

## چالش‌ها و موانع برنامه پزشکی خانواده روستایی از دیدگاه ذی‌نفعان در استان کردستان: مطالعه کیفی

جمیل محمدی بلبان آباد<sup>۱</sup>، امجد محمدی بلبان آباد<sup>۲</sup>، سینا ولیئی<sup>۳</sup>، نادر اسماعیل‌نسب<sup>۴</sup>، فرازام بیدارپور<sup>۵</sup>، قباد مرادی<sup>۶</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

<sup>۲</sup> استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

<sup>۳</sup> دانشیار آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

<sup>۴</sup> استاد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

<sup>۵</sup> دکتری پزشکی، معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

<sup>۶</sup> دانشیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

نویسنده رابط: قباد مرادی، نشانی: سنندج، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، پژوهشکده توسعه سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، تلفن: ۰۸۷۳۳۶۶۴۶۴۵

پست الکترونیک: moradi\_gh@muk.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۷/۶/۳؛ پذیرش: ۹۷/۱۲/۱۱

**مقدمه و اهداف:** برنامه پزشکی خانواده روستایی در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر در سال ۱۳۸۴ اجرا شد. هدف از این مطالعه تبیین چالش‌های برنامه پزشکی خانواده روستایی از دیدگاه ذی‌نفعان در استان کردستان بود.

**روش کار:** این مطالعه کیفی از طریق ۳۰ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و ۵ بحث گروهی متمرکز با ذی‌نفعان برنامه پزشکی خانواده از خردادماه تا بهمن ماه ۱۳۹۶ انجام گرفت. مشارکت‌کنندگان از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. محتوی مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی به روش تحلیل محتوی کیفی با کمک نرم‌افزار MAXQDA10 (نسخه ۱۰) تحلیل شد.

**یافته‌ها:** چالش‌ها و موانع اجرایی برنامه پزشکی خانواده روستایی در ۱۶ زیر طبقه و ۵ طبقه اصلی دسته‌بندی شد. چالش‌های تولیدی، چالش‌های ارائه خدمت، چالش‌های فرهنگی و آموزشی، چالش‌های نیروی انسانی، و چالش‌های زیر ساختی طبقه‌های اصلی بودند. مهم‌ترین زیرطبقه‌های چالش‌ها نیز شامل ضعف سیاست‌گذاری، تدوین قوانین و مقررات، ضعف در کارکرد بیمه‌ها، ضعف هماهنگی درون‌بخشی و بین‌بخشی، ضعف نظام ارجاع، ضعف در بسترسازی فرهنگی و اطلاع‌رسانی برنامه به جامعه، ماندگاری پایین پزشکان، مکانیسم‌های انگیزشی نامناسب، و ضعف نظام اطلاعاتی بودند.

**نتیجه‌گیری:** برنامه پزشکی خانواده روستایی با چالش‌های متعددی مواجه است که مرتفع کردن آن‌ها مداخله‌های چند بعدی می‌طلبد. شناسایی چالش‌های برنامه از دیدگاه ذی‌نفعان آن می‌تواند به بهبود تدریجی برنامه کمک نماید.

**واژگان کلیدی:** پزشکی خانواده، چالش‌ها، نظام ارجاع، مطالعه کیفی، کردستان

### مقدمه

نظام شبکه‌های بهداشت بود (۴). در پاسخ به این چالش‌ها، برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی در سال ۱۳۸۴ برای اصلاح بخش سلامت اتخاذ شد. هدف برنامه پزشکی خانواده ایجاد عدالت در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی- درمانی، ایجاد نظام ارجاع در کشور و افزایش پوشش خدمات در مناطق روستایی بود (۵). هم‌زمان با اجرای برنامه پزشکی خانواده، با تصویب مجلس شورای اسلامی، تمامی روستاییان، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت، زیر پوشش سازمان بیمه سلامت کشور درآمدند (۶). سازمان جهانی بهداشت، پزشک خانواده را هسته تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیت، اثربخشی هزینه‌ها و عدالت در سامانه‌های بهداشتی عنوان نموده است (۷). در برنامه پزشکی

سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۰۸ میلادی، گسترش مراقبت‌های بهداشتی اولیه را به‌منظور ارتقای سلامت شهروندان، عدالت بیشتر در دسترسی به خدمات و کاهش هزینه‌ها توصیه نمود (۱). نظام سلامت ایران، در سال ۱۳۶۴ در راستای افزایش دسترسی به مراقبت‌های اولیه بهداشتی و ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت، نظام شبکه‌های بهداشت را مبتنی بر ارائه خدمات اولیه بهداشتی، در سطح شهرستان به اجرا درآورد (۲). شواهد نشان می‌دهد که این اصلاحات، افزایش دسترسی مردم به خدمات بهداشتی اولیه و بهبود شاخص‌های بهداشتی را در پی داشته است (۲،۳)، اما عدم استقرار مناسب نظام ارجاع و دسترسی نامناسب به خدمات سطح ۲، از ضعف‌های بارز اجرای

دیدگاه پزشکان، مدیران، سیاست‌گذاران، کارشناسان و گیرندگان خدمت به صورت یک مطالعه کیفی طراحی و اجرا شد.

### روش کار

این مطالعه به صورت یک مطالعه کیفی انجام شد. مشارکت‌کنندگان ذی‌نفعان کلیدی برنامه پزشک خانواده روستایی، شامل مدیران، کارشناسان، پزشکان و ماماها شاغل در برنامه پزشک خانواده، پزشکان بخش خصوصی، کارشناسان بیمه سلامت و گیرندگان خدمت بودند. معیار ورود به مطالعه برای ارایه‌دهندگان خدمت، حداقل یک سال سابقه خدمت مرتبط با برنامه پزشک خانواده و برای گیرندگان خدمت حداقل یک‌بار مراجعه به پزشک خانواده بود. مشارکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع، از بین ذی‌نفعان کلیدی برنامه، که دانش و تجربه بیشتری در خصوص موضوع مطالعه داشتند، انتخاب شدند. تلاش بر این بود، مشارکت‌کنندگان از همه شهرستان‌های استان و از همه ذی‌نفعان برنامه انتخاب شوند. نمونه‌گیری تا زمان رسیدن به حالت اشباع ادامه پیدا کرد.

