

Original article

Evaluation of the Implementation of the Family Physician Program from the Point of View of Managers and Executive Experts based on the Donabedian Model; A Cross-sectional Study in 2022

Mohammad Javad Kabir¹Alireza Heidari^{2*}Ayshe Kor³Zahra Khatirnamani⁴

- 1- Associate Professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
- 2- Assistant Professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
- 3- General physician, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
- 4- MSc in Biostatistics, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

*Corresponding author: Alireza Heidari, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

Email: alirezaheidari7@gmail.com

Received: 27 January 2024

Accepted: 20 April 2024

ABSTRACT

Introduction and purpose: The goals of the family physician program include creating a referral system in the country, increasing accountability in the health market, increasing people's access to health services, reducing unnecessary costs in the health market, and increasing service coverage. This study was conducted with the aim of evaluating the implementation of the family medicine program from the point of view of managers and staff experts with a process approach in 2022.

Methods: In a descriptive-analytical study, 231 heads of health centers of the city and deputies, heads of technical and administrative units (managers) and experts of technical and administrative units (staff experts) in the west of Golestan province participated by census method. The data collection tool was the valid and reliable questionnaire of Abedi et al. In order to analyze the data, descriptive statistics and inferential statistics methods such as Pearson's correlation coefficient, independent t test and one-way analysis of variance were used in SPSS-23 software.

Results: The overall score of the questionnaire was 332.53 ± 56.25 , which is slightly higher than the average. The highest average score among the dimensions related to the process area was 4.99 ± 0.85 . The highest scores were in the area of the structure related to the design and compilation of the electronic health record, in the area of the process related to the implementation of family doctor services in the form of the electronic health record, and in the area of results related to the level of knowledge of the health team.

Conclusion: The implementation process of the family physician program in the west of Golestan province was evaluated slightly higher than the average level in general and separately in terms of structure, process and results. In order to improve the current situation, it is necessary to solve the financial problems of the implementation of the program and the full implementation of the referral system should be prioritized in the programs of health managers.

Keywords: Experts, Family physician, Managers, Structure

► **Citation:** Kabir MJ, Heidari A, Kor A, Khatirnamani Z. Evaluation of the Implementation of the Family Physician Program from the Point of View of Managers and Executive Experts based on the Donabedian Model; A Cross-sectional Study in 2022. Journal of Health Research in Community. Summer 2024;10(2): 12-26.

مقاله پژوهشی

ارزیابی اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و کارشناسان اجرایی بر اساس مدل دونابدیان: مطالعه‌ای مقطعی در سال ۱۴۰۱

چکیده

محمدجواد کبیر^۱
علیرضا حیدری^{۲*}
عایشه کر^۳
زهرا خطیرنامنی^۴

مقدمه و هدف: برنامه‌ی پزشک خانواده با اهداف ایجاد نظام ارجاع در کشور، افزایش پاسخ‌گویی در بازار سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیرضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش خدمات اجرا می‌شود. این مطالعه با هدف ارزیابی میزان اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و کارشناسان ستادی با رویکرد فرایندی در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

روش کار: در یک مطالعه‌ی توصیفی تحلیلی، ۲۳۱ نفر از رؤسای مراکز بهداشت شهرستان و معاونان، مسئولان واحدهای فنی و اداری (مدیران) و کارشناسان واحدهای فنی و اداری (کارشناسان ستادی) در غرب استان گلستان به روش سرشماری شرکت کردند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه تطبیق‌یافته‌ی خودایفاد شامل ساختار و فرایند اجرای برنامه بود. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل آزمون‌های ضریب هم‌بستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد.

یافته‌ها: نمره‌ی کلی پرسش‌نامه برابر با $56/25 \pm 332/53$ بود که کمی بالاتر از حد متوسط ارزیابی شده است. بیشترین میانگین نمره در بین ابعاد مربوط به حیطه‌ی فرایند برابر با $4/99 \pm 0/85$ بود. بالاترین نمره در حیطه‌ی ساختار مربوط به طراحی و تدوین پرونده‌ی الکترونیکی سلامت، در حیطه‌ی فرایند مربوط به اجرای خدمات پزشک خانواده در قالب پرونده‌ی الکترونیکی سلامت و در حیطه‌ی نتایج مربوط به میزان دانش تیم سلامت بود.

