

بررسی نگرش پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران نسبت به اشتغال خود: با رویکرد کیفی

محمد عرب^۱، میلاد شفیعی^{۲*}، مریم ایری^۳، حسین صفری^۴، فرهاد حبیبی^۵، علی اکبری ساری^۵، رقیه خبیری^۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۷/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۲/۱۲

چکیده:

زمینه و هدف: طرح پزشک خانواده شکلی از نظام ارائه مراقبت هاست که اجرای صحیح آن، ارتقاء سلامت را به دنبال دارد. آگاهی از نگرش پزشکان خانواده نسبت به شغل خود، نقش مهمی در اجرای بهتر طرح ایفا می نماید. مطالعه حاضر با هدف تبیین نگرش پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران نسبت به شغل خود انجام شده است.

مواد و روش ها: مطالعه از نوع کیفی و در سال ۹۰ انجام شد. به منظور رسیدن به اشباع اطلاعاتی از کلیه پزشکان خانواده در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران که ۳۳ نفر بودند، در قالب دو مصاحبه انفرادی و چهار جلسه بحث گروهی متمرکز، اطلاعات مورد نیاز جمع آوری گردید. در نهایت، با استفاده از روش چارچوب مفهومی، تحلیل داده ها انجام شد.

نتایج: در تحلیل داده ها، ۳ موضوع کلی با عنوان عوامل ترغیب پزشکان به انتخاب پزشک خانواده و ادامه خدمت (شامل ۲ زیرموضوع عوامل اقتصادی، عوامل فرهنگی و محیطی و شرایط کاری)، چالش های طرح (شامل ۲ زیرموضوع زمینه سازی برای اجرای طرح، شرایط کاری و محدودیت های حرفه ای)، و اصلاحات مورد نیاز برای اجرای صحیح برنامه (در سطح سیاستگذاری و در سطح اجرایی) شناسایی شد.

نتیجه گیری: از آنجایی که عوامل اقتصادی، فرهنگی و عوامل محیطی و شرایط کاری در ترغیب پزشکان خانواده نقش اصلی را دارند، لذا بیشترین چالش های طرح نیز مربوط به آنها بوده و نیازمند اصلاحاتی در سطوح کلان و خرد می باشد. همچنین فراهم نمودن زمینه های لازم از طریق فرهنگ سازی در جامعه نیز می تواند در اجرای بهتر این طرح تاثیر گذار باشد.

کلمات کلیدی: پزشک خانواده، نظام ارجاع، چالش ها، اصلاحات

^۱ استاد گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران (* نویسنده مسئول)

تلفن: ۰۹۳۵۴۶۴۰۵۴۳
milad.shafii@gmail.com

^۳ کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۵ دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۶ دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه:

پزشک خانواده بخشی ضروری از مراقبت های پزشکی در اکثر کشورها است و اولین نقطه تماس مردم با خدمات پزشکی و درمانی محسوب می شود. طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع شیوه ای است در راستای عملی کردن شکلی از نظام مراقبت های اولیه سلامت که می تواند بر مشکلاتی از قبیل هزینه های ناشی از خدمات تکراری و تحمیل هزینه های غیرضروری درمان جلوگیری کند. اجرای صحیح و استقرار کامل این طرح، توزیع صحیح و استفاده بهینه از منابع نظام سلامت، ارتقاء سلامت و در نهایت رضایت مردم و جامعه پزشکی را به دنبال خواهد داشت (۱). در ایران بعد از استراتژی مراقبت های اولیه سلامت (PHC) که می توان آن را انقلاب اول در عرصه سلامت نامید، در سال ۸۴ با اجرای طرح پزشک خانواده انقلابی دیگر رخ داد، که نظام سلامت را تا به امروز تحت تاثیر خود قرار داده است. بر اساس این طرح سازمانهای مربوطه موظف شدند با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای تمامی ساکنان مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت امکان بهره مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع فراهم کنند (۲).

اجرای طرح پزشک خانواده در اکثر کشورهایی که این طرح را به اجرا در آورده اند با مشکلات و چالش های عدیده ای نیز همراه بوده است. به طور مثال در سال های اخیر، پزشکان خانواده کشورهایی چون انگلستان و هلند به حقوق ناکافی و شرایط کاری دشوار خود معترض بوده اند (۳، ۴) در حالی که در استرالیا پزشکان خانواده را به عنوان سوهان روح (Soul-Destroying) می شناسند که این نشان از جایگاه پایین این پزشکان در نزد افکار عمومی دارد (۵). مطالعات بین المللی گوناگونی تلاش نموده اند تا به بررسی چرایی رنج بردن پزشکان خانواده از استرس شدید و مشکلات سلامتی (۶-۸) و نیز نارضایتی شغلی آنها (۸-۱۰) پی ببرند و همچنین علل ترک شغل آنها را نیز بررسی نمایند (۱۰-۱۲). همچنین مطالعات بسیاری نیز به مشکلات و چالش هایی از قبیل بار کاری زیاد (۱۳، ۱۴)، کاغذ بازی و بوروکراسی (۱۲-۱۴)، پرداخت های مالی ناکافی (۶-۱۲) و فقدان تعادل بین زندگی خانوادگی و حرفه ای (۸، ۱۰) در بین پزشکان اشاره نموده اند.

به منظور تشریح این نگرانی ها به طور عمیق تر، بعضی پژوهش های بین المللی از رویکردها و روش های کیفی برای انجام مطالعه خود استفاده نموده اند (۱۵-۱۹). در واقع به منظور فهم عمیق تر مسائل و موضوعات مرتبط با پزشکان خانواده، نیاز به این نوع مطالعات احساس می شود. بررسی نگرش پزشکان خانواده و بررسی نگرانی ها و مشکلاتی که از سوی آنها مطرح میشود، کار دشواری است که انجام آن نیازمند

این امر است که پزشکان خانواده نگرش ها و عقاید خود را بدون دغدغه و با اطمینان خاطر مطرح نمایند. به همین منظور مطالعه حاضر نیز با هدف تبیین نگرش ها و دیدگاه های پزشکان خانواده نسبت به شغل خود انجام شده است.