مصاحبه نیمه ساختاریافته و بحث گروهی متمرکز برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با هماهنگی قبلی و در محل کار مشارکت‌کنندگان انجام شد. بحث‌های گروهی متمرکز، در گروه‌های ۸-۶ نفره شامل: دو جلسه با گیرندگان خدمت، دو جلسه با بهورزان و یک جلسه با کارشناسان بهداشتی برگزار شد (جدول شماره ۱). جلسه بهورزان در محل‌های تعیین‌شده در شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان و جلسه کارشناسان در معاونت بهداشتی دانشگاه برگزار شد. در بحث‌های گروهی متمرکز گیرندگان خدمت رابطان بهداشتی، که بیش‌ترین ارتباط را با گروه سلامت داشتند، حضور داشتند و جلسه‌ها در مراکز جامع سلامت اجرا شد. برای مدیریت جلسه‌ها بحث گروهی، ابتدا هدف و اهمیت مطالعه توسط دبیر جلسه (پژوهشگر) ارایه شد و از مشارکت‌کنندگان خواسته شد در خصوص موضوع مطرح‌شده به بحث و تبادل نظر بپردازند. در کل ۳۰ مصاحبه نیمه ساختاریافته و ۵ بحث گروهی متمرکز در طول ۸ ماه، از خردادماه تا بهمن‌ماه ۱۳۹۶ انجام شد. مدت‌زمان هر مصاحبه ۹۰-۳۵ دقیقه و بحث‌های گروهی ۱۲۰-۴۵ دقیقه به طول انجامید.

محتوای مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی متمرکز، در صورت رضایت شرکت‌کنندگان با دستگاه ضبط صوت، ضبط شده، و سپس کلمه به کلمه بازنویسی شد. داده‌های به‌دست‌آمده، هم‌زمان

خانواده، پزشک عمومی و گروه وی در سطح نخست خدمات، مسؤولیت کامل سلامت جمعیت زیر پوشش خود و پس از ارجاع مسؤولیت پیگیری آن‌ها را به عهده‌دارند (۶). پزشک خانواده از طریق ارتباط بیش‌تر و بهتر با بیماران و خانواده‌های آن‌ها به بهبود سلامت بیماران کمک نموده (۸)، و از طریق سامانه ارجاع دسترسی به خدمات تخصصی، شامل بستری و ویزیت سرپایی را کنترل می‌نماید (۹). شواهد نشان می‌دهد که افزایش دسترسی روستاییان به خدمات بهداشتی درمانی و بهبود شاخص‌های بهداشتی- درمانی در مناطق روستایی از دستاوردهای پزشک خانواده روستایی بوده است (۱۰، ۱۱).

با وجود کارایی برنامه پزشک خانواده روستایی، در اصلاح سامانه ارجاع و ارایه خدمات بهداشتی ضروری به روستاها، این برنامه با موانع و چالش‌های متعددی مانند کمبود پزشکان، عدم رعایت سامانه ارجاع، اعتماد پایین خدمت‌گیرندگان به پزشکان خانواده، و عدم وجود امکانات تشخیصی و تجهیزات در دسترس پزشکان خانواده مواجه است (۱۴-۱۲). مکانیسم‌های انگیزشی نامناسب، ضعف در اثربخشی آموزشی، ضعف در اجرای دستورالعمل‌ها، ضعف در کفایت و تخصیص سرانه، نقص در نظام مدیریت اطلاعات سلامت، و بسترسازی ناکافی فرهنگی از دیگر چالش‌های این برنامه هستند، که در مطالعه‌های دیگر به آن اشاره شده است (۱۳).

در سال‌های اخیر اصلاحاتی در برنامه پزشک خانواده روستایی و در قالب طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت مانند افزایش سرانه، بهبود استانداردهای محل زیست پزشکان خانواده، فعال کردن خدمات بهداشت دهان و دندان و اجرای سامانه یکپارچه سلامت (سیب) انجام شده است (۱۵). پژوهشگران این مطالعه که سال‌ها است با موضوع پزشک خانواده در نظام سلامت آشنا هستند؛ معتقد هستند که برنامه پزشک خانواده تحت تأثیر توجه زیاد به درمان با اجرای طرح تحول نظام سلامت قرار گرفته است و چالش‌ها و مشکلات آن به‌روز شناسایی نمی‌شود. بنابراین یافته‌های این مطالعه می‌تواند به شناسایی به‌روز این مشکلات کمک نماید و با توجه به این‌که روش‌های کمی قادر به شناسایی چالش و مشکلات نهفته اجرای برنامه نیستند، اجرای یک مطالعه کیفی برای شناسایی دیدگاه و تجربه‌های ذی‌نفعان برنامه ضروری به‌نظر می‌رسد، چراکه روش‌های کیفی، درصدد درک و کشف دنیای تجربه‌های انسان‌ها هستند و پژوهشگر کیفی در تلاش است به‌صورت غیر مداخله‌ای بدون برهم زدن وقایع به گردآوری داده‌ها بپردازد (۱۶). بنابراین، این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های برنامه پزشک خانواده روستایی استان کردستان، از

## یافته‌ها

از تعداد ۶۶ نفر مشارکت‌کننده در مطالعه، ۳۱ نفر زن و ۳۵ نفر مرد بودند. میانگین ( $\pm$  انحراف معیار) سنی ارایه‌دهندگان خدمت در این مطالعه  $39/37 \pm 7/9$  سال و میانگین سابقه‌ی خدمت آنان  $14/11 \pm 9/52$  سال بود. میانگین ( $\pm$  انحراف معیار) سنی گیرندگان خدمت در مطالعه  $34/75 \pm 5/56$  سال بود.

یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی، در ۱۶ زیر طبقه و ۵ طبقه نهایی طبقه‌بندی شدند (جدول شماره ۲). چالش‌های تولیتی:

ضعف در سیاست‌گذاری، تدوین قوانین و دستورالعمل‌ها: به اعتقاد مشارکت‌کنندگان، مکانیسم‌ها و سیاست‌های ماندگاری پزشکان مناسب نیستند و سازوکار مناسبی برای جذب پزشک خانواده به‌جز استفاده از نیروهای طرح نیروی انسانی در برنامه وجود ندارد. یکی از کارشناسان در این خصوص اظهار داشت: «مکانیسم قانونی مناسبی برای ماندگاری پزشکان در برنامه وجود ندارد. پزشک هر وقت بخواهد می‌تواند از برنامه خارج شود...» (P.3). تعدد برنامه‌های پزشک خانواده با تغییرات مکرر و یک‌کاسه نبودن وضعیت استخدام گروه پزشک خانواده از دیگر چالش‌هایی بود که به آن اشاره شد.