نتیجه‌گیری: اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده در غرب استان گلستان در کل و به تفکیک حیطه‌های ساختار و فرایند کمی بالاتر از حد متوسط بود. به‌منظور بهبود وضعیت موجود، لازم است مشکلات مالی اجرای برنامه رفع شود و پیاده‌سازی کامل نظام ارجاع در اولویت برنامه‌های مدیران سلامت قرار گیرد.

کلمات کلیدی: پزشک خانواده، مدیران، کارشناسان، ارجاع، ساختار

۱. دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه‌ی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۲. استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه‌ی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۳. پزشک عمومی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه‌ی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۴. کارشناسی ارشد آمار زیستی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه‌ی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

* نویسنده مسئول: علیرضا حیدری، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه‌ی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

Email: alirezahaidari7@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۰۱

◀ **استناد:** کبیر، محمدجواد؛ حیدری، علیرضا؛ کر، عایشه؛ خطیرنامنی، زهرا. ارزیابی اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و کارشناسان اجرایی بر

اساس مدل دونابدیان: مطالعه‌ای مقطعی در سال ۱۴۰۱. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، تابستان ۱۴۰۳؛ ۱۰(۲): ۲۶-۱۲

مقدمه

هدف نهایی نظام ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری ارتقای سطح سلامت آحاد مردم با دسترسی عادلانه‌ی

همه ی افراد جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی است [۱]. بنابر مقتضیات نظام سلامت کشور، در برخی از نقاط کشور ایران، مانند برخی کشورهای آمریکای شمالی و اروپای غربی، اجرای برنامه ی پزشک خانواده برای اصلاح نظام سلامت شکل گرفت [۲].

در سال ۱۳۸۳، برنامه ی پزشک خانواده در برنامه ی پنج ساله ی چهارم توسعه گنجانده شد و در اسفند ماه این سال، کمیسیون بهداشت و درمان مجلس لایحه ی بودجه ی سالیانه ی ۱۳۸۴ را به منظور تأمین اعتبارات بیمه ی همگانی روستاییان بازنگری کرد. وزارت بهداشت با سازمان بیمه ی خدمات درمانی بر سر اجرای پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای کوچک با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر از طریق مراکز بهداشتی و درمانی روستایی و خانه های بهداشت توافق کرد [۳].

در سال ۱۳۸۴، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه و سازمان بیمه ی خدمات درمانی اصلاحاتی را تحت عنوان «طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده» در سیستم ارائه ی خدمات بهداشتی کشور اعمال کردند. این طرح در این مرحله برای تمام روستاهای کشور و شهرهایی که جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر داشتند، اجرا شد [۴]. در این راستا، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متعهد است که تا پایان برنامه ی توسعه ی چهارم، طرح پزشک خانواده را در کل کشور به اجرا درآورد. طبق این برنامه، جمعیت کل کشور باید تحت پوشش خدمات بهداشتی و درمانی یا توان بخشی پایه و اولویت دار قرار گیرند. این خدمات را پزشک خانواده یا گروه سلامت ارائه خواهد داد. مسئولیت گروه سلامت بر عهده ی پزشک خانواده است [۵]. استفاده از پزشک خانواده به عنوان اصلاحات مهم در کشورهای توسعه یافته شامل ایجاد نظام ارجاع در کشور، افزایش پاسخ گویی در بازار سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، کاهش هزینه های غیرضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش خدمات است [۶،۷]. مطابق پژوهش های خارجی، پزشک خانواده از هشت مزیت برای اجرای طرح برخوردار است: فراهم کردن مراقبت جامع

