نماید تا با آگاهی از دیدگاه‌ها و انتظارات پزشکان در جهت بالا بردن مقبولیت و پذیرش هر چه بیشتر طرح و به تبع آن اجرای بهتر طرح گام بردارند.

روش کار

تحقیق حاضر یک مطالعه از نوع مطالعات کیفی در سال ۹۲ در شهر شیراز انجام شد. جامعه‌ی پژوهش پزشکان و مردم شهر شیراز بودند و نمونه‌گیری به صورت نمونه‌ی در دسترس انجام گرفت. روش جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختارمند بود. در این مطالعه با ۳۰ نفر مصاحبه انجام شد. به طور میانگین زمان هر مصاحبه به طور متوسط ۲۰ دقیقه بود. تمام مصاحبه‌های ضبط شده، کلمه به کلمه پیاده‌سازی شدند و سپس بر اساس روش تحلیل چارچوبی کدهای اصلی و فرعی از آنها استخراج شد. این روش دارای پنج مرحله آشنایی[۱]، شناسایی یک چارچوب موضوعی[۲]، نمایه کردن[۳]، ترسیم جداول[۴]، کشیدن نقشه و تفسیر[۵] می‌باشد. در طی مرحله آشنایی فرمی حاوی اطلاعات مربوط به افراد و خلاصه‌ای از محتوای هر مصاحبه تدوین گردید. برای تدوین فرم راهنمای مفهومی اولیه، جلسات مکرری بین پژوهشگران برگزار شد و در این مورد بحث و تبادل نظر انجام شد. سپس این چارچوب مفهومی با بررسی مکرر هر کدام از مصاحبه‌ها- مرحله آشنایی- مورد بررسی قرار گرفت. هر یک از اعضای تیم تحقیق هر کدام از مصاحبه‌ها را به صورت جداگانه کدگذاری کرده و فهرستی از این کدها به همراه ارتباط آن‌ها با چارچوب مفهومی از این مصاحبه‌ها استخراج گردید. در این مرحله به هر کدام از بخش‌های دارای اطلاعات مرتبط در مصاحبه‌ها، یک یا چند کد اختصاص داده شد. سپس این کدها با برگزاری جلسه با سایر پژوهشگران مورد بررسی قرار گرفته و در صورت لزوم تغییرات اعمال شد. این فرایند برای هر کدام از مصاحبه‌ها چندین بار تکرار گردید. سپس مرحله ترسیم جداول انجام گرفت تا نظر مصاحبه شوندگان در مورد هر کدام از اجزای مدل مفهومی با یکدیگر مقایسه گردد و ارتباط بین هر کدام از اجزای مدل با زیر مجموعه آن مشخص گردد. تفسیر هر کدام از اجزای مدل مفهومی نیز در فرایندی مشابه مرحله کدگذاری صورت گرفت. چارچوب مفهومی در فرایند انجام تحلیل، بارها مورد تجدید نظر قرار گرفت. همچنین برای هر یک از کدها، تعریفی کوتاه تدوین شد و نمونه‌هایی از نقل قول‌های مصاحبه‌شوندگان آورده شد. جهت قابلیت انتقال یافته‌ها[۶] که معادل تعمیم‌پذیری کمی است، نمونه غیر متجانسی از مصاحبه‌شوندگان استفاده شد جهت اطمینان‌پذیری[۷] و تأییدپذیری[۸] متن نسخه‌برداری شد و تجزیه و تحلیل حاصل از آن به استادان مشارکت‌کننده در این پژوهش ارایه گردید و پیشنهادهای اصلاحی و نظرات ایشان اعمال شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از دیدگاه پزشکان که شامل ۵ کد اصلی و ۱۷ کد فرعی می‌باشند و در خصوص دیدگاه مردم حول ۲ کد اصلی و ۶ کد فرعی قرار دارند، در جدول‌های جداگانه مشخص شده‌اند. در ادامه هر یک از این موضوع‌ها و زیر موضوع‌ها ارائه و در مورد هر یک نقل قول‌هایی از مصاحبه‌شوندگان به شکل مستقیم داخل گیومه آورده شده است.

دیدگاه‌های مردم در رابطه با طرح پزشک خانواده:

۱- درک و آگاهی

منظور شناسایی نگرش و سطح آگاهی مردم از طرح پزشک خانواده می‌باشد.