ضعف در نظارت و کنترل: برخی از مشارکت‌کنندگان اشاره نمودند، که در اجرای قوانین و دستورالعمل‌ها، از جمله ساعت‌های حضور گروه پزشک خانواده و چگونگی محاسبه پرداختی به آن‌ها سلیقه‌ای اعمال می‌شود. مکانیسم‌های کنترل و نظارتی نامناسب؛ مانند عدم توجه به کیفیت ارایه خدمات و عدم نظارت بر سایر اعضای گروه پزشک خانواده به‌جز پزشک و ماما، از دیگر نقاط ضعفی است که به آن اشاره شد. یکی از کارشناسان گروه سلامت معتقد بود: «نظارت واقعی وجود ندارد که بدانند کیفیت کار چطور است و فقط به کمیت توجه می‌کنند، آن‌هم به‌صورت ناقص» (P.24).

ضعف در هماهنگی بین بخش و درون‌بخشی: به اعتقاد مشارکت‌کنندگان، همکاری و هماهنگی درون بخشی در اجرای برنامه وجود ندارد؛ همکاری بین‌بخشی لازم برای اجرای برنامه جلب نشده است و با وجود اشاره به جذب حمایت سازمان‌های مردم‌نهاد در دستورالعمل اجرای برنامه پزشک خانواده مشارکت این سازمان‌ها در برنامه کم‌رنگ است. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان نمودند: «حتی درون بخش خودمان هم مشکل داریم، حالا بین بخش هم که هیچی، بین بخش سخت هست...» (P.14)

به‌طور مکرر بازخوانی شدند تا درک کلی از آن‌ها به دست آید. متون بازنویسی شده، پس از هر بحث گروهی و مصاحبه بلافاصله تجزیه و تحلیل شدند و موارد نوپدید و پیش‌بینی‌نشده در مصاحبه‌ها و بحث‌های بعدی پیگیری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار MAXQDA10 به روش آنالیز محتوا با رویکرد قراردادی انجام شد. به این صورت که، پس از چندین بار بازخوانی محتوای مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی، واحدهایی معنایی شناسایی شدند و این واحدها خلاصه و کدگذاری شدند؛ کدها بر اساس تفاوت‌ها و شباهت‌هایی که داشتند در زیر طبقه‌ها دسته‌بندی شدند؛ زیر طبقه‌ها با توجه به ارتباط و زمینه مشترکی که باهم داشتند، در طبقه‌ها سازمان‌دهی شدند و طبقه‌هایی که مفهوم واحدی را پوشش می‌دادند، باهم ادغام و با نظر کارشناسان، طبقه‌های نهایی مشخص شدند (۱۷).

برای تعیین درستی و استحکام داده‌ها از «اعتبار پذیری»، «تأییدپذیری»، «انتقال‌پذیری» و «قابلیت اعتماد» مطابق نظر لینکلن و گابا<sup>۱</sup> استفاده شد (۱۸). برای اعتبار نتایج از نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، با نظر استادان و صاحب‌نظران در زمینه‌ی پژوهش‌های کیفی و روش کنترل اعضا<sup>۲</sup> استفاده شد. برای قابلیت انتقال‌پذیری، تمامی مراحل پژوهش و کیفیت جمع‌آوری داده‌ها توصیف و تشریح شد و با جمع‌آوری منظم داده‌ها و نگارش و ثبت دقیق مراحل مختلف پژوهش تأییدپذیری پژوهش امکان‌پذیر شد. قابلیت اطمینان مطالعه توسط بررسی همکاران<sup>۳</sup> تأمین شد، به این صورت که فرایند پژوهش برای بازنگری در اختیار استادان و متخصصان در زمینه‌ی پژوهش کیفی برای اطمینان از درستی انجام مراحل مطالعه قرار گرفت. برای پیشگیری از تأثیر پیشینه ذهنی پژوهشگر بر یافته‌های مطالعه از روش پرانتزگذاری<sup>۴</sup> استفاده شد، به این صورت که پیشینه‌های ذهنی پژوهشگر پیش از انجام مطالعه روی کاغذ نوشته شد و تا حد ممکن سعی شد در فرایند مطالعه به آن پرداخته نشود.

ملاحظات اخلاقی: مطالعه با دریافت کد اخلاق (IR.MUK.REC.1396/94) از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان شروع شد. مطالعه با دریافت رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان انجام شد و مصاحبه‌ها با رضایت مصاحبه‌شوندگان ضبط و فایل‌های صوتی مشارکت‌کنندگان پس از پیاده‌سازی، پاک‌سازی شدند.

<sup>۱</sup> Lincoln & Guba

<sup>۲</sup> Member check

<sup>۳</sup> Peer review

<sup>۴</sup> Bracketing

نمودند: «چیزی به اسم بیتوته شاید ۲۰ درصد پزشکان رعایت کنند. پزشکان می‌مانند، ولی بعد از ظهرها مریض نمی‌بینند...» (F.1).

پایین بودن سهم بیمار از هزینه‌های ارایه خدمت: مشارکت‌کنندگان، هزینه پایین خدمات را یکی از ضعف‌های برنامه عنوان نمودند و معتقد بودند پایین بودن سهم بیمار از هزینه‌های ارایه خدمت در برنامه پزشک خانواده، موجب افزایش مراجعه بی‌رویه به پزشک، بی‌اعتمادی به پزشکان خانواده و درخواست بی‌رویه آن‌ها برای ارجاع به متخصص شده است. یکی پزشکان معتقد بود: «اینجا مردم دو روز آینده می‌خواهند مریض شوند، می‌گویند بیا برویم دکتر ۵۰۰ تومان هست» (P.4).