و متنوع و مراقبت پیشگیرانه، ارتباط با بیمار و خانواده ی وی، فراهم کردن مراقبت مداوم و دریافت بازخورد، حفظ و فراگیری مهارت ها و دانش، آموزش و سهیم شدن در دانش و تجربه و پزشک خانواده ۱۱ نکته ی چالشی نیز دارد: نیاز به ترفیع و افزایش پاداش های پزشک خانواده، نیاز به محترم شمرده شدن توسط متخصصان، فقدان دسترسی به متخصصان و اقدامات و آزمایش ها و نتایج و سایر منابع، کاغذبازی، تماس های تلفنی و ازدیاد فرم ها و انتظارات بیماران در ارتباط با پزشک خانواده [۸]. البته، این طرح در برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی خالی از اشکال نیست و چالش هایی دارد که لزوم توجه سیاست گذاران را به انجام اصلاحات گوشزد می کند [۹]. نتایج مطالعه ی هوشمند و همکاران با هدف تعیین چالش های نظام پزشک خانواده ی روستایی در استان خراسان رضوی نشان داد که عملکرد پزشک خانواده در ایران، در حد انتظار نبوده است و این طرح با مشکلاتی از قبیل نبود نظام ارجاع کامل، جابه جایی و ریزش ۲۵ درصدی پزشکان، نقص سیستم آموزش پزشکی جامعه نگر، اختلافات موجود بین دو وزارتخانه ی رفاه و بهداشت بر سر تعیین سرانه و تخصیص به موقع منابع آن، عدم رعایت عدالت در سلامت در توزیع منابع و امکانات بسته ی خدمات پایه و عدم رضایت پزشکان مواجه است [۱۰]. با گذشت بیش از ۱۵ سال از شروع برنامه، هنوز اعتراضاتی را هر چند وقت یک بار نمایندگان سیاسی مردم، رسانه های جمعی و نهادهای دولتی و غیردولتی از ناکارایی و نارسایی طرح پزشک خانواده مطرح می کنند که عمدتاً متوجه استانداردها و الزامات از پیش تعیین شده در مورد شرایط فیزیکی، کمیت و کیفیت تجهیزات، ایجاد و تقویت دسترسی مردم به پزشک خانواده، رعایت نظام ارجاع، کیفیت ارائه ی پسخوراند و پنج ستاره بودن پزشکان خانواده است [۱].

نتایج مطالعه ی ابراهیمی پور و همکاران نشان داد که روند فعلی عملکرد پزشک خانواده تغییرات زیادی را به لحاظ افراد ویزیت شده و همچنین خدمات آزمایشگاهی نشان نمیدهد. این موضوع میتواند ناشی از عدم برخورد فعال برای بیماریابی و

با هدف ارزیابی اجرای برنامه‌ی پزشکی خانواده از دیدگاه مدیران و کارشناسان ستادی در مراکز بهداشتی شهرستان‌های غرب استان گلستان انجام شد تا نتایج حاصل به منظور مداخلات مؤثر و بهبود وضعیت موجود اجرای طرح پزشکی خانواده در اختیار مسئولان و مدیران سلامت دانشگاه قرار گیرد.

روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی و از نوع مقطعی بود. جامعه‌ی آماری شامل رؤسای مراکز بهداشت شهرستان و معاونان، مسئولان واحدهای فنی و اداری (مدیران) و کارشناسان واحدهای فنی و اداری مذکور (کارشناسان ستادی) در مراکز بهداشت غرب استان گلستان شامل شهرستان‌های گرگان، آق قلا، کردکوی، بندر گز و بندر ترکمن و گمیشان در سال ۱۴۰۱ بود. در این مطالعه، نمونه‌گیری به منظور اطمینان از کفایت حجم نمونه‌ی لازم انجام شد. با استفاده از فرمول برآورد تعیین حجم نمونه و مطالعات مشابه، با انحراف معیار برابر با ۰/۸، سطح اطمینان برابر با ۹۵ درصد و اندازه‌ی خطای قابل قبول (d) برابر با ۱ درصد، حجم نمونه‌ی این پژوهش برابر با ۲۵۱ نفر برآورد شد [۱۲].

$$n = \frac{N z^2 \sigma^2}{N d^2 + z^2 \sigma^2}$$

با توجه به تعداد کل جامعه‌ی مدیران و کارشناسان ستادی (۲۶۳ نفر)، نمونه‌های مطالعه‌ی حاضر با استفاده از روش سرشماری جمع‌آوری شدند. در نهایت، اطلاعات مربوط به ۲۳۱ نفر با نرخ پاسخ‌دهی برابر با ۸۸ درصد، با توجه به معیارهای ورود و خروج مطالعه جمع‌آوری و تحلیل شد.