مواد و روش ها:

پژوهش حاضر، یک پژوهش کیفی است که در سال ۹۰ انجام گرفته است. نمونه گیری از نوع مبتنی بر هدف بوده و بنابراین افرادی انتخاب شدند که مطلع از سوال پژوهش بوده و بتوانند اطلاعات کامل تری را در اختیار پژوهشگران بگذارند. در زمان انجام این مطالعه، تعداد کل مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران سه مرکز و تعداد کل پزشکان خانواده مستقر در این مراکز نیز ۳۳ نفر بودند و به منظور رسیدن به اشباع اطلاعاتی، پس از برنامه ریزی و هماهنگی لازم با این مراکز، از تمامی این پزشکان خانواده اطلاعات مورد نیاز جمع آوری گردید. در مجموع دو مصاحبه انفرادی با دو پزشک خانواده شاغل در مرکز بهداشت درمان جنوب و چهار جلسه بحث گروهی متمرکز با پزشکان شاغل در مراکز بهداشت درمانی اسلام شهر و شهرری (هر کدام دو جلسه بحث گروهی متمرکز) صورت پذیرفت. مصاحبه ها توسط اشخاصی که کاملاً با هدایت این نوع از جلسات آشنا بوده و در این زمینه مهارت کافی را داشت هدایت گردید. ابزار جمع آوری اطلاعات نیز یک راهنمای مصاحبه نیمه ساختار یافته بود که سوالات آن با نظرخواهی از اساتید و صاحب نظران و با توجه به اهداف مطالعه طراحی گردید. با کسب اجازه از مصاحبه شوندهگان و اطمینان دادن به آنان جهت محرمانه ماندن اطلاعات آنها، مصاحبه ها ضبط می گردید. در عین ضبط مکالمات از یادداشت برداری نیز استفاده می شد. پیش از شروع جلسه مباحث تئوریک پزشک خانواده برای شرکت کنندگان در جلسه مطرح و هدف از تشکیل و نحوه شرکت در جلسه برای آنان به طور کامل توضیح داده شد. سعی شد تا همه افراد جلسه نظرات خود را در قالب سوالات نیمه ساختار یافته بیان نمایند. در حین جلسه نیز به مواردی همچون کنترل زمان برای هر کدام از سوالات و ریتم بحث، دقت به ارتباطات غیرشفاهی مورد توجه قرار گرفت. مصاحبه های فردی بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه و جلسات بحث گروهی متمرکز بین ۱۳۰ تا ۱۸۰ دقیقه به طول انجامید.

با فاصله زمانی خیلی کم، صدای ضبط شده پیاده سازی شده و سپس فرآیند تحلیل روی این داده ها انجام شد. براساس خلاء ها و سوالات بوجود آمده مصاحبه بعدی ترتیب داده می شد و این روند تا اشباع اطلاعاتی ادامه یافت، به گونه ای که در مجموع از تمامی پزشکان خانواده مصاحبه بعمل آمد.

جدول شماره ۱: موضوع ها و زیرموضوع های مربوط به نگرش پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران نسبت به اشتغال خود

| موضوع ها (Themes) | زیرموضوع ها (Sub-themes) | موارد (Items) |
|--|----------------------------------|--|
| عوامل ترغیب پزشکان به انتخاب شغل پزشک خانواده و ادامه خدمت | عوامل اقتصادی | بالابودن حقوق نسبت به جاهای دیگر |
| | عوامل فرهنگی، محیطی و شرایط کاری | استرس کمتر و ریسک کمتر نسبت به کار اورژانس و مطب داری وجود فرصت بیشتر برای مطالعه وجود مزایای مربوط به پزشک خانواده اجبار و نبود گزینه های دیگر برای اشتغال |
| چالش های طرح | زمینه سازی برای اجرای طرح | عدم فرهنگ سازی برای اجرای برنامه عدم هماهنگی میان وزارتخانه ها تعدد بیمه ها و یک کاسه نبودن آنها نبود پرونده الکترونیک سلامت |
| | شرایط کاری و محدودیت های حرفه ای | بالابودن ساعات کاری و بار کاری پزشک خانواده پایین بودن میزان حقوق نسبت به ساعت کاری و مسئولیت سنگین نبود امنیت شغلی رکود شغلی و پویا نبودن طرح عدم وجود تسهیلات و مزایا برای پزشکان خانواده موقعیت پایین پزشکان عمومی وجود محدودیت های حرفه ای |
| اصلاحات موردنیاز برای اجرای صحیح برنامه | در سطح سیاست گذاری سلامت | تولیت وزارت بهداشت یک کاسه نمودن بیمه ها فرهنگ سازی |
| | در سطح اجرایی | افزایش انگیزش شغلی |

متن نسخه برداری شده با استفاده از کدهای مرتبط با تم ها و زیرتم های چارچوب مفهومی، ایندکس (فهرست) گردید. در جایی که مناسب باشد بخشی از داده ها با یک یا چند کد (cross indexing) کدگذاری شدند.

در نهایت جدولی تنظیم گردید که ردیف هر جدول تعیین گر یک مصاحبه شونده است که با کد مناسب مشخص شده و ستون های جدول نیز بیانگر تم ها و زیرتم ها می باشد. به منظور ایجاد نمودار تحلیل، جداول ترسیم شده برای هر تم در کنار یکدیگر قرار داده شد. نمودار نهایی جدول بزرگی متشکل از خانه های بسیاری بود که هر خانه حاوی دیدگاه های یک مصاحبه شونده، محل ارتباط کد مصاحبه شونده و زیرتم می باشد. سپس به منظور تحلیل، جداول به گونه ای در کنار هم قرار گرفتند که امکان مقایسه دیدگاه های بیان شده توسط یک مصاحبه شونده در غالب تم ها و زیرتم ها (با نگاه به ستون ها) و مقایسه های مصاحبه شوندگان مختلف برای هر تم (با نگاه به ردیف ها) امکان پذیر شود. در این مرحله که مهمترین و

جهت تحلیل داده ها از روش تحلیل چارچوب (framework analysis) که شامل ۵ گام اصلی: (۱) آشنا کردن (۲) شناسایی یک چارچوب مفهومی (۳) فهرست بندی (۴) ترسیم جدول و (۵) نگاشت (تهیه نقشه) و تفسیر است، استفاده شد. در این مطالعه، از طریق پیاده سازی مصاحبه ها، خواندن رونوشت ها (متن های پیاده شده)، نکته هایی که در حین مصاحبه یادداشت شده است، تهیه خلاصه ای از مصاحبه ها و گوش دادن مجدد مصاحبه های ضبط شده فرآیند آشنایی صورت گرفت. پس از این مرحله مصاحبه ها حاشیه نویسی شده و مفاهیم و موضوع های کلیدی شناسایی و خلاصه سازی شد. پس از مقایسه کدها و شناسایی یک چارچوب موضوعی، تمام نوشته های مربوط به مصاحبه ها براساس چارچوب موضوعی حاصل مورد بازبینی و حاشیه نویسی قرار گرفت. چارچوب مفهومی تدوین شده از طریق تکرار فرآیند آشنایی بر اساس مصاحبه های صورت گرفته و جلسات میان پژوهشگران و مصاحبه گران مورد بازنگری قرار گرفت. تم های استخراج شده در طول فرآیند تحلیل، تجدید (update) گردید.