چالش‌های فرهنگی و آموزشی:

ضعف در بسترسازی فرهنگی و اطلاع‌رسانی به جامعه: به اعتقاد مشارکت‌کنندگان، آموزش و اطلاع‌رسانی نامناسب به جمعیت تحت پوشش از نقاط ضعف اساسی اجرای برنامه پزشک خانواده است؛ که موجب ایجاد انتظارات بالا از پزشک و گروه سلامت شده است. هم‌چنین معتقد بودند، متولیان آموزش و فرهنگ‌سازی مانند سازمان بیمه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پزشکان و کارشناسان برنامه به شکل مطلوب، اهداف و منافع طرح را برای مردم روشن نساخته‌اند. یکی از مدیران در این خصوص بیان داشت: «آموزش کافی به مردم داده نشده است... بین مردم نرفتند بگویند هدف این برنامه چی هست، اگر شما از این طریق وارد بشوید چه مزایای برای شما دارد...» (P.15).

ضعف در آموزش به ارایه‌دهندگان خدمت: بیش‌تر مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که ارایه‌دهندگان خدمت در خصوص اهداف، مزایا و مسیر ارائه خدمت این برنامه توجیه نیستند. هم‌چنین شکاف بین آموزش دانشگاهی و وظایف شغلی پزشک خانواده، شامل درمان محور بودن و عدم توجه کافی به حوزه بهداشت در آموزش دانشگاهی از چالش‌های دیگری بود که به آن اشاره شد. مشارکت‌کنندگان بیان نمودند: «پزشکان ما در زمان تحصیل برای پزشک خانواده روستایی تربیت نمی‌شوند» (P.3).

چالش‌های نیروی انسانی:

ماندگاری پایین پزشکان در برنامه: مشارکت‌کنندگان اشاره نمودند، ماندگاری پایین پزشک در برنامه یکی از مشکلات اساسی برنامه پزشک خانواده است و اختلاف درآمد پزشک عمومی و متخصص و در نتیجه ادامه تحصیل پزشکان عمومی، غیربومی بودن بیش‌تر پزشکان خانواده و کمبود تسهیلات رفاهی در روستا را از دلایل عدم ماندگاری پزشکان در برنامه می‌دانستند. یکی از

ضعف عملکرد سازمان بیمه در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع: برخی از مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند؛ ساختار لازم در سازمان بیمه سلامت برای نظارت بر برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی وجود ندارد؛ نظارت سازمان بیمه در پزشک خانواده به صورت تخصصی و با استفاده از کارشناسان متخصص صورت نمی‌پذیرد؛ دید بیمه در نظارت بر برنامه سلامت محور نیست.

چالش‌های ارایه خدمت:

ضعف نظام ارجاع: مطابق اظهارات مشارکت‌کنندگان، عدم رعایت نظام ارجاع توسط گروه سلامت و مردم از نقاط ضعفی است که در زنجیره نظام ارجاع وجود دارد؛ پزشکان خانواده بیماران را بدون معاینه به سطح دو ارجاع می‌دهند و مردم با وجود توصیه پزشک خانواده به رعایت نظام ارجاع، بر مهر دفترچه بیمه و ارجاع به متخصص دلخواه، اصرار دارند. یکی از مدیران بیان داشتند: «ما ارجاع معکوس داریم بیماران می‌روند، پزشک متخصص به صورت آزاد می‌بیند، بعداً می‌بیند که قیمت داروهایش گران هست، میان اینجا پافشاری می‌کنند که ارجاع‌مان بدهید» (P.11). ارتباط نامناسب دوسویه بین پزشک خانواده و متخصص باعث عدم ارائه بازخورد از طرف متخصص به پزشک خانواده شده است. هم‌چنین به اعتقاد مشارکت‌کنندگان، موقعیت نامناسب مراکز ارایه خدمات پزشک خانواده نسبت به برخی روستاها و در نتیجه هزینه‌بر بودن رعایت نظام ارجاع برای بیماران از مواردی است که باعث می‌شود تمایل مردم به رعایت نظام ارجاع پایین بیاید.

مشکلات ده‌گردشی پزشک خانواده: برخی از مشارکت‌کنندگان اشاره نمودند که نه تنها مراجعه پزشکان به خانه‌های بهداشت به طور منظم انجام نمی‌شود، بلکه ساعت‌های مراجعه آن‌ها هم مناسب نیست. کامل نبودن داروها در ده‌گردشی‌ها و همکاری ضعیف رانندگان بخش خصوصی به علت دریافتی پایین از مشکلات دیگر ده‌گردشی پزشکان خانواده هستند. یکی از مدیران در خصوص نامنظم بودن ده‌گردشی‌ها اظهار داشت: «پزشک خانواده این هفته شنبه می‌رود، هفته بعد دوشنبه می‌رود... مردم دیگر نمی‌دانند پزشک چه موقع در خانه بهداشت حضور دارد اون وقت هست که مریض خود ارجاع می‌شود» (P.6).

مشکلات بیتوته پزشکان: مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند، بیتوته در روستاها کارایی لازم را به دلایلی مانند عدم تمایل پزشکان به دیدن موارد اورژانسی در ساعت‌های غیر اداری، عدم همکاری نیروهای سرایداری یا نگهبانی در پذیرش بیماران در شیفت شب و جویگو نبودن امکانات مراکز جامع سلامت برای نیازهای بیماران اورژانسی ندارد. یکی از مشارکت‌کنندگان عنوان

مشکلات مالی: به اعتقاد مشارکت‌کنندگان، پروسه پرداخت در برنامه پزشک خانواده طولانی است و اعتبارهای این برنامه با تأخیر به دانشگاه‌ها اختصاص پیدا می‌کند. کسوراتی که توسط بیمه اعمال می‌شود، باعث ایجاد مشکلاتی در زمینه‌ی تجهیز و تعمیر مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و خانه‌های بهداشت می‌شود. در این باره یکی از کارشناسان گسترش عنوان نمودند: «بعضی وقت‌ها دیده می‌شود بیمه دیر پول می‌دهد، کسورات زیاد می‌زند باعث می‌شود دانشگاه نتواند برنامه‌های خودش را جلو ببرد...» (P.1).