معیارهای ورود شامل تمایل به شرکت در مطالعه و داشتن حداقل یک سال سابقه‌ی کار در اجرای برنامه‌ی پزشکی خانواده بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها از دو قسمت مشخصات دموگرافیک و سؤالات پرسش‌نامه تشکیل شد. مشخصات دموگرافیک

ارائه‌ی خدمات به مردم باشد. علاوه بر این، این روند نزولی را میتوان به حضور بیشتر پزشک متخصص و مراجعه‌ی مستقیم مردم به شهر برای دریافت خدمات نسبت داد [۱۱].

بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت، مدل دونابدیان (Donabedian) مدلی مناسب برای ارزیابی برنامه‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی است. این مدل به سه حیطه‌ی ساختار، فرایند و نتایج توجه می‌کند. حیطه‌ی ساختار منابعی مانند تجهیزات و نیروی انسانی را شامل می‌شود که در تولید و تهیه‌ی خدمات به کار می‌روند. حیطه‌ی فرایند اقداماتی را در بر می‌گیرد که باعث موفقیت در استفاده از منابع برای تولید خدمات اثربخش می‌شود. حیطه‌ی نتایج نیز پیامدهای مورد انتظار مانند میزان رضایت، درمان و مراقبت بیماری‌ها را شامل می‌شود [۱۲]. از همین رو، در این مطالعه بر اساس مدل دونابدیان شاخص‌های هر حیطه تدوین شده است و عملکرد برنامه از نظر میزان دستیابی به اهداف تعیین شده ارزیابی خواهد شد.

از آنجایی که ارزیابی برنامه‌ها به منظور سنجش میزان پیشرفت و موفقیت‌ها یا شناسایی انحرافات احتمالی اجتناب‌ناپذیر است و از کارکردهای مهم مدیریت به شمار می‌آید، ضروری است نحوه‌ی اجرا و دستاوردهای هر برنامه‌ای، از جمله برنامه‌ی پزشکی خانواده، ارزیابی و درباره‌ی آن قضاوت شود تا در صورت لزوم، اصلاحات و مداخلات لازم اعمال و کاستی‌های موجود مرتفع شود [۱۳]. از آنجایی که در اجرای برنامه‌ی پزشکی خانواده همه‌ی اقشار جامعه به‌نحوی ذی‌نفع‌اند، کشف دیدگاه‌ها و توجه به نقطه‌نظرات مدیران و کارشناسان فعال در برنامه می‌تواند راهکارها و مدل مناسب برای اجرای برنامه‌ی پزشکی خانواده را معرفی کند [۱۴]. در استان گلستان نیز هم‌زمان با کل کشور، پزشک خانواده‌ی روستایی اجرایی شد و هم‌اکنون، تعداد ۲۷۵ پزشک پزشکی خانواده در ۱۴۶ مرکز مجری برنامه مشغول به کار هستند و با توجه به اینکه تاکنون با رویکرد فرایندی به ارزیابی برنامه‌ی پزشکی خانواده در استان گلستان پرداخته نشده است، این مطالعه

را درباره ی مطالعه و اهداف طرح توجیه کرد. پرسش نامه ها را به صورت خوداظهاری، کارکنان مراکز بهداشتی تکمیل کردند و عودت دادند.

داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ی ۲۳ (version 23, SPSS Inc., Chicago, IL) تجزیه و تحلیل شد. برای تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی (رسم جداول، تعداد، درصد فراوانی برای داده های کیفی و میانگین، انحراف معیار برای داده های کمی) استفاده شد. همچنین، به علت نرمال بودن توزیع داده ها که با آزمون کولموگروف اسمیرنوف بررسی شد، از روش های آمار استنباطی نظیر آزمون های ضریب هم بستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد.