• **استرس کمتر و ریسک کمتر نسبت به گزینه های دیگر:** به اعتقاد بسیاری از مصاحبه شوندهگان طرح پزشکی خانواده نسبت به کار در اورژانس و یا داشتن مطب، دارای استرس کمتری است «من کارهای دیگر را تا حالا تست کرده ام، کار شیفیتی و حتی پزشک قطار، اما به یک دلیل این کار را انتخاب کردم و تا زمانی که این شرایط را داشته باشد به آن ادامه می دهم و آن دلیل هم این است که استرس کاری آن پایین است» (F12).

• **وجود فرصت بیشتر برای مطالعه:** وجود فرصت بیشتر برای مطالعه جهت امتحان تخصص از جمله دلایل مصاحبه شوندهگان برای انتخاب پزشک خانواده بود. با دقت به این موضوع در می یابیم که برخی از پزشکان خانواده به این طرح به عنوان یک حرفه دائمی نگاه نمی کنند. «من به پزشک خانواده به عنوان یک حرفه موقت نگاه می کنم، یعنی هدف دیگری دارم تا به آن برسم و برای اینکه یک درآمدی داشته باشم و از زمانم برای مطالعه استفاده کنم، پزشک خانواده رو انتخاب کردم» (F19).

• **وجود مزایای مربوط به پزشک خانواده (عوامل فرهنگی و ارتقاء سلامت):** در کنار عوامل دیگر که موجب ترغیب پزشکان به انتخاب پزشک خانواده شده، آنها به مزایایی همچون ارتباط با اقشار مختلف جامعه و امکان شناخت بیشتر جمعیت تحت پوشش، آشنایی با انواع مختلف بیماری ها، تشکیل پرونده برای بیماران، تداوم مراقبت، جامعه نگر بودن، مدیریت تیم سلامت و کار در حوزه بهداشت و پیشگیری از بیماری ها اشاره می نمودند که موجب ارضاء روحی و روانی آنان در کار می شود. «اینکه با مریض های مختلف می توانی در تماس باشی خیلی خوبه و همه چیز تحت کنترل شماس، بنظر من این امر در تجربه هم خیلی مؤثره. از نظر جامعه نگر بودن... من هم به عنوان پزشک خانواده دارم کارم را انجام می دهم و هم اینکه به کار بقیه ی پرسنل که دارن اونجا کار می کنن احاطه دارم» (F23).

• **اجبار و نبود گزینه های دیگر برای کار:** بسیاری از مصاحبه شوندهگان معتقد بودند که پزشک خانواده را به صورت اجباری برای گذراندن طرح نیروی انسانی یا رهایی از بیکاری انتخاب نمودند. «در واقع ما گزینه دیگری نداشتیم، یعنی تنها گزینه موجود این بود که ما در قالب طرح پزشک خانواده فعالیت کنیم. در واقع این طرح اجباری بود و هیچ گزینه ای برای انتخاب وجود نداشت» (F2).

مشکل ترین مرحله تحلیل است، نمودار حاصل به منظور مقایسه داده های بدست آمده برای افراد و زیر تم ها مورد تفسیر قرار گرفته و رابطه میان تم ها و زیر تم ها بررسی گردید. این تحلیل را می توان با استفاده از نرم افزارهای تخصصی مانند Atlas.ti و یا نرم افزارهای رایج مانند Microsoft Word انجام داد که در این مطالعه از نرم افزار رایج نگارش استفاده شد (۲۰، ۲۱).

نتایج:

با تحلیل چارچوبی داده ها به طور کلی ۳ موضوع کلی (Theme)، ۶ زیرموضوع (Sub-Theme) و ۲۰ مورد (Item) شناسایی شد (جدول ۱). لازم به ذکر است که برای هر یک از مصاحبه شوندهگان کدی در نظر گرفته شده است که با f (پزشک خانواده) مشخص گردیده است.

موضوع ۱: عوامل ترغیب پزشکان به انتخاب شغل پزشک خانواده و ادامه خدمت

در اینجا به عواملی که باعث ترغیب پزشکان به انتخاب پزشک خانواده به عنوان شغل خود و ادامه خدمت در آن شده است، می پردازیم. طبق چارچوب مفهومی به دست آمده دو زیر موضوع (Sub-Theme) و ۵ مورد (Items) شناسایی شد.

زیر موضوع ۱: عوامل اقتصادی

یکی از عوامل مهم در ترغیب پزشکان به انتخاب این طرح، عامل اقتصادی است به گونه ای که طرح پزشک خانواده نسبت به سایر گزینه ها برای اشتغال، دارای حقوق بیشتر و ثابت تری است. هرچند اکثر افرادی که عامل اقتصادی را به عنوان انگیزه انتخاب و یا باقی ماندن در طرح ذکر کرده بودند، اغلب افرادی بودند که باید طرح نیروی انسانی خود را به صورت اجباری می گذراندند و از آنجایی که حقوق پزشک خانواده نسبت به سایر بخش ها بیشتر بوده، بنابراین یکی از گزینه های مناسب برای کار، طرح پزشک خانواده بوده است. به عنوان مثال یکی از مصاحبه شوندهگان این مساله را اینگونه مطرح می کند که «طرح من با برنامه پزشک خانواده شروع شد... گفتند به اجبار باید پزشک خانواده بشوی. چون من آنجا بیتوته بودم گفتند حقوق بالاتر می رود، دیدم به نفع من است که پزشک خانواده بشوم» (F13).

زیر موضوع ۲: عوامل فرهنگی، محیطی و شرایط کاری

عوامل فرهنگی، محیطی و شرایط کاری پزشک خانواده نیز از جمله عوامل دیگر برای ترغیب پزشکان به انتخاب این برنامه و ادامه خدمت در آن بوده است.