کمبود منابع فیزیکی: کمبود امکانات در مراکز جامع سلامت، نبود خدمات پاراکلینیکی در این مراکز و دسترسی دشوار به خدمات پاراکلینیکی در برخی شهرستان‌ها از مهم‌ترین مشکلاتی است که مشارکت‌کنندگان در بحث چالش‌های منابع فیزیکی به آن اشاره کرده‌اند. بسیاری اعتقاد داشتند، مردم به دلیل نبود امکانات کافی در مراکز جامع سلامت تمایلی به مراجعه به این مراکز ندارند.

ضعف نظام اطلاعاتی: نبود پرونده سلامت جامع و منسجم در مراکز بهداشتی درمانی و از دست رفتن اطلاعات بهداشتی افراد مانند مشکلاتی است که به اعتقاد مشارکت‌کنندگان در بحث پرونده‌های سلامت خانوار وجود دارد. عدم راه‌اندازی پرونده الکترونیک در ابتدای اجرای برنامه و نبود زیرساخت‌های الکترونیک و عدم ارسال صحیح اطلاعات به سطوح بالاتر مشکلات دیگری است که مشارکت‌کنندگان در این زمینه به آن اشاره نموده‌اند.

مدیران در این باره بیان نمودند: «بزرگ‌ترین مشکل ما عدم ماندگاری پزشک است تا برنامه را یاد می‌گیرد، برنامه را می‌گذارد و می‌رود» (P.6).

مکانیسم‌های انگیزشی نامناسب: مشارکت‌کنندگان، مکانیسم‌های انگیزشی برای پزشکان خانواده را به دلایلی مانند تأخیر در پرداختی پزشکان، عدم افزایش پرداختی متناسب با حجم و کیفیت کار، عدم وجود امنیت شغلی و فراهم نبودن مسیر ارتقای شغلی برای پزشکان نامناسب توصیف می‌کردند. هم‌چنین، عدم توجه کافی به سایر کارکنان شاغل در برنامه و اختلاف دریافتی آن‌ها با پزشکان خانواده از عوامل مؤثر بر کاهش انگیزه آن‌ها بیان شده بود. یکی از پزشکان بیان نمودند: «به خیلی چیزها در نظام پرداخت توجه نشده است... مرکزی که بار مراجعه‌اش زیاد است با مرکزی که بار مراجعه‌اش کم هست هر دو به یک صورت سرانه می‌گیرند» (P.18).

کمبود کمی و کیفی نیرو: برخی از ذی‌نفعان معتقد بودند که جمعیت ۴ هزارنفری تعیین‌شده برای پزشک خانواده با توجه به حجم کار مورد انتظار از پزشک جمعیت زیادی است و همین امر موجب اختلال در ارائه خدمات باکیفیت به جمعیت تحت پوشش می‌شود. مشارکت‌کنندگان، معتقد بودند سایر نیروهای گروه سلامت از جمله کارشناس تغذیه، روان‌شناس و عدم وجود تعهد کافی کارکنان به برنامه وجود دارد. مشارکت‌کنندگان در خصوص تعهد ناکافی پرسنل عقیده داشتند: «...بعضی‌ها می‌آیند طرح می‌گذرانند فقط می‌خواهند طرحشان تمام بشود و بروند...» (P.6). چالش‌هایی زیرساختی:

جدول شماره ۱- مشخصات افراد مشارکت‌کننده در مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی متمرکز

سطح	سمت	تعداد مشارکت‌کنندگان (نفر)
معاونت بهداشتی دانشگاه	مدیران و کارشناسان معاونت بهداشتی	۲
سازمان بیمه	کارشناسان اداره بیمه سلامت استان	۱
شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان	مدیران شبکه رئیس مرکز بهداشت شهرستان مسئول گسترش شهرستان‌ها	۳ ۳ ۲
مراکز بهداشتی درمانی	پزشک خانواده کارشناسان بهداشتی ماما	۹ ۲ مصاحبه، ۱ بحث گروهی متمرکز (۸ نفر) ۳ نفر
گیرندگان خدمت	بهورزان	۲ بحث گروهی متمرکز (۱۵ نفر)
بخش خصوصی	گیرندگان خدمت پزشکان بخش خصوصی	۲ مصاحبه، ۲ بحث گروهی متمرکز (۱۳ نفر)
جمع		۲ مصاحبه ۳۰ نفر ۵ بحث گروهی متمرکز (۳۶ نفر)

جدول شماره ۲- چالش‌های برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در استان کردستان

طبقات نهایی	طبقات	طبقات اولیه
چالش‌های تولیتی	ضعف سیاست‌گذاری، تدوین قوانین، و دستورالعمل‌ها	تغییرات مکرر و تعدد برنامه‌ها پزشک خانواده عدم وجود مکانیسم‌های مناسب برای ماندگاری پزشکان یک کاسه نبودن وضعیت جذب نیرو
	ضعف در نظارت و کنترل	عدم وجود مکانیسم مناسب نظارت و کنترل اعمال سلیقه در اجرای قوانین و دستورالعمل‌ها
	ضعف هماهنگی درون‌بخشی و بین‌بخشی	ضعف در جلب همکاری بین‌بخشی همکاری نامناسب واحدهای درون‌بخشی
	ضعف کارکرد بیمه‌ها در برنامه پزشک خانواده	نظارت غیر تخصصی بیمه نداشتن دید سلامت محور بیمه‌ها نبود ساختار مناسب نظارت در سازمان بیمه
چالش‌های ارایه خدمت	ضعف نظام ارجاع	عدم رعایت نظام ارجاع توسط مردم، کارکنان و پزشکان عدم وجود بازخورد ارجاع طولانی بودن مسیر ارجاع
	مشکلات دهگردشی	ساعت نامناسب مراجعه به خانه‌های بهداشت مراجعه نامنظم به خانه‌های بهداشت ناقص بودن دارو در دهگردشی‌ها
	مشکلات بیتوته پزشکان	عدم رعایت بیتوته توسط برخی از پزشکان رد کردن بیماران توسط کارکنان سرایداری عدم وجود نیرو و امکانات لازم برای درمان بیماران اورژانسی
چالش‌های فرهنگی و آموزشی	پایین بودن سهم بیمار از هزینه ارایه خدمت	مراجعه بی‌رویه به پزشک با پایین بودن هزینه خدمات پایین آمدن ارزش خدمات پزشک عمومی درخواست بی‌رویه برای ارجاع به متخصص
	ضعف در بسترسازی فرهنگی و اطلاع‌رسانی برنامه به جامعه	آموزش و اطلاع‌رسانی نامناسب به جمعیت عدم توجه متولیان برنامه به بسترسازی فرهنگی مشارکت پایین مردم در برنامه‌های بهداشتی
	ضعف در آموزش ارایه‌دهندگان خدمت	کمبود آموزش دانشگاهی برای کارکنان گروه سلامت درمان محور بودن آموزش پزشکی در دانشگاه‌ها ضعف در آموزش بدو خدمت و حین خدمت گروه سلامت
چالش‌های نیروی انسانی	ماندگاری پایین پزشکان	ماندگاری پایین به شرایط نامناسب محل خدمت ماندگاری پایین به علت تمایل به ادامه تحصیل ماندگاری پایین به دلیل بومی نبودن پزشکان
	مکانیسم‌های انگیزشی نامناسب	وضعیت نامناسب پرداختی به کارکنان عدم توجه به حجم و کیفیت ارایه خدمت در پرداختی‌ها عدم توجه کافی به همه نیروها در پرداختی‌ها امنیت شغلی پایین پزشکان شاغل در برنامه