طرح به تصویب کمیته ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گلستان رسید. پس از هماهنگی با مسئولان و کسب مجوز کتبی، به مراکز بهداشت شهرستان ها مراجعه شد و شرکت کنندگان در خصوص اهداف طرح توجیه و سپس، با میل شخصی وارد مطالعه شدند. قبل از تحویل پرسش نامه، به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل محرمانه خواهد ماند و در هر مرحله از پژوهش حق خروج از مطالعه را دارند. همچنین، تمام ملاحظات اخلاقی بر اساس راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش های دارای آزمودنی انسانی در ایران، در این پژوهش لحاظ شده است. رضایت اخلاقی به صورت شفاهی از شرکت کنندگان اخذ شد.

یافته ها

تعداد ۲۳۱ نفر از مدیران (۶۹ نفر) و کارشناسان اجرایی (۱۶۲ نفر) غرب استان گلستان در مطالعه شرکت کردند. میانگین سنی شرکت کنندگان برابر با $7/53 \pm 42/13$ سال و میانگین سابقه ی کاری آن ها برابر با $7/72 \pm 17/24$ بود. $55/8$ درصد زن و $44/2$ درصد مرد بودند. اکثر شرکت کنندگان تحصیلات کارشناسی (به ترتیب، $50/7$ و $66/7$ درصد) داشتند. جدول ۱ ویژگی های

شامل سن، جنس، سابقه ی کاری، شهرستان محل خدمت، سطح تحصیلات و سمت اداری بود. پرسش نامه ی عابدی و همکاران ۷۰ سؤال دارد و محدوده ی نمرات آن ۷۰ تا ۴۹۰ است و در سه بعد طراحی شده است. ابعاد پرسش نامه شامل ساختار اجرای برنامه (۲۰ سؤال)، فرایند اجرای برنامه (۲۱ سؤال) و نتایج اجرای برنامه (۲۹ سؤال) است. جواب هر سؤال با هفت گزینه در مقیاس لیکرت مشخص شده است: کاملاً موافقم نمره ی ۷، موافقم نمره ی ۶، تا حدی موافقم نمره ی ۵، نمی دانم نمره ی ۴، تا حدی مخالفم نمره ی ۳، مخالفم نمره ی ۲ و کاملاً مخالفم نمره ی ۱. طبقه بندی نمرات به این صورت است که نمرات بین ۷۰ تا ۲۱۰ در سطح کم، نمرات بین ۲۱۱ تا ۳۵۰ در سطح متوسط و نمرات بین ۳۵۱ تا ۴۹۰ در سطح بالا محسوب می شود.

در مطالعه ی عابدی و همکاران، روایی صوری و محتوایی ابزار و همچنین، پایایی پرسش نامه با آلفای کرونباخ $0/85$ تأیید شده است [۱۲]. نسخه ی اصلی پرسش نامه شامل ۸۶ سؤال بود که برخی از سؤالات به علت نامتناسب بودن با اهداف این مطالعه، مثل سؤالاتی که به پزشک خانواده ی شهری اختصاص داشت، از پرسش نامه کنار گذاشته شد و تعداد سؤالات پرسش نامه به ۷۰ سؤال کاهش یافت. پس از بررسی مجدد روایی صوری پرسش نامه ی ۷۰ سؤالی و تأیید توسط خبرگان، پرسش نامه ی مدنظر در این مطالعه به کار گرفته شده است. پایایی کلی پرسش نامه و ابعاد ساختار، فرایند و نتایج بر اساس ضریب آلفای کرونباخ در این مطالعه به ترتیب برابر با $0/97$ ، $0/91$ ، $0/94$ و $0/95$ محاسبه شده است که نشان می دهد پایایی پرسش نامه ی به کاررفته در این مطالعه در حد بسیار خوب ارزیابی شده است.