۱- Familiarization
۲- Identifying a Thematic Framework
۳- Indexing
۴- Charting
۵- Mapping and Interpretation
۶- Transferability
۷- Credibility
۸- Conformability

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-02-05]

جدول ۱- دیدگاه‌های مردم در خصوص طرح پزشک خانواده	
کد اصلی:	کد فرعی:
درک و آگاهی	درک فرد به عنوان یک فرد پزشک درک طرح به عنوان یک تیم سلامت درک طرح به عنوان یک سیاست بهداشتی درمانی
انتظارات	اطلاع رسانی و فرهنگ سازی ارائه خدمات کیفیت ارائه خدمات

جدول ۲- دیدگاه‌های پزشکان در خصوص طرح پزشک خانواده	
کد اصلی:	کد فرعی:
عدم وجود زیر ساخت کافی	عدم آموزش پزشکان طرح پزشک خانواده در خصوص طرح عدم آگاهی مردم در خصوص طرح پزشک خانواده ضعف فرهنگ‌سازی در خصوص پزشک خانواده
مشکلات نظام پرداخت	عدم تناسب سرانه پرداختی به پزشکان و جمعیت تحت پوشش پرداخت‌های نامنظم به پزشکان عدم شفافیت پرداخت‌ها به پزشک خانواده افزایش تقاضای غیر ضروری
همکاری درون/ بین بخشی ضعیف	همکاری ضعیف بیمه‌ها در طرح پزشک خانواده همکاری ضعیف سطوح ارجاع در خصوص پسخوراند
دیدگاه‌های اشتباه در خصوص پزشک خانواده	عدم اعتماد مردم به طرح پزشک خانواده کاهش ارزش طرح به علت رایگان بودن طرح
نقاط قوت/ ضعف مدل	شناسایی بیماران مزمن در مراحل ابتدایی دسترسی بهتر مالی و زمانی اقشار بسیار ضعیف جامعه به پزشک شفافیت بیشتر فرایند درمان کاهش خود درمانی‌ها عدم وجود پرونده الکترونیک بیمار ضعف توجه به بیماران خاص

۱,۱- درک طرح به عنوان یک فرد پزشک

مصاحبه‌شوندگان بیشتر بر نقش پزشکان در خصوص اجرای وظایف مربوط به حفظ سلامت، درمان، پیشگیری و غربالگری در طرح مذکور تأکید داشتند و به ندرت به نقش سایر عوامل مؤثر در اجرای طرح پزشک خانواده اشاره‌ای شده است.

«پزشک خانواده باید سلامت جامعه را تأمین کند و خدمات جامعی شامل درمان، پیشگیری و غربالگری ارائه بدهد».

۲,۱- درک طرح به عنوان تیم سلامت

مصاحبه‌شوندگان معتقدند پزشک خانواده تیمی شامل پزشک، بهورز، پرستار و ماما است که خدمات سلامتی را برای مردم ارائه می‌کند. شرکت‌کننده‌ای اظهار کرد:

«یک گروه هست که شامل یک پزشک، پرستار و ... که به مردم خدماتی ارائه می‌دهند».

۳,۱- درک طرح به عنوان یک سیاست بهداشتی درمانی

مصاحبه‌شوندگان طرح پزشک خانواده را سیاستی جهت افزایش دسترسی جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی برای دسترسی سریع و همه جانبه مردم به خدمات سلامتی به شمار آوردند.

«سیاستی از سوی دولت برای رسیدن خدمات جامع به مردم به صورت سریع».

۲- انتظارات

منظور از انتظارات دراین بخش خدماتی است که مردم از اجرای

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-02-05]

طرح پزشک خانواده انتظار دارند.

۱,۲- اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی

افراد مورد پژوهش انتظار اطلاع‌رسانی جامع و گسترده به وسیله کلیه رسانه‌ها و واحدهای بهداشتی درمانی را داشتند.
«فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی باید بیشتر شود و از تلویزیون، رادیو، روزنامه و مجلات استفاده شود».