کمبود کمی و کیفی نیرو	کمبود پزشک خانواده به نسبت جمعیت کمبود نیروهای بهداشتی همکار پزشک عدم دسترسی به متخصص در شهرستان‌ها تعهد ناکافی پزشکان و سایر کارکنان به برنامه
مشکلات مالی	تأخیر در تامین اعتبارات اعمال کسورات توسط بیمه
کمبود منابع فیزیکی	نبود امکانات کافی در مراکز جامع سلامت عدم وجود خدمات پاراکلینیکی در مراکز
ضعف نظام اطلاعاتی	عدم وجود پرونده سلامت جامع و منسجم عدم وجود زیرساخت‌های پرونده الکترونیک عدم ارسال صحیح اطلاعات به سطوح بالاتر

## بحث

چالش‌های برنامه پزشک خانواده روستایی در استان کردستان، در ۵ حیطه چالش‌های تولیدی، ارائه خدمت، فرهنگی و آموزشی، نیروی انسانی و زیرساختی دسته‌بندی شده است.

جذب پزشک خانواده در روستاها در قالب طرح نیروی انسانی یا به‌صورت قراردادی است؛ بنابراین تضمینی برای ثبات و امنیت شغلی آن‌ها وجود ندارد و این امر موجب گردش بیش‌تر پزشک و کاهش ماندگاری در برنامه شده است. هم‌چنین، تغییرات و تعدد برنامه‌های پزشک خانواده بی‌انگیزگی و نارضایتی پزشکان شاغل را به دنبال داشته است. دهنوی و همکاران به ضعف در سیاست‌گذاری، ضعف در قوانین و مقررات و نظارت بر آن به‌عنوان یکی از مشکلات برنامه پزشک خانواده شهری اشاره نموده‌اند (۱۹). بر اساس یافته‌های این مطالعه همکاری و هماهنگی درون‌بخشی و کار گروهی به شکل مطلوب در بین اعضای گروه سلامت وجود ندارد و همکاری برون‌بخشی لازم برای اجرای برنامه جلب نشده است و سازمان بیمه کارکرد مناسب را در برنامه نداشته است. هم‌سو با این یافته‌ها فرزادفر و همکاران به عدم همکاری برون‌بخشی و درون‌بخشی و ابهام در امر بیمه به‌عنوان یکی از چالش‌های پزشک خانواده شهری اشاره نموده‌اند (۲۰). به نظر می‌رسد نقش تولیدی در تمامی برنامه‌های اجرایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از جمله برنامه پزشک خانواده به دلیل درگیر بودن سایر نهادها جدی باشد. بنابراین، دولت نیاز به سیاست‌های جامعی دارد که نقش متولیان اصلی را شناسایی و نقش هرکدام را به خود آن‌ها واگذار نماید تا هرکدام مستقل و به‌صورت هماهنگ در برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت و ارزش‌یابی مشارکت نمایند.

مشکلات ارائه خدمت شامل؛ ضعف در نظام ارجاع، مشکلات مربوط به ده‌گردشی پزشکان، کارایی پایین بیتوته پزشکان و پایین بودن سهم بیمار از هزینه ارائه خدمات از چالش‌های است که در این مطالعه به آن اشاره شده است. یافته‌های مطالعه‌ای در همدان نشان داده که ۷۶ درصد ده‌گردشی‌ها مطلوب هستند (۲۱). در سایر مطالعه‌ها، ضعف در نظام ارجاع مانند طولانی بودن مسیر ارجاع، عدم رعایت نظام ارجاع توسط مردم و ارائه‌دهندگان خدمت و وجود ارجاع معکوس از چالش‌های اصلی برنامه پزشک خانواده گزارش شده است (۱۴-۱۲). پالمر معتقد است ارائه رایگان خدمات بهداشتی و درمانی باعث افزایش تقاضا و هدر رفتن منابع می‌شود (۲۲). و در مطالعه افکار و همکاران اغلب کارشناسان معتقد بودند تکرار مراجعه‌ها به دلیل هزینه پایین تعرفه در مراجعه به پزشک خانواده وجود دارد (۲۳). بنابراین، برنامه‌ریزی ماهانه برای مراجعه پزشک به خانه‌های بهداشت و اطلاع‌رسانی به مردم در مورد برنامه و زمان حضور پزشک در روستا و متعادل نمودن سهم بیمار از پرداخت هزینه خدمات می‌توان راه‌گشای مشکلات ارائه خدمت باشد.