موضوع ۲: چالش های طرح

در این موضوع به چالش ها و نقاط ضعف طرح اشاره خواهد شد که باعث نارضایتی و دلسردی پزشکان و در نتیجه مانع ابقاء آنان در طرح می باشد. طبق چارچوب مفهومی به دست آمده دو زیر موضوع و ۱۱ مورد در این قسمت شناسایی شد.

زیر موضوع ۱: زمینه سازی برای اجرای طرح

طبق چارچوب مفهومی به دست آمده در این پژوهش، عدم زمینه سازی و فراهم کردن مقدمات اجرای طرح باعث مشکلات فراوانی شده که بسیاری از نقاط قوت برنامه را تحت الشعاع خود قرار داده است.

• عدم فرهنگ سازی برای اجرای برنامه: اکثر مصاحبه

شوندگان به این مورد اشاره کرده اند که در زمان شروع طرح پزشک خانواده هیچگونه پیش زمینه و آگاهی از این طرح نداشتند در حالی که توجیه و آگاه سازی پزشکان خانواده به عنوان ارائه دهندگان اصلی خدمات در این طرح از مهمترین کارهایی است که باید پیش از اجرای برنامه انجام می شد «هیچ پیش زمینه ای از پزشک خانواده و اینکه کیست و چه کاری انجام میدهد، نداشتیم، الان خب خیلی (اطلاعاتم) زیادتیر شده، ولی آن زمان که ما وارد شدیم واقعاً به اینصورت نبود (نه برای مریض و نه برای ما) حتی توی رسانه ها هم خبری نبود.» (F25).

علاوه بر عدم آگاهی پزشکان، آگاه سازی در سایر اقشار جامعه همچون مردم و یا پزشکان سایر سطوح خدمتی نیز صورت نگرفته است. به گونه ای که مردم به عنوان گیرندگان خدمت گاهی تنها برای زدن مهر ارجاع به دفترچه بیمه به پزشک خانواده مراجعه می نمایند و پزشکان متخصص و مراکز تخصصی نیز همکاری لازم را با پزشکان خانواده انجام نمی دهند «واقعاً (پزشک خانواده) درست برای مردم جا نیفتاده و بسیاری از آنها صرفاً جهت مهر زدن به پزشکان خانواده مراجعه می کنند و ما را دکترای الکی خطاب می کنند. خیلی از مردم به ما می گویند: شما برای این حقوق می گیرید که دفترچه ما رو مهر بزنید» (F8).

• عدم هماهنگی میان وزارتخانه ها: عدم هماهنگی میان

وزارت بهداشت و وزارت رفاه (سازمان های بیمه) موجب مشکلات متعددی می شود. یکی از مصاحبه شوندگان در این رابطه می گوید: «یک مشکلی که در پزشک خانواده داریم این است که همیشه وقتی دو ارگان با هم کار می کنند مشکل ایجاد میشود. یعنی وزارت رفاه یک چیز میگوید و وزارت بهداشت یک چیز دیگر! نمی دانی چه کاری باید انجام دهی، ما بین دو ارگان گیر کرده ایم و گویا تعاملی بین این دو برقرار نمی شود» (F23).

• تعدد بیمه ها و یک کاسه نبودن آنها: طبق چارچوب

مفهومی به دست آمده تعدد بیمه ها و یک کاسه نبودن آنها نیز موجب مشکلات فراوانی شده است. یکی از این مشکلات عدم اجبار سایر بیمه ها به رعایت نظام ارجاع و در نتیجه عدم اجرای کامل پزشک خانواده و نظام ارجاع است. «نکته اساسی این است که ما یک بیمه همگانی نداریم، هم انواع و اقسام بیمه تکمیلی و هم انواع و اقسام بیمه پایه داریم؛ تأمین اجتماعی ساز خودش را می زند، خدمات درمانی ساز خودش را می زند، بیمه ایران ساز خودش را می زند .. اشکالش این است که مثلاً در دفترچه بیمه روستایی برای ارجاع باید به پزشک خانواده ارجاع بشه ولی مثلاً بیمه های دیگر هر کجا دلشان بخواهد می روند! کسی که بیمه روستایی دارد با خود می گوید: عجب دفترچه بیخودی است! یعنی الان سیستم ارجاع فقط به دفترچه های بیمه روستایی مختص شده نه بیمه های دیگر. این خب یک ایراد بزرگ است» (F10).

• نبود پرونده الکترونیک سلامت: مصاحبه شوندگان

معتقد بودند که نبود پرونده الکترونیک سلامت از جمله نقاط ضعف در این برنامه است «پرونده الکترونیک هم نداریم بنابراین آزمایشات غیرضروری برای یک فرد تکرار می شود چون از پیشینه فرد آگاهی نداریم» (F10).

زیر موضوع ۲: شرایط کاری و محدودیت های حرفه ای

یکی دیگر از زیرموضوع های مربوط به چالش های طرح شرایط کاری و محدودیت های حرفه ای است.

• بالابودن ساعات و بار کاری: بسیاری از پزشکان ساعات و

حجم کاری بالا را یکی از دلایل اصلی عدم انگیزه و نارضایتی خود می دانستند «بخاطر طولانی بودن ساعات کاری، مشکل دارم و احتمال دارد که بخاطر همین موضوع از سیستم پزشک خانواده بیرون بیایم! چون تا ۴ بعد از ظهر است» (F4). در مورد حجم کاری نیز معتقد بودند که انجام کارهای پشتیبانی و آماری مراکز موجب اتلاف وقت شده و آنان را از پرداختن به امور اصلی باز می دارد «حجم کاریش بیشتر از آن چیزی بود که فکر می کردم» (F3).

• پایین بودن میزان حقوق: اکثر مصاحبه شوندگان معتقد

بودند که نسبت به ساعت و حجم کاری بالای پزشک خانواده، میزان حقوق دریافتی پایین بوده و از سوی دیگر پرداخت دیرهنگام حقوق و نبود عدالت در پرداخت نیز باعث ایجاد نارضایتی در پزشکان خانواده شده است. به عقیده بسیاری از مصاحبه شوندگان از آنجایی که جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده براساس بیمه شدگان روستایی منظور شده و سرانه این تعداد از بیمه شدگان به پزشک داده می

• **موقعیت پایین پزشکان عمومی:** اجرای نادرست طرح و عدم فرهنگ سازی مناسب برای آن موجب شده که جایگاه پزشکان عمومی از دید مردم و متخصصان پایین باشد. مصاحبه شوندگان از جمله دلایل موقعیت پایین پزشکان عمومی در سطح جامعه را وجود فرهنگ تخصص گرایی در مردم، عدم همکاری و احترام از سوی پزشکان متخصص و دید بازاریابی و مطب داری در پزشکان می دانستند. «وقتی مریض به من مراجعه می کند اعتقادی به من ندارد فقط به خاطر مهر زدن می آید. شما را در واقع با آن مهر میشناسند. حالا جالب اینجاست که از تمام مواردی که مراجعه کرده اند و مجبور شدم مهر بزنم، شاید ۹۵ درصدشان را خودم می توانستم درمان کنم» (F₃).