۲,۲. ارائه خدمات

شرکت‌کنندگان در پژوهش، از اجرای طرح پزشک خانواده انتظار دریافت خدمات پیشگیری، درمان، آموزشی و جامعه‌نگر با کیفیت را داشتند. مصاحبه‌شونده‌ای بیان کرد «مردم به یه جایی مراجعه کنند و اونا رو چکاپ کنند». «همه خدمات ارائه شود و طوری باشه که افراد ضعیف جامعه هم بتونند از خدمات استفاده کنن». «کیفیت خدمات هم باید مد نظر قرار بگیره و از قبل بهتر بشه».

دیدگاه‌های پزشکان در رابطه با طرح پزشک خانواده:

۱- عدم وجود زیر ساخت کافی

منظور از زیر ساخت کلیه شرایط و امکاناتی است که جهت اجرای موفق طرح پزشک خانواده نیاز است.

عدم آموزش پزشکان طرح پزشک خانواده در خصوص طرح

عدم آموزش پزشکان خانواده در خصوص طرح، از مشکلات زیر ساخت می‌باشد به گونه‌ای که گروهی از مصاحبه‌شوندگان بیان کردند «افزایش سطح علمی پزشکان خانواده با یه بازآموزی فرمالیته الکی حل نمیشه وزارتخانه باید هر دو سه سال یه امتحان گیره از پزشکای خانواده تا سطح علمی افت نکنه» دیگری بیان کرد «باید به پزشک خانواده بازآموزی صورت بگیره.»

عدم آگاهی مردم در خصوص طرح پزشک خانواده

آگاهی اندک مردم از اهداف و دلایل ایجاد شدن طرح پزشک خانواده یکی از ضعف‌های زیر ساخت می‌باشد. گروهی از مصاحبه‌شوندگان این گونه بیان کردند «به مردم آگاهی ندادن پزشک خانواده رو از طریق رسانه‌ها به مردم بشناسونن» گروهی دیگر اظهار کردند:
«اصلاً نمیدونه پزشک خانواده چیه مردم هم فکر می‌کنن پزشک خانواده منشی ارجاع که مردم دستور بدن پزشک ارجاع بده» مصاحبه‌شونده دیگر مطرح کرد: «طرح پزشک خانواده عین قیف وارونه بود اول ساختن بعد اومدن ساختن پزشک خانواده یک سال اجرا می‌شد تازه اسم پزشک خانواده توی تلویزیون اومد».

۳,۱- ضعف فرهنگ‌سازی در خصوص پزشک خانواده

یکی از مشکلات زیر ساختی طرح، فرهنگ‌سازی ضعیف در مورد پزشک خانواده توسط مسؤولین می‌باشد. گروهی از شرکت‌کنندگان بیان کردند:
«عدم وجود فرهنگ لازم واسه پزشک خانواده یعنی مردم هنوز این فرهنگ جا نیوفتاده واسشون که پزشک خانواده چیه و اصل طرح که باید مانع ارجاع غیر ضروری به سطوح بالا درمان باشه اما در عمل مردم دارن پزشک خانواده رو دور می‌زنن مثلاً مردم وقت از پزشک متخصص می‌گیرن بعد میان پیش من میگن نامه ارجاع بده واسه متخصص در حالی که من پزشک اصلاً ندیدم بیمارو این باعث میشه پزشکا دیگه انگیزه ندارن پزشک دیگه دست نمی‌زنن به بیمار میگن بیا نامه‌ات بگیر برو. پزشک خانواده یه ماشین اتومات ارجاع».

مشکلات نظام پرداخت

منظور از نظام پرداخت، ارتباط مالی میان پرداخت‌کننده و پزشکان است که از طریق آن حق‌الزحمه پزشکان پرداخت می‌گردد.

۱,۲- عدم تناسب سرانه پرداختی به پزشکان و جمعیت تحت پوشش

مهم‌ترین مشکل نظام پرداخت طرح، متناسب نبودن پرداخت‌ها به ازای هر فرد تحت پوشش می‌باشد که سبب نارضایتی پزشکان از طرح می‌گردد. مصاحبه‌شونده‌ای بیان کرد:
«سرانه کافی نیس از طرف دیگه جمعیت تحت پوشش با وظایف ما متناسب نیس. اصلاً وقت ارتباط با بیمار نیس اصن فرصت نمیشه اینقدر تعداد زیاده».