با وجود گذشت بیش از یک دهه از اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی، مشارکت جامعه در برنامه‌های بهداشتی به علت عدم آگاهی پایین است. مطالعه‌های مختلفی بسترسازی ناکافی فرهنگی و مشارکت پایین جامعه در اجرای سیاست و اعتماد کم به خدمات پزشک عمومی را از جمله مشکلات فرهنگی برنامه پزشک خانواده به شمار آورده‌اند (۲۴، ۲۰، ۱۳). هم‌چنین یافته‌های این مطالعه نشان داد، اطلاعات و آگاهی پرسنل ارائه‌دهنده خدمت در مورد برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی مطلوب نیستند. در مطالعه‌های مختلف به ضعف در برنامه‌های بازآموزی، فاصله بین آموزش تئوری و عملی و عدم تربیت پزشک خانواده در دانشگاه‌ها،

(۲۰). در مطالعه دیگری به امکانات و تجهیزات ناکافی و عدم دسترسی به خدمات پاراکلینیکی در مراکز بهداشتی درمانی به‌عنوان یکی مشکلات برنامه پزشک خانواده اشاره شده است (۱۲). بر اساس یافته‌های این پژوهش، اطلاعات پرونده سلامت خانوار برای تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد، جامع و در حد کفایت نیست؛ که اجرای سامانه الکترونیک یکپارچه سلامت (سیب) تا حدودی این مشکل را رفع خواهد نمود. هم‌سو با این یافته‌ها در مطالعه‌های دیگری به نبود پرونده الکترونیک به‌عنوان یکی از نقاط ضعف برنامه پزشک خانواده شهری اشاره شده است (۵،۱۳).

از محدودیت‌های این مطالعه، عدم اطمینان برخی از مشارکت‌کنندگان در ارائه اطلاعات لازم در مورد برنامه بود. پیشنهاد می‌شود با توجه عدم وجود مطالعه‌های جامع در خصوص مشکلات ده‌گردشی و بیتوته پزشکان مطالعه‌های اختصاصی‌تری در این زمینه برای شفافیت موضوع انجام پذیرد.

### نتیجه‌گیری

با وجود برداشتن گام‌هایی برای تقویت نظام سطح‌بندی شده ارائه خدمات در کشور، هنوز چالش‌هایی در راستای تکامل و نهادینه شدن برنامه پزشک خانواده، تقویت هماهنگی بین سطوح مختلف ارائه خدمت، جلب همکاری سازمان‌های مردم‌نهاد و آموزش و فرهنگ‌سازی وجود دارد؛ که کارایی و اثربخشی برنامه پزشک خانواده روستایی را با چالش مواجه کرده است و مرتفع کردن آن‌ها مداخله‌های چندبعدی را می‌طلبد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی کردستان است، که با اعتبارات دانشگاه علوم پزشکی کردستان، با کد IR.MUK.REC.1396/94 انجام شده است.

به‌عنوان مشکلات آموزشی برنامه پزشک خانواده اشاره شده است که با این مطالعه هم‌خوانی دارند (۱۳،۲۰). رفع این چالش بازنگری سرفصل آموزشی دانشگاه‌ها و آموزش ضمن خدمت کارکنان و برنامه‌ریزی مستمر آموزشی در تمام سطوح، برای ارتقای آگاهی، نگرش و فرهنگ صحیح بهره‌مندی از خدمات پزشک خانواده را می‌طلبد؛ به‌طوری‌که مجریان، خریداران و ارائه‌دهندگان خدمت در آموزش و آگاهی بخشی به جمعیت روستایی مشارکت نمایند.

یکی از مهم‌ترین چالش‌های فراروی برنامه، ماندگاری پایین پزشکان به دلایلی مانند ادامه تحصیل، کمبود امکانات محل خدمت و بومی نبودن پزشکان است. هم‌سو با این یافته‌ها در مطالعه موسی‌فرخانی ادامه تحصیل، پایین بودن مبلغ قرارداد و نبود امکانات رفاهی از عوامل مؤثر در عدم ماندگاری پزشکان خانواده بوده‌اند (۲۵). سایر مطالعه‌ها نامناسب بودن پرداخت حقوق، عدم ثبات شغلی، حجم بالای کار، تسهیلات رفاهی ناکافی را از ضعف‌های برنامه پزشک خانواده عنوان کرده‌اند (۱۳،۲۶). دهنوی و همکاران روش‌های نامشخص پرداخت به سایر نیروها را به‌عنوان یکی از مشکلات برنامه پزشک خانواده شهری عنوان نموده‌اند (۱۹). کمبود نیرو و تعهد پایین نیروهای موجود به برنامه، از جمله مشکلاتی است که در بحث چالش‌های نیروی انسانی وجود دارد. پالمر عدم مهارت کارکنان را یکی از مشکلات سر راه تحقق نظام ارجاع می‌داند (۲۲). مطالعه دیگری عدم وجود نیروی مناسب را به‌عنوان یکی از مشکلات برنامه پزشک خانواده شهری ذکر نموده است که با یافته‌های این مطالعه هم‌خوانی دارد (۲۰). بنابراین، ضروری است سیاست‌گذاران و مدیران راهکارهایی مانند ایجاد و اصلاح مکانیسم‌های انگیزشی، اصلاح نظام پرداخت و کاهش محدودیت‌های پزشکان شاغل در برنامه را برای تشویق پزشکان برای ماندگاری و مشارکت مؤثرتر سایر نیروهای درگیر در برنامه اتخاذ نمایند.

مشکلات مالی و کمبود منابع فیزیکی در برنامه پزشک خانواده روستایی وجود دارد. مطالعه فرزادفر و همکاران، تأخیر در پرداخت‌ها را یکی از مشکلات نظام پرداخت عنوان نموده است