• **وجود محدودیت های حرفه ای:** به اعتقاد مصاحبه شوندگان، محدودیت های ایجاد شده از سوی مسئولان همچون حداکثر تعداد اقلام دارویی که باید در نسخه نوشته شود (۲.۵ قلم دارو در هر نسخه)، میزان ارجاع، مراکز طرف قرارداد بیمه روستایی جهت ارجاع، کاربردی نبودن پایش پزشکان جهت سنجش عملکرد آنان و بوروکراسی اداری از جمله مواردی است که به عنوان نقاط ضعف این طرح محسوب می شود «مثلاً تعداد ارجاع که جزو آیتم های پایش ماست خیلی مسخره ست! چون باعث می شود با اینکه می دانم از دستم کاری بر نمی آید، باز هم مجبورم (بیمار را) نگه دارم و ارجاع ندهم و این خیلی بد است. از آن مسخره تر تعداد اقلام داروییست... هر چه میگویم مرکز من یک مرکز دور است و مردم نمی آیند، وقتی هم مراجعه می کنند هزار درد و مرض با هم دارند که با یکی دو قلم دارو حل نمیشود، اثر ندارد» (F₂₃).

موضوع ۳: اصلاحات مورد نیاز برای اجرای صحیح برنامه
به منظور ایجاد رضایت در پزشکان خانواده و ترغیب آنان به ادامه خدمت در طرح پزشک خانواده باید اصلاحاتی صورت گیرد که شامل اصلاحات در سطوح سیاست گذاری سلامت و سطح اجرایی می باشد.

زیرموضوع ۱: در سطح سیاست گذاری سلامت
• **تولیت وزارت بهداشت:** اکثر مصاحبه شوندگان از اینکه برنامه پزشک خانواده به عهده دو وزارتخانه مجزا (وزارت بهداشت و وزارت رفاه) است احساس نارضایتی نموده و معتقد بودند که وزارت بهداشت باید تولیت سلامت و نیز برنامه پزشک خانواده را به عهده داشته باشد و درگیر نمودن دو وزارتخانه موجب مشکلاتی همچون هماهنگ نبودن آنها در اجرای صحیح برنامه، پرت مالی و پرداخت دیر هنگام

شود با این حال پزشک خانواده موظف به ارائه خدمات به سایر بیمه شدگان نیز هست که این امر موجب مشکلات بسیاری گردیده است. «واقعاً حقوق من با آن تعداد مریضی که دارم و جمعیتی که پوشش می دهم فوق العاده کم است» (F₂₅).

• **نبود امنیت شغلی:** نبود امنیت شغلی از جمله نقاط ضعف برنامه است که باعث نارضایتی و عدم ابقاء پزشکان در طرح شده است. یکی از موارد جالب توجه این است که قرارداد پزشکان خانواده برخلاف قراردادهای کاری دیگر سه ماهه است که این امر، امنیت شغلی پزشکان را تحت الشعاع خود قرار داده است «موضوع دیگر امنیت شغلی است. یکی ممکن است سالها در این طرح فعالیت بکند اما استخدامش نمی کنند! اصلاً هیچ قانونی برای استخدام پزشکان در این طرح وجود ندارد! حداقل یک مدت زمانی در نظر گرفته بشود و بعد پزشکان را استخدام کنند. شما هیچ جایی نمی بینید که قرارداد سه ماهه باشد! حتی خدماتی ها نیز قراردادشان طولانی تر از ماست» (F₉).

• **رکود شغلی و پویا نبودن طرح:** اکثر مصاحبه شوندگان رکود شغلی و پویا نبودن را از جمله دلایل نارضایتی و عدم انگیزه برای ادامه خدمت دانستند. به اعتقاد یکی از مصاحبه شوندگان «سیستم پزشک خانواده... سیستم پویایی نیست! آدم مثلاً یک روتینی دستش می آید و دیگر خیلی انگیزه ای برای مطالعه ندارد» (F₂₂).

• **عدم وجود تسهیلات و مزایا برای پزشکان خانواده:**
در برنامه پزشک خانواده تسهیلات و مزایایی برای پزشکان در نظر گرفته نمی شود به گونه ای که این امر باعث نارضایتی بسیاری از آنان شده است. از جمله تسهیلات و مزایایی که پزشکان انتظار داشتند امتیازاتی همچون حق تاسیس مطب، امتیاز برای قبولی در آزمون تخصص، حق گرفتن مرخصی استحقاقی، تفاوت میان حقوق افراد با سابقه کاری و افراد تازه وارد، در نظر گرفتن درصدی از درآمد مراکز به عنوان پاداش برای پزشکان، حق گرفتن اضافه کار، وسیله ایاب و ذهاب، و نیز مهدکودک برای کودکانشان می باشد. «حق تاسیس مطب نداریم و حتی حق گرفتن اضافه کار را هم نداریم... مرکز تک پزشک است و خیلی سخت با مرخصی های ما موافقت می کنند. آن هایی که قراردادی هستند که مرخصی های استعلاجی شان را به هیچ عنوان قبول نمی کنند» (F₂). «یک سری مشکلات مربوط به قسمت رفاهی می باشد... مثلاً در زمینه تغذیه هیچ امتیازی قائل نیستند، حتی در زمینه مسکن و مهد برای بچه هایمان خیلی از مزایا بخاطر پزشک خانواده بودن حذف می شود» (F₂₀).