۲,۲- پرداخت‌های نامنظم به پزشکان

یکی از مشکلات نظام پرداخت، پرداخت‌های نامنظم به پزشکان می‌باشد که سبب کاهش انگیزه پزشکان خانواده می‌گردد. مصاحبه شونده‌ای اظهار کرد: «پرداخت به ما دیر به دیر و نامشخصه و ما باید منتظر باشیم ببینیم کی بیمه خدمات درمانی یا تأمین اجتماعی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-02-05]

پول میدن همیشـــه نا منظمه دیر به دیر پرداخت می‌کنن ۸۰٪ شو بیشتر نپرداختن ۲۰٪ از هر ماه هنوز مونده».

۳,۲- عدم شفافیت پرداخت‌ها به پزشکان خانواده

یکی از مشکلات نظام پرداخت عدم شفافیت پرداخت‌ها به پزشکان می‌باشـــد که خود ســـبب القا حس عدم عدالت، می‌گردد. یکی از مصاحبه‌شونده‌ها مطرح می‌کند: «شفاف نیس فرایند پرداخت‌ها به پزشـــکان ما اصن نمی‌دونیم این پول به چه تعداد از بیماران است چه طور پرداخت صورت می‌گیره».

۴,۲- افزایش تقاضای غیرضروری[۹]

منظور از افزایش تقاضای غیر ضروری اســـتفاده از کالا یا خدمات بیشتر از حد نیاز می‌باشد به گونه‌ای که سبب افزایش مصرف مردم حتی در حالتی که مطلوبیت مصـــرف از هزینه‌های تدارک کالا یا خدمت کمتر است می‌گردد. گروهی از شرکت‌کنندگان بیان کردند: «پزشک خانواده رایگان باعث میشه چون مفتیه ۸ تا دفترچه میاره ببین بچه‌های من می‌خوان مریض شـــن یـــا نه در حالی که اصلاً نیازی نداره اما الکی مراجعه می‌کنه».

همکاری درون/ بین بخشی ضعیف

یکی از کدهای اصلی شناســـایی شده همکاری ضعیف درون / بین بخشی که شرط لازم و ضروری جهت اجرای طرح می‌باشد.

۱,۳- همکاری ضعیف بیمه‌ها در طرح پزشک خانواده

یکی از ابعاد همکاری بین بخشی، همکاری بیمه‌ها با طرح می‌باشد و همـــکاری ضعیف بیمه‌ها عامل ضعف مهمـــی در اجرا و انگیزه پزشکان خانواده است. مصاحبه شونده‌ای در این خصوص بیان کرد: «قســـمتی از بودجه اولیه طرح پزشک خانواده از بودجه بیمه بود و بیمه تمایلی به همکاری نداشت و نداره».

۲,۳- همکاری ضعیف ســـطوح ارجـــاع در خصوص پسخوراند

این کد فرعی همکاری و ارتباط ضعیف ســـطوح ارجاع و پسخوراند را به علت همکاری ضعیف پزشـــکان متخصص و ارائه بازخورد به پزشـــکان عمومی مطرح می‌کند. یکی از مصاحبه‌شوندگان اظهار می‌کند: «همکاری پزشـــکای متخصص کمه یعنـــی الان به نفع پزشک متخصص شده ما فقط ارجاع میدینم چون مردم این طوری می‌خوان». «ارتباط بخش یک با دو ارجاع خوب نیســـت بخش دو به بخش یک پسخوراند خوب و خوانایی ندارد».

دیدگاه‌های اشتباه در خصوص طرح پزشک خانواده

کد اصلی دیگری که شناســـایی شـــد دیدگاه‌های اشتباه مردم در خصوص طرح پزشـــک خانواده می‌باشد این کد اصلی شامل دوکد فرعی به شرح زیر می‌باشد:

۱,۴- عدم اعتماد مردم به طرح پزشک خانواده

این کد فرعی عدم اعتماد مردم به طرح پزشـــک خانواده را مطرح می‌کند. دیدگاه مردم نســـبت به این طرح غالباً همراه با بدبینی و عدم اعتماد اســـت. به گونه‌ای که یک گروه از مصاحبه‌شوندگان بیـــان کردند: «مردم بی‌اعتمادن به ایـــن طرح باور ندارن که من هفت ســـال درس خوندم منم می‌تونم تشخیص بدم چون پزشک عمومی‌ام».