## منابع

1. Van Lerberghe W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever: World Health Organization; 2008.
2. Moshiri E, Rashidian A, Arab M, Khosravi A. Using an Analytical Framework to Explain the Formation of Primary Health Care in Rural Iran in the 1980. Archives of Iranian medicine. 2016; 16-22.
3. Naghavi M, Jamshidi H. Utilization of health services in Iran 2002. Tehran: Ministry of health and medical education. 2005.
4. Moghadam MN, Sadeghi V, Parva S. Weaknesses and challenges of primary healthcare system in Iran: a review. The International Journal of Health Planning and Management. 2012; 27: 121-31.
5. Damari B, Vosough Moghaddam A, Rostami Gooran N, Kabir MJ. Evaluation of the Urban Family Physician and Referral System Program in Fars and Mazandran Provinces: History, Achievements, Challenges and Solutions. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2016; 14: 17-38.
6. Ministry of Health and Medical Education. Tehran: Family Physician instruction 2016: 5-8.
7. Khayyati 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: 36-39.
8. Giguere AM, Labrecque M, Borduas F, Rouleau M. Effectiveness of monetary incentives to recruit family physicians as study subjects: a randomized controlled trial. BMC research notes. 2015; 8: 15.
9. Pedersen KM, Andersen JS, Søndergaard J. General practice and primary health care in Denmark. The Journal of the American Board of Family Medicine. 2012; 25: S34-S8.
10. Rashidian A, Joudaki H, Khodayari-Moez E, Omranikhoo H, Geraili B, Arab M. The impact of rural health system reform on hospitalization rates in the Islamic Republic of Iran: an interrupted time series. Bulletin of the World Health Organization. 2013; 91: 942-9.
11. Moshiri E TA, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and Coincidence in Formation of Family Physician and Universal Rural Health Insurance in Iran. Hakim Research Journal. 2013; 15: 288-99.
12. Sadough F, Mirzaeian R, Sharifi-Rad J, Satar A. An Examination of Family Physicians Plan Implementation in Rural Areas from Perspectives of Managers, Personnel and Clients in Context of Health System: Strengths and Weaknesses. Annals of Medical and Health Sciences Research. 2017; 7: 58-64.
13. Mehrolhassani MH, Sirizi MJ, Poorhoseini SS, Feyzabadi VY. The Challenges of Implementing Family Physician and Rural Insurance Policies in Kerman Province, Iran: A Qualitative Study. Journal of Health and Development. 2012; 1: 196-206.
14. Golalizadeh E, Moosazadeh M, Amiresmaili M, Ahangar N. Challenges in second level of referral system in family physician plan: A qualitative research. Journal Of Medical Council Of I.R.I. 2012.4: 309-321
15. Ministry of Health and Medical Education. Summary of the Health Field reform plan and performance in Iran Available at: [http://health.behdasht.gov.ir/uploads/gozaresh\\_tahavol94.pdf](http://health.behdasht.gov.ir/uploads/gozaresh_tahavol94.pdf).
16. Woods P. Successful writing for qualitative researchers: Psychology Press; 2006. 2nd Edition, 10-190.
17. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative health research. 2005; 15: 1277-88.
18. Bryman A. Social research methods. New York: Oxford university press; 2015, 383.
19. Dehnavieh R, Kalantari AR, Sirizi MJ. Urban family physician plan in Iran: challenges of implementation in Kerman. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2015; 29: 303-11.
20. Farzadfar F, Rahmani KH, Valiee S, Bidarpour F, Molasheikhi M, Moradi Gh. Views of managers, health care providers, and clients about problems in implementation of urban family physician program in Iran: A qualitative study. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2017; 22: 66-83.
21. Halimi L, Azizimotlagh T. study of active visiting of family physician and its influential factors in health centers implementing family physician plan in hamedan province in 2009, proceeding of the epidemiology congress. Danesh and Tandorosti Journal 2010; 5: 211-21.
22. Palmer P, editor Feeling unwell? Must you go straight to hospital? In World health forum; 1991; 12: 38-42
23. Afkar A, Pourrza A, Mehrabian F. Family physician performance from the perspective of Gilani customers. Journal of Hospital. 2013; 12: 39-48.
24. Nasrollahpour S S. The Implementation of Family Physician Program in IR Iran: Achievements and Challenges. J Babol Univ Med Sci. 2014; 16: S1
25. MosaFarkhany E, Khooban H, Dahrzama B, Arefi V, Saadati F. Determining the Causes of Discontinuation of Family Physicians Working in Mashhad University of Medical Sciences. Health Inf Manage. 2015; 12: 117-24.
26. Arab M, Shafiee M, Iree M, Safari H, Habibi F, Akbari Sari A, et al. Surveying the Attitude of Family Physicians working in Health Centers of Tehran University of Medical Sciences towards their Profession using a qualitative approach. Journal of Hospital. 2013; 12: 19-28.
27. Safizadehe Chamokhtari K, Abedi G, Marvi A. Analysis of the Patient Referral System in Urban Family Physician Program, from Stakeholders Perspective Using SWOT Approach: A Qualitative Study. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2018; 28: 75-87.

# The Views of Stakeholders about the Challenges of Rural Family Physician in Kurdistan Province: A Qualitative Study

Mohammadi Bolbanabad J<sup>1</sup>, Mohamadi Bolbanabad A<sup>2</sup>, Valiee S<sup>3</sup>, Esmailnasab N<sup>4</sup>, Bidarpour F<sup>5</sup>, Moradi G<sup>6</sup>

1- MSc, Student in Epidemiology, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

2- Assistant professor of Health Management, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

3- Associate Professor of Nursing Education, Clinical Care Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

4- Professor of Epidemiology, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

5- General Practitioner, Health Deputy, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

6- Associate Professor of Epidemiology, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

**Corresponding author:** Moradi G, moradi\_gh@muk.ac.ir

(Received 25 August 2018; Accepted 2 March 2019)

**Background and Objectives:** The Family Physician (FP) plan was implemented in rural areas and cities with a population of less than 20000 in 2005. The purpose of this study was to explain the challenges and obstacles of the Rural Family Physician Program in Kurdistan Province from the perspective of stakeholders.

**Methods:** This qualitative study was conducted using 30 semi-structured interviews and 5 focused group discussions (FGD) with stakeholders of the FP plan from June 2017 to Jan 2018. The participants were selected through a purposive sampling method with maximum variation. The contents of the interviews and FGD were categorized by the content analysis method using MAXQDA10 software (V. 10).

**Results:** The challenges and obstacles of the FP plan were categorized into 16 subcategories and 5 main categories. The main categories were stewardship challenges, service delivery challenges, cultural and educational challenges, human resource challenges, and infrastructure challenges. The most important subcategories of these challenges included weaknesses in policy-making, formation of laws and regulations, weaknesses in insurance performance, weaknesses in intra-sector coordination, weaknesses in the referral system, weaknesses in communicating the plan to the community, low survival of physicians, inadequate motivational mechanisms, and weaknesses in the information system.

**Conclusion:** The rural FP plan faces many challenges that require multi-dimensional interventions. Identifying the challenges of the FP plan from the perspective of its stakeholders can help to gradually improve the plan.

**Keywords:** Family physician, Challenges, Referral system, Qualitative study, Kurdistan