حجم کاری] تناسب داشته باشد! ما ساعت کاریمان تا ۴ عصر می باشد بنابراین باید آنقدر (حقوق) بگیریم که دیگر نیاز به کار اضافی نباشد و زندگیمان تأمین شود ... همچنین فکر و خیال پزشک از نظر چیزهای مختلف باید راحت باشد مانند یک سری خدمات جانبی غیر از حقوق مثل سرویس ایاب و ذهاب، مهدکودک، تخفیف های ویژه و ...» (F7). «ساعت کاری اگر کم بشود و حقوق هم بالاتر برود خوب است ... حقوق هارو به موقع بدهند وضعیت بهتر خواهد شد. جمعیت (تحت پوشش پزشک) باید مشخص باشد... این غیر منطقی ست که جمعیت بیشتر از حد نرمال باشد (حجم کاری بالا) و مردم هم توجیه نشده باشند. یعنی واقعاً برای پزشک مشکل ایجاد می کند .. (F9).

بحث و نتیجه گیری

تحلیل یافته های این مطالعه یک چارچوب شفاف از عوامل کلیدی و تاثیر گذار بر نگرش پزشکان خانواده و راهکارهای ارتقای آن را در سه موضوع کلی، شش زیر موضوع و ۲۲ مورد نشان داد. در موضوع مربوط به عوامل ترغیب پزشکان، تاکید پزشکان خانواده حول محورهایی چون عوامل اقتصادی و انگیزه های مالی، شرایط مناسب تر محیط کار، فرصت مطالعه و ادامه تحصیل بوده است. همچنین در چندین مطالعه به تاثیر زیادی که فراهم آوردن فرصت های شغلی برای همسران پزشکان و نیز فرصت های آموزشی و تفریحی برای فرزندان آنها، میتواند بر تمایل پزشکان به منظور حفظ و ادامه خدمت داشته باشد نیز اشاره شده است (۱۴، ۲۲، ۲۳).

یکی از نکاتی که باید به آن توجه داشت این است که طرح پزشک خانواده حتی در کشورهای توسعه یافته (۲۴-۲۷) نیز دارای مشکلات و چالش هایی است که تشابه نسبی آنها با چالش ها و نگرانی های عنوان شده از سوی پزشکان مورد مطالعه در این پژوهش حکایت از عمومیت نسبی این موارد در بین کشورهای مختلف اجرا کننده این طرح دارد. نتایج مطالعات مختلف نشان می دهد پزشکان خانواده یکی از چالش های موجود در طرح را ساعات و بار کاری زیاد عنوان کرده اند (۶، ۲۸، ۲۹) هرچند بر اساس نتایج این مطالعه، آنها بر این نکته نیز اذعان داشته اند که استرس این کار به نسبت گزینه های دیگر موجود کمتر است با این حال به نظر می رسد کار پزشکان خانواده به عنوان یک عامل استرس زای اصلی به خصوص در مواقعی که منجر به تداخل طبابت با زندگی خانوادگی این افراد می گردد، مطرح باشد که در این مطالعه و مطالعات بسیاری (۸، ۱۰، ۱۲) به این امر اشاره شده است. با توجه به اینکه اکثریت پزشکان مصاحبه کننده معتقد بودند، بار کاری آنها بین ساعات ۱۳ تا ۱۶ به حداقل می رسد، میتوان

حقوق و دستمزد پزشکان خانواده و در نهایت نارضایتی و دلسردی آنان شده است «در درجه اول باید این سیستم از وزارت رفاه خارج و وارد سیستم وزارت بهداشت شود؛ این سیستم دو ایراد خیلی بزرگ دارد ۱- یک کاسه نشدن بیمه ها ۲- بودجه ریزی. این دو ایراد اگر اصلاح شوند و مسئولیت کامل آنها به وزارت بهداشت واگذار گردد، مشکل ارجاع به سطح دو و اشکال بیمه های دیگر و حقوق پرداختی به پزشکان هم برطرف می شود.» (F15).

- **یک کاسه نمودن بیمه ها:** طبق چارچوب مفهومی به دست آمده اکثر مصاحبه شوندهگان معتقد بودند یک کاسه نبودن بیمه ها، وجود مقررات متفاوت آنها در خصوص الزام به رعایت نظام ارجاع و میزان پوشش بیمه ای موجب مشکلاتی همچون گرایش بیمه شدگان روستایی به سایر بیمه ها، نارضایتی مردم، عدم رعایت نظام ارجاع و دور زدن سیستم توسط سایر بیمه شدگان شده است. «بیمه ها یک کاسه نیستند، اگر بیمه های تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و حتی نیروهای مسلح یک بیمه بشوند (یا دارای یک صندوق واحد) و هر فردی که می خواهد از سیستم به سطوح بالاتر مراجعه کند مجبور باشد اول از فیلتر پزشک عمومی عبور کند دیگر این مشکلات پیش نمی آید» (F15).
- **فرهنگ سازی:** یکی از اصلاحات مهم جهت اجرای موفق پزشک خانواده در کشور، فرهنگ سازی در مورد آن در جامعه می باشد «کسانی که تمایل ندارند بمانند یک دلیلش این است که احساس می کنند مردم به پزشک خانواده به دید کسی که نمی تواند مشکلشان را حل کند، نگاه میکنند، در حالی که اینطور نیست. در کشورهای دیگر کسی که به پزشک خانواده ی خودش مراجعه نکنند حق ندارد به متخصص مراجعه کند... در واقع اول باید برای مردم روشن شود که پزشک خانواده کیست و کارش چیست و بعد پزشکان تمایل پیدا کنند که داخل سیستم بمانند. پس باید اول فرهنگ سازی صورت پذیرد» (F17).

زیرموضوع ۴: در سطح اجرایی

در این زیرموضوع به اصلاحاتی می پردازیم که باید در سطح اجرایی صورت گیرد.

- **افزایش انگیزش شغلی:** مصاحبه شوندهگان معتقد بودند که متناسب نمودن ساعات و حجم کار با توان پزشکان؛ متناسب نمودن حقوق با ساعات و حجم کار، جمعیت تحت پوشش و شرایط محلی؛ پرداخت به موقع حقوق و عدالت در پرداخت؛ در نظر گرفتن تسهیلات و مزایا برای پزشکان خانواده و ایجاد امنیت شغلی از مهمترین عوامل انگیزشی در جذب و ابقاء پزشکان خانواده است. «حقوق باید ابا ساعت و

در مطالعه متمایل به نقاط ضعف و مشکلات موجود در طرح بوده و کمتر در صحبت هایشان به جنبه های مثبت طرح و فوایدی که برای آنها و جامعه داشته، پرداخته اند. شاید انجام بررسی های بیشتر در رابطه با طرح پزشک خانواده و انجام مصاحبه های جداگانه با سیاستگذاران سلامت که در ارتباط مستقیم با این طرح بوده اند و دریافت نظرات و دیدگاه های آنها نیز بتواند نقش مکمل و بسیار موثری در رویکرد یک طرفه این مطالعه و رفع نگرانی هایی که در رابطه با این مشکل وجود دارد، داشته باشد. همچنین برگزاری جلسات دوستانه با حضور مشترک جمعی از سیاستگذاران و مسئولان خرد و کلان با پزشکان خانواده نیز می تواند در هر چه بهتر شدن روند اجرایی این طرح کمک نماید.