برای انجام مطالعه، آموزش لازم در مورد چگونگی برقراری ارتباط با کارکنان و جلب اعتماد آن ها و نحوه ی تکمیل پرسش نامه ها به پرسشگر (دانشجو) داده شد. پرسشگر (دانشجو) بعد از هماهنگی های لازم به مراکز بهداشت شهرستان های مورد مطالعه مراجعه کرد و قبل از تکمیل پرسش نامه، کارکنان شرکت کننده

نیاز از مقامات بالادستی به منظور پرداخت به دانشگاه، پرداخت بهینه و بهنگام به دانشگاه و کفایت منابع مالی برای تأمین هزینه بود (جدول ۳).

بالاترین نمرات در حیطه‌ی فرایند به ترتیب مربوط به اجرای خدمات پزشکی خانواده در قالب پرونده‌ی الکترونیک سلامت، نظارت کافی و بهینه و بهنگام از سوی شبکه‌ی ارائه‌کننده‌ی خدمات و آموزش کافی، متناسب و در راستای بسته‌ی خدمات پزشکی خانواده برای افزایش آگاهی تیم سلامت بود. پایین‌ترین نمرات در این حیطه نیز به ترتیب مربوط به اجرای برنامه‌ی اولین ویزیت (سرشماری) مندرج در بسته‌ی خدمات پزشکی خانواده، اجرای برنامه‌ی سلامت مدارس و اجرای برنامه‌ی سلامت محیط مندرج در بسته‌ی خدمات پزشکی خانواده بود (جدول ۴).

بالاترین نمرات در حیطه‌ی نتایج به ترتیب مربوط به میزان دانش

دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه را به تفکیک گروه مدیران و کارشناسان نشان می‌دهد.

نتایج نشان داد که نمره‌ی کلی پرسش‌نامه برابر با $56/25 \pm$ است که کمی بالاتر از حد متوسط گزارش شده است. بیشترین میانگین نمره در بین ابعاد نیز مربوط به حیطه‌ی فرایند و برابر با $4/99 \pm 0/85$ بوده است. نمره‌ی کلی پرسش‌نامه و میانگین نمرات به تفکیک حیطه‌های ساختار، فرایند و نتایج در جدول ۲ گزارش شده است.

بالاترین نمرات در حیطه‌ی ساختار به ترتیب مربوط به طراحی و تدوین پرونده‌ی الکترونیک سلامت، ورود و خروج به موقع تیم سلامت و وجود تیم سلامت کارآموده و آموزش دیده در مراکز بهداشتی متناسب با اهداف برنامه بود. پایین‌ترین نمرات در این حیطه نیز به ترتیب مربوط به دریافت بهینه و بهنگام اعتبار مورد

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه به تفکیک گروه مدیران و کارشناسان

متغیر	سطوح	مدیران تعداد (درصد)	کارشناسان تعداد (درصد)
جنس	زن	۳۷ (۵۳/۶)	۹۲ (۵۶/۸)
	مرد	۳۲ (۴۶/۴)	۷۰ (۴۳/۲)
سطح تحصیلات	کاردانی	۲ (۲/۹)	۱۳ (۸/۰)
	کارشناسی	۳۵ (۵۰/۷)	۱۰۸ (۶۶/۷)
	کارشناسی ارشد	۲۱ (۳۰/۴)	۳۷ (۲۲/۸)
	دکتری	۲۲ (۱۵/۹)	۴ (۲/۵)
	بندر ترکمن	۱۴ (۲۰/۳)	۳۴ (۲۱/۰)
	گمیشان	۱۵ (۲۱/۷)	۳۲ (۱۹/۸)
شهرستان	گرگان	۹ (۱۳/۰)	۲۹ (۱۷/۹)
	آق قلا	۹ (۱۳/۰)	۲۴ (۱۴/۸)
	کردکوی	۱۱ (۱۵/۹)	۲۲ (۱۳/۶)
	بندر گز	۱۱ (۱۵/۹)	۲۱ (۱۳/۰)

جدول ۲: نمرات پرسش‌نامه در کل و به تفکیک ابعاد در اجرای برنامه‌ی پزشکی خانواده

ابعاد پرسش‌نامه	میانگین	انحراف معیار	میانه	کمترین	بیشترین
ساختار	۴/۶۸	۰/۹۰	۴/۷۵	۱/۶۰	۶/۹۰
فرایند	۴/۹۹	۰/۸۵	۵/۰۰	۲/۶۷	۷/۰۰
نتایج	۴/۶۲	۰/۸۶	۴/۵۹	۱/۲۱	۷/۰۰
نمره‌ی کلی پرسش‌نامه	۳۳۲/۵۳	۵۶/۲۵	۳۳۵/۰۰	۱۴۷/۰۰	۴۸۶/۰۰

(P-Value = ۰/۶۰۳) و نتایج (P-Value = ۰/۶۰۳) ارتباط معناداری ندارد. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که متغیر تحصیلات با نمره ی کلی پرسش نامه (P-Value = ۰/۰۱۶) و حیطه ی ساختار (P-Value = ۰/۰۰۵) ارتباط معناداری دارد، به طوری که نتایج آزمون تعقیبی شفه نشان داد که نمره ی کلی پرسش نامه (P-Value = ۰/۰۲۱) و همچنین، نمره ی حیطه ی ساختار (P-Value = ۰/۰۱۵) در افرادی با تحصیلات کارشناسی ارشد بالاتر از افرادی با تحصیلات کارشناسی است، اما با حیطه های فرایند (P-Value = ۰/۰۵۷) و نتایج (P-Value = ۰/۰۶۶) ارتباط معناداری ندارد. همچنین، متغیر شهرستان با نمره ی کلی پرسش نامه (P-Value = ۰/۸۲۹) و حیطه های ساختار (P-Value = ۰/۸۱۲)، فرایند (P-Value = ۰/۸۷۲) و نتایج (P-Value = ۰/۷۲۳) ارتباط معناداری نداشت. همچنین، آزمون ضریب هم بستگی پیرسون نشان داد که متغیرهای سن و سابقه ی کاری نیز به ترتیب با نمره ی کلی

و آگاهی تیم سلامت، میزان رضایت کلی از برنامه و میزان دانش و آگاهی پزشکان شاغل بود. پایین ترین نمرات در این حیطه نیز به ترتیب مربوط به رضایت بخش بودن ارجاع برعکس از سطح دو به یک، مطابقت تعداد ارجاعات توسط پزشک با نیاز و استاندارد واقعی و منطقی بودن تعداد اقلام دارویی مندرج در نسخ پزشک بود (جدول ۵).

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین نمره ی کلی پرسش نامه (P-Value = ۰/۹۴۲) و همچنین، حیطه های ساختار (P-Value = ۰/۷۰۴) (P-Value = ۰/۸۸۴) و فرایند (P-Value = ۰/۴۱۵) = (P-Value در گروه مدیران و کارشناسان هیچ تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۶).

در گروه مدیران ستادی، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که متغیر جنس با نمره ی کلی پرسش نامه (P-Value = ۰/۴۶۰) و همچنین، با حیطه های ساختار (P-Value = ۰/۱۸۳)، فرایند (P-Value = ۰/۲۷۱)

جدول ۳: توزیع فراوانی پاسخ گویی به سؤالات مربوط به حیطه ی ساختار (تعداد پاسخ گویان = ۲۳۱ نفر)

میانگین (انحراف معیار)	گویه ها
(۱/۶۱) ۴/۸۷	فضای فیزیکی مراکز بهداشتی متناسب و باکیفیت از نظر نور، رنگ، رطوبت و ... است.
(۱/۵۵) ۴/۸۷	تجهیزات و امکانات اداری کافی و مناسب برای مراکز بهداشتی تهیه و تأمین شده است.
(۱/۵۲) ۴/۸۷	تجهیزات و امکانات پزشکی کافی و مناسب برای مراکز بهداشتی تهیه و تأمین شده است.
(۱/۶۴) ۴/۵۹	به نظر شما پزشک خانواده ی ورزیده، کارآموده و آموزش دیده ی شاغل در مراکز بهداشتی متناسب با اهداف برنامه است؟
(۱/۵۱) ۵/۰۰	به نظر شما تیم سلامت