۲,۴- کاهش ارزش طرح به علت رایگان بودن طرح

یکی دیگر از دیدگاه‌های اشـــتباه در خصوص طرح مذکور دیدگاه مـــردم در خصوص کم ارزش بودن طرح و تشـــخیص پزشـــکان خانواده به علت ارزانی طرح می‌باشـــد به گونـــه‌ای که گروهی از مصاحبه شونده‌ها اظهار کردند:

«بـــه مردم میگن پزشـــک خانواده رایگان خـــب مردم میگن پس ایـــن چه دکتریه که ویزیت‌اش رایگانه پس نمی‌فهمه اما پزشـــک متخصص ۴۵ هزار تومن می‌گیره پس بهتره».

نقاط قوت/ ضعف مدل

یکی دیگـــر از کدهای اصلی شناسایی‌شـــده نقاط ضعف و قوت مدل می‌باشـــد که به ترتیب ابتدا نقاط قوت و ســـپس ضعف بیان می‌گردد:

۱,۵- شناسایی بیماران مزمن در مراحل ابتدایی

یکی از مزایای طرح، شناســـایی بیمارانی است که در مراحل پیش بالینی هستند و به علت عدم وجود علائم بالینی، بیماران از بیماری خود بی‌اطلاع هستند. یکی از مصاحبه‌شونده‌ها اینگونه اظهار کرد: «کشـــف موردهای ابتدایی بیماری‌های مزمن از نقاط قوت است. دیابتی و فشارخونی بوده طرف اصن خودش نمی‌دونسته».

۹- Induced supply

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-02-05]

۲,۵. دسترسی بهتر مالی و زمانی اقشار بسیار ضعیف جامعه به پزشک

یکی دیگر از نقاط قوت مدل افزایش بهتر دسترسی مالی و زمانی اقشار ضعیف جامعه به پزشک می‌باشد که در گذشته به علت هزینه مالی و زمان انتظار طولانی به پزشک مراجعه نمی‌کردند. گروهی از مصاحبه‌شوندگان بیان نمودند: «برای اقشار خیلی ضعیف خوب بود الان خیلی راحت با پول کم به پزشک مراجعه می‌کنن حتی صبح».

۳,۵- شفافیت بیشتر فرایند درمان

یکی دیگر از مزایای مدل مذکور شفافیت بیشتر فرایند درمان است که با شرط بازخوراند مناسب به پزشک خانواده صورت می‌گیرد مصاحبه‌شونده‌ای بیان کرد: «از این نظر خوبه که مشخصه روند درمان و پزشک خانواده خیلی بهتر درمان و فرایندشو شرح میده».

۴,۵- کاهش خود درمانی‌ها

مزیت دیگر طرح کاهش خود درمانی‌ها توسط مردم به علت بهبود دسترسی مالی و زمانی به پزشک می‌باشد. گروهی از مصاحبه‌شونده‌ها اعتقاد داشتند: «با طرح پزشک خانواده مشکل خود درمانی خیلی کمتر شده قبلاً حتی آنتی‌بیوتیک و مردم بدون دستور پزشک استفاده می‌کردن اما الان به پزشک خانواده مراجعه می‌کنن با یه پول کم و بدون سختی و دردسرهای نوبت‌گیری».

۴,۵- عدم وجود پرونده الکترونیک بیمار

یکی از نقاط ضعف طرح عدم وجود پرونده الکترونیک برای بیماران می‌باشد. با توجه به اهمیت پرونده الکترونیک و ذکر این مهم در سند چهارم توسعه کشور هنوز این امر تحقق نیافته و باعث ایجاد مشکلاتی برای طرح پزشک خانواده گردیده است به گونه‌ای که یکی از مصاحبه‌شوندگان این گونه مطرح کرد: «سیستم الکترونیک نیازه واسه بیماران مزمن که نیاز به پیگیری داره هی بیمار ببره هی بیاره جواب و نتایج و ارجاع رو خیلی سخته اما با پرونده الکترونیک کار راحت میشه هم واسه ما هم واسه بیماران. اگر بود من پیشینه بیمارام و به راحتی داشتم من چندتا از اینا یادم می‌مونه».

۵,۵- ضعف توجه به بیماران خاص

یکی از معایب این طرح ضعف توجه به بیماران خاص می‌باشد. منظور از این کد فرعی توجه کمتر این طرح در خصوص بیمارانی است که سال‌ها تحت نظارت یک پزشک متخصص در خصوص بیماری خود بوده‌اند. این طرح نظام ارجاع برای این بیماران بسیار دشوار است. به گونه‌ای که یکی از مصاحبه‌شونده‌ها بیان کرد: «این طرح به ضرر بعضی از بیماران خاص (مثل: ام.اس) که زیر نظر پزشک متخصص خودشون بودن، شده. این افراد سال‌ها تحت نظر پزشک معالج خود بودن و حالا باید به اجبار پزشک خودشونو عوض کنن و در غیر این صورت باید کل هزینه‌ها را شخصاً متقبل شن».

بحث

از یافته‌های این پژوهش که از سوی مردم و پزشکان مطرح شده، مسئله فرهنگ‌سازی می‌باشد. فرهنگ‌سازی یکی از ارکان مهم جهت اجرای صحیح طرح مذکور می‌باشد که تنها با آموزش صحیح و اطلاع‌رسانی کافی امکان‌پذیر است. در پژوهش گلعلی‌زاده و همکاران نیز به این نکته اشاره شده است که فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی در جامعه ضعیف است و مردم در خصوص ضوابط مربوط به پزشک خانواده، آگاهی پایینی دارند [۱۷].

یافته‌های این مطالعه نشان می‌داد که مردم از کلیات روند پزشک خانواده از آگاهی مناسبی برخوردار نیستند، که نتایج مطالعات علیدوستی و نجیمی که در رابطه با درک و نگرش مردم درباره این طرح انجام شده بود، ناکافی بودن آگاهی مردم را تأیید می‌کند [۱, ۱۴]. همچنین مطالعه برونستاین که در رابطه با نوع دیگری از سیاست‌های بهداشتی یعنی برنامه پزشک خانواده انجام شد، نیز در مورد آگاهی نامناسب مردم مصداق دارد [۱۸].

نتایج این مطالعه نشان‌دهنده ادراک متفاوت افراد از طرح پزشک خانواده بود. تعدادی از مصاحبه‌شوندگان پزشک را به عنوان فرد درمانگر- شخصی که کارش فقط تشخیص و درمان می‌باشد- تلقی می‌کردند که این امر می‌تواند به دلیل دریافت خدمت از مراکز بهداشتی باشد چرا که در این مراکز معمولاً پزشک حضور نداشته و پزشکان در بیمارستان‌ها و مطب‌ها خدمات درمانی را ارائه می‌نمایند و این موضوع نقص در عملکرد آموزش عالی را نمایان می‌نماید زیرا نظام آموزش پزشکی بیشتر مبتنی بر درمان است.

از انتظارات و مطالبات مردم در این تحقیق می‌توان به ارائه خدمات با کیفیت اشاره کرد. بی‌شک خدمات با کیفیت منتج از چند عامل جمعیت مناسب تحت پوشش، حجم مناسب کاری، ارائه خدمات همه جانبه، آموزش مناسب به ارائه‌دهندگان خدمت است.

در این مطالعه پزشکان حجم زیاد کاری را مطرح کردند که این خود به دلیل جمعیت زیاد تحت پوشش و مراجعات زیاد مردم به دلیل رایگان یا ارزان بودن خدمات می‌باشد که کیفیت خدمات را کاهش می‌دهد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-02-05]

نتایج طرحی که در سال ۸۶ به منظور بررسی نقاط ضعف و قوت برنامه پزشـــک خانواده انجام شد با نتایج این تحقیق توافق دارد [۱۵]. یکی دیگر از مسائل مؤثر بر کیفیت بحث آموزش می‌باشد. ابراهیمی‌پور در مطالعه خود به این موضوع اشـــاره کرده و به این نتیجه رسیده است کـــه بین وضعیت موجود و وضعیت مطلوب خدمات پزشـــک خانواده فاصله وجود دارد [۱۹] که این شـــکاف به عنوان یک مسئله از دیدگاه مدیران بخش سلامت شناخته می‌شود. از دیگر یافته‌های این پژوهش همکاری ضعیف بین سطوح ارجاع در خصوص پسخوراند می‌باشد. به نظر می‌رسد که سطح دو، همکاری نامناسبی در این خصوص دارد که با توجه به نتایج سایر مطالعات عواملی مانند آگاهی نامناسب، عدم آموزش کافی و میزان پایین استقبال پزشکان نامناسب متخصص می‌تواند بر آن تأثیرگذار باشد. در مطالعه پورشیروانی و همکاران نشان داده شده است که کمیت ارایه پســـخوراند از پزشکان متخصص به پزشکان خانواده کمتر از یک‌سوم است و عدم ارایه پسخوراند یا ارایه پسخوراند با کیفیت نامناسب یکی از مشکلات شایع نظام ارجاع می‌باشد [۲۰]. در مقاله‌ای دیگر تحت عنوان تأثیر آموزش پزشـــکی خانواده در تایلند، ذکر شده است که برنامه‌های آموزشی پزشکان خانواده می‌تواند کیفیت ارجاع را از پزشکان عمومی به متخصصان افزایش دهد [۲۱].

از عوامل مؤثر بر انگیزش و رضایت افراد می‌توان به نظام پرداخت اشاره کرد. از یافته‌های مطرح شـــده از سوی پزشکان، مشکلات پرداخت از جمله عدم تناسب ســـرانه پرداختی و پرداخت‌های نامنظم اشاره شده اســـت که موجبات نارضایتی آن‌ها را فراهم آورده است. نارضایتی از سیستم حقوق و دســـتمزد یکی از مهم‌ترین مشکلات نظام پرداخت پزشـــکان خانواده می‌باشد. که این مسأله عمدتاً به علت نامنظم بودن پرداخت‌ها و همچنین سیستم پرداخت می‌باشد. این در حالی است که یک سیســـتم حقوق و دستمزد مناسب باید منصفانه و عادلانه باشد و بتواند در فرد ایجاد انگیزه نماید و باعث تشـــویق کارکنان به عملکرد بهتر شـــود [۲۲]. شوایزر در مطالعه خود چنین نتیجه‌گیری می‌کند که اگر ســـازمان کارکنانی را که شایســـته هستند به کار بگیرد و به آن‌ها انگیزه کافی ببخشـــد، و کاری فرای طاقت، به آن‌ها تحمیل ننماید و نظام پرداخت مناسبی در مقایسه با رقبا برای آنها طراحی کند؛ رضایت پرسنل افزایش خواهد یافت [۲۳]. همچنین قاضی‌زاده در پژوهش خود عوامل محیط داخلی، که امنیت شغلی، حقوق و مزایا، میزان ساعات کار و استراحت جزء آن می‌باشند را به عنوان اصلی‌ترین عوامل تأثیرگذار بر ماندگاری و رضایت پرســـنل در سازمان شناسایی کرده است [۲۴]. عسکری نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیده است که میزان رضایت پزشکان حاضر در طرح پایین می‌باشد و لازم است برنامه‌ریزی‌های در مورد نظام پرداخت و ایجاد نظام انگیزش انجام شود [۲۵].

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که مردم از آگاهی مناسبی نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده برخوردار نیستند. دستیابی به آگاهی مناسب و تغییر نگرش صحیح در افراد نیازمند آموزش و اطلاع‌رسانی است.همچنین اطلاع‌رسانی باید متناســـب با فرهنگ بومی مردم باشد. مردم انتظار دارند که پزشک خانواده آنها را با مسائل مربوط به سلامت آشنا سازد. پزشکان تنها در قبال خدمات درمانی پول و مزایا دریافت می‌کنند. بنابراین به مسایل پیشگیری و جامعه شناختی کمتر توجه می‌شود. به نظر می‌رسد که سیستم ارجاع به خصوص در ســـطح دو عملکرد مناسبی ندارد. که می‌توان با آموزش مناســـب و ایجاد نظام انگیزشی آن را بهبود بخشید. نتایج مطالعه نشان می‌داد که پزشکان از نظام پرداخت رضایت ندارند. با توجه به اینکه نظام سلامت می‌بایست پاسخگوی مشکلات و کمبودها و معضلات اجتماعی، اقتصادی، ساختاری، بهداشتی و تغذیه‌ای بوده و کشف و حل این مسایل توسط پزشکان خانواده و تیم سلامت صورت می‌گیرد، لذا پیشنهاد می‌گردد که مسؤولین و دست‌اندرکاران ترتیبی اتخاذ نمایند تا بستری جهت حل مشکلات معیشتی پزشکان و پرداخت به موقع حقوق و مزایای آنان در کانون توجه مسئولین قرار گرفته که موجب کاهش ریزش نیروهای پزشک خانواده و افزایش انگیزه آنها برای ارایه خدمات با کیفیت گردد.

مراجع

1- Alidosti M, Tavassoli E, Khadivi R, Sharifirad GR. A survey on Knowledge and attitudes of Rural Population towards the Family Physician Program in Shahrekord city. Health Information Management. 2011;7(Special Issue):629-36. (Persian)

2- Ehrampoush M, Moghadam MB. Definitions and concepts of public health. Principles and general health services. Tehran: Sobhan; 2012. p. 11. (Persian)

3- Jannati A, Maleki M, Gholizade M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the Strengths & Weaknesses of

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-02-05]

Family Physician Program. Knowledge & Health. 2010;4(4):38-43. (Persian)

4- Farahani MM, Hajiha F. The implementation of Family Physicians. Program. 2010:9-14. (Persian)

5- Pileroudi S. Township network health and treatment. Iran: UNISEF. 1999:12-3. (Persian)

6- Sadr SS. Family physician:Prospects and Challenges. Tehran: Max; 2012. (Persian)

7- Klein R. The new politics of the NHS: from creation to reinvention: Radcliffe Publishing; 2010.

8- Starfield B. Primary care: concept, evaluation, and policy: Oxford University Press; 1992.

9- Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revisited--protecting patients from overtreatment. The New England journal of medicine. 1992;327(6):424.

10- Gérvas J, FERNA MP, STARFIELD BH. Primary care, financing and gatekeeping in western Europe. Family practice. 1994;11(3):307-17.

11- Mehrolhasani MH, Jafari SM, Poorhoseini SS, Yazdi FV. The Challenges of Implementing Family Physician and Rural Insurance Policies in Kerman Province, Iran: A Qualitative Study. Journal of Health & Development. 2012;1(3):193-206. (Persian)

12- Aghsaei A. A wagon for physician: family physician. Nedaye Mahya. 2011:22. (Persian)

13- Bladyan S. Familiar with Family Physician. In Comprehensive textbook of public health. Tehran2012. p. 6. (Persian)

14- Najimi A, Alidoosti M. Sharifirad Gh. Study of knowledge, attitude, and satisfaction toward the family physician program in rural regions of Isfahan. Iran J Health Syst Res. 2011;7(6):883-90. (Persian)

15- Afsar Kazerouni P, Fooladband F, Sayyadi M, Dadvar M. Assess the strengths and weaknesses of the family physician program and Assess the knowledge and consent of the people, doctors and health care workers in Fars Province. 2008. (Persian)

16- Jabari A, Sharifirad G, Shokri A, Bahmanziari N, Kordi A. Overview of the Performance of Rural Family Physician in Iran. Health Information Management. 2013;9(7):1132-45. (Persian)

17- Golali zadeh EA, Mousa Zadeh M, Amir Esmaeili MR, Ahangar N. the challenges of second level referral of family physician program. Journal of Medical Council of Islamic Republic. 2013;29(4):309-21. (Persian)

18- Bronstein JM, Felix HC, Bursac Z, Stewart MK, Foushee HR, Klapow J. Providing general and preconception health care to low income women in family planning settings: perception of providers and clients. Maternal and child health journal. 2012;16(2):346-54.

19- Ibrahimipour H, Maleki M-R, Brown R, Gohari M, Karimi I, Dehnavieh R. A qualitative study of the difficulties in reaching sustainable universal health insurance coverage in Iran. Health policy and planning. 2011;26(6):485-95. (Persian)

20- Nasrollah Pour Shiravani S, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki M, Shabestani Monfared A, et al. Performance evaluation of the family physician's referral system in northern province Iran Universities of Medical Sciences. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2010;11(6):46-52. (Persian)

21- Jaturapatporn D, Dellow A. Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? BMC family practice. 2007;8(1):14.

22- Saadat E. Human Resource Management. Tehran. SAMT press; 2001. (Persian)

23- schweizer K. 24th Annual salary & JobSatisfaction Survey Food Engineering. 2004;76(12):32-6.

24- Ghazi Zadeh M, Amani J, Karimi KH. Examination influential factors on retention staffing. Daneshvar Raftar. 2009;15(29):29-40. (Persian)

25- Hafezi Z, Askari R, Momayezi M. Performance Evaluation of Family Physicians of Yazd. Tolou Behdasht. 2010;8(1-2):16-25. (Persian)

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-02-05]