در پایان لازم به توضیح است که کسب اجازه برای ضبط صدای مصاحبه شوندگان و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی آنها از سوی مصاحبه کنندگان و نیز عدم الزام مصاحبه شوندگان به شرکت در مصاحبه به عنوان ملاحظات اخلاقی این مطالعه در نظر گرفته شده است

طرح پزشک خانواده دارای مزایای بسیاری است که می تواند در ارتقا سطح سلامت جامعه نقش بسیار مهمی را ایفا نماید. البته این طرح در مرحله برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی خالی از اشکال نبوده و دارای چالش هایی است که لزوم توجه سیاستگذاران را به منظور انجام اصلاحات گوشزد می کند. از آنجایی که عوامل اقتصادی، فرهنگی و عوامل مربوط به محیط و شرایط کاری در ترغیب پزشکان به انتخاب شغل پزشک خانواده نقش اصلی را ایفا می کنند، لذا بیشترین چالش های طرح نیز در رابطه مستقیم با این عوامل بوده و لزوم انجام اصلاحاتی را در سطوح کلان (سیاستگذاری) و خرد (اجرایی) برای رفع این مشکلات گوشزد می کند. همچنین فراهم نمودن زمینه های لازم برای اجرای طرح از طریق ظرفیت سازی (فرهنگ سازی) در جامعه و نهادهای مجری (مکانیسم های هماهنگی و اجرای طرح های مکمل و پشتیبان مانند پرونده الکترونیک سلامت و یک کاسه کردن بیمه ها) نیز می تواند نقش بسیار مهمی در اجرای هرچه بهتر این طرح ایفا نماید.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله صمیمانه از همکاری کلیه پزشکان خانواده شرکت کننده در این مطالعه و همچنین رابطین مراکز که هماهنگی های لازم جهت انجام مصاحبه های گروهی با پزشکان را انجام دادند، تشکر می کنند. این مطالعه حاصل طرح پژوهشی به شماره ۱۱۱۸۳ مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران در تاریخ ۸۹/۳/۲۷ می باشد.

راهکارهایی را در جهت کمک به این پزشکان خانواده در راستای حل مشکل مذکور ارائه نمود. پایین بودن میزان حقوق نسبت به ساعت کاری و مسئولیت سنگین نیز یکی دیگر از مواردی است که به آن اشاره شده و تنها منحصر به کشور ما نبوده و سایر کشورهای اجرا کننده طرح پزشک خانواده نیز چندان با مسئله نابرابری های درآمدی و کمبود حقوق بیگانه نیستند (۳۰، ۳۱).

پزشکان هدف در این مطالعه در صحبت های خود اشاراتی نیز به عدم پویایی و رکود شغلی طرح داشته اند که در مطالعات مختلف بین المللی نیز از این موضوع تحت عنوان انزوای حرفه ای (Professional Isolation) یاد شده و به عنوان یکی از چالش های این طرح مطرح گردیده است (۲۸، ۳۲). منظور از این مفهوم در واقع روتین شدن ارائه یک سری خدمات مشخص و از قبل تعریف شده به یک قشر مشخصی از جامعه است که می تواند احساس نوعی یکنواختی را در زندگی حرفه ای پزشکان ایجاد نماید و انگیزه آنها را برای ارائه خدمت بهتر و با کیفیت تر به جامعه کاهش دهد.

نتایج مطالعه نشان می دهد فرهنگ سازی در رابطه با این طرح به خوبی در جامعه انجام نشده و مردم به پزشکان خانواده به عنوان حلقه مفقوده اصلاح نظام ارجاع معیوب در نظام سلامت کشور نگاه نمی کنند و تنها نقش پزشک خانواده را رفع محدودیت بروکراتیک ماهرزی به منظور دریافت خدمات تخصصی و سطوح بالاتر می دانند. لذا ضروری است طی هماهنگی با رسانه های سمعی و بصری کشور، طرح مذکور و فواید آن به آگاهی عموم رسیده و کلاس های توجیهی نیز در طی دوران تحصیل در مورد نقش مهم پزشکان عمومی به عنوان یک پزشک خانواده برای دانشجویان پزشکی در طی دوران تحصیل برگزار شود.

با توجه به دیدگاه پزشکان در رابطه با چالشی بودن تعدد بیمه ها و ارائه خدمات ناهمگون از سوی آنها و نیز وجود دو مدعی تولید نظام سلامت (وزارت بهداشت و وزارت رفاه) بهتر است با یک کاسه کردن بیمه ها و تعیین یک متولی اصلی در نظام سلامت، شرایطی برابر برای همه افراد جامعه از نظر دریافت خدمات یکسان بیمه ای ایجاد گردد تا اجرای این طرح و طرح های مشابه به شکل بهتری انجام گیرد.

باید توجه داشت که از محدودیت های این مطالعه این است که صرفاً به بیان دیدگاه های پزشکان خانواده شاغل به عنوان تنها یکی از ذینفعان مرتبط با موضوع پرداخته است که این امر ممکن است جلوگیری از تاثیر تعصبات جانبدارانه و دیدگاه های منفعت طلبانه شخصی را در این مطالعه و نتایج آن دشوار نماید، به طوری که نوع نگاه بسیاری از پزشکان شرکت کننده

References:

- 1-Sohrabi MR, Saadat S, Haji H Z. Family physician: Situation in the world,Necessity in Iran. *Teb va Tazkie*. Winter 2003(55).
- 2-Department of Health, Ministry of Health and medical education.Family physician and referral system in Islamic Republic of Iran. Summer 2006.
- 3-Kmietowicz Z. GPs shut surgeries in protest at government targets. *BMJ* 2001;322(7294):1082.
- 4- Sheldon T. News roundup. Dutch GPs take three-day strike action. *BMJ* 2001;322(7295):1142
- 5- Chew M, Williams A. Australian general practitioners: desperately seeking satisfaction. Is the satisfied GP an oxymoron? *Med J Aust* 2001;175:85-6.
- 6- Schattner PL,Coman GJ.The stress of metropolitan general practice.*Med J Aust* 1998;169(3):133-7.
- 7- Spurgeon P, Barwell F, Maxwell R. Types of work stress and implications for the role of general practitioners. *Health Serv Manage Res* 1995;8(3):186-97
- 8- Sutherland VJ, Cooper CL. Job stress, satisfaction and mental health among general practitioners before and after introduction of new contract. *BMJ* 1992;304(6841):1545-8.
- 9- Appleton K, House A, Dowell A. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *Br J Gen Pract* 1998;48(428):1059-63.
- 10- Cooper CL, Rout U, Faragher B. Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioner. *BMJ* 1989;298(6670):366-70.
- 11- McGlone SJ, Chenoweth IG. Job demands and control as predictors of occupational satisfaction in general practice. *Med J Aust* 2001;175(2):88-91.
- 12- Landon BE, Aseltine R Jr, Shaul JA, Miller Y, Auerback BA, Cleary PD. Evolving dissatisfaction among primary care physicians. *Am J Manag Care* 2002;8(10):890-901.
- 13- Dowell AC, Hamilton S, McLeod DK. Job satisfaction, psychological morbidity and job stress among New Zealand general practitioners. *N Z Med j* 2000;113(1113):269-72.
- 14- 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.
- 15- Huby G, Gerry M, McKinstry B, Porter M, Shaw J, Wrate R. Morale among general practitioners: qualitative study exploring relations between partnership arrangements, personal style, and workload. *BMJ* 2002;325(7356):140.
- 16- Cuddy NJ, Keane AM, Murphy AW. Rural general practitioners' experience of the provision of out-of-hours care: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2001;51(465):286-90.
- 17- Rout U. Stress among general practitioners and their spouses: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 1996;46(404):157-60.
- 18- Myerson S. Seven women GPs' perceptions of their stresses and the impact of these on their private and professional lives. *J Manag Med* 1997;11(1):8-14.
- 19- Kilmartin MR, Newell CJ, Line MA. The balancing act: key issues in the lives of women general practitioners in Australia. *Med J Aust* 2002;177(2):87-9.
- 20- Rashidian A, Eccles MP, Russell I. Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. *Health Policy* 2008; 85(2):148-161.
- 21- Jafarisirizi M, Rashidian A, Abolhassani F et al. Qualitative assessment of dimensions and degree of autonomy granting to university hospitals Hakim Research Journal 2008; 11(2): 59- 71 (Persian)
- 22- Felix H, Shepherd J, Stewart K. Recruitment of rural health care providers: a regional recruiter strategy. *The Journal of Rural Health* 2003; 19 (Suppl)
- 23- Scammon DL, Williams SD, Li LB. Understanding physicians' developing recruitment and retention strategies , *Journal of Ambulatory Care* 1994; 5: 85-100.
- 24- Kmiotowicz Z. GPs shut surgeries in protest at government targets. *BMJ* 2001;322(7294):1082
- 25- Sheldon T. News roundup. Dutch GPs take three-day strike action. *BMJ* 2001;322(7295):1142.
- 26- Chew M, Williams A. Australian general practitioners: desperately seeking satisfaction. Is the satisfied GP an oxymoron? *Med J Aust* 2001;175:85-6.
- 27- Recruitment and Retention: Consensus of the Conference Participants, Banff 1996 *Can J Rural Med* 1997; 2(1): 28-31.
- 28- Hays R, Wynd S, Veitch C, Crossland L. Getting the balance right? GP's who choose to stay in rural practice. *Australian Journal of Rural Health* 2003; 11: 193-198.
- 29- Bowman RC, Crabtree BF, Petzel JB, Hadley TS. Meeting the challenges of workload and building a practice: the perspectives of 10 rural physicians. *Journal of Rural Health* 1997; 13(1): 71-77.
- 30- College of Family Physicians of Canada. National Physician Survey (NPS): workforce sadsccafpiCM, Ont: College of Family Physicians of Canada; 2004. Available at: <http://www.cfpc.ca/nps/English/home.asp>. Accessed 2005 April 26.
- 31- College of Family Physicians of Canada. National Physician Survey. Initialdata release of the 2004 National Physician Survey: a collaborative project of the College of Family Physicians of Canada
- 32- Smith DM. Barriers facing junior doctors in rural practice. *Rural Remote Health* 5: 348. (Online) 2005. Available: www.rrh.org.au (Accessed 5 May 2009).

Surveying the Attitude of Family Physicians Working in Health Centers of Tehran University of Medical Sciences towards their Profession Using a Qualitative Approach

Arab M.¹, Shafiee M.^{*2}, Iree M.³, Safari H.⁴, Habibi F.⁴, Akbari Sari A.⁵, Khabiri R.⁴

Submitted: 2012.10.14

Accepted: 2013.3.2

Abstract

Background: Family physician plan is a form of health care delivery system which its correct implementation results in health promotion. Being aware of family physicians' viewpoints towards their occupation would play an important role in its better implementation. The present study aims to investigate family physicians' attitude who are working in health centers affiliated with Tehran University of Medical Sciences towards their profession.

Materials and Methods: This qualitative study was conducted in 2011. In order to reach information saturation, the data were collected by performing two singular interviews and four focus group discussions among all 33 physicians working at health care centers of Tehran University of Medical Sciences. Eventually, data were analyzed using conceptual framework method.

Results: Data analysis indicated three general concepts. The first issue is the factors that encourage physicians to choose family physician profession and continue doing it (including economical, cultural and environmental factors and work conditions). The second one is the study challenges (including preparation to implement the plan, work conditions and professional limits) and the final one is the reforms needed for its correct and proper implementation (in policy making and administrative level).

Conclusion: Regarding the issue that economical, cultural and environmental factors and work atmosphere have the main role in motivating family physicians, the most important challenges the plan confronts are also related to these factors and major and minor reforms are needed to overcome these challenges. Moreover preparing society's culture would surely result in better implementation of the plan.

Keywords: Family physician, Referral system, Challenges, Reforms

1-Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2-Ph.D. Student, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran(*corresponding author) milad.shafii@gmail.com Tel: 09354640543

3-MsC Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences.

4-Ph.D. Student, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5-Associate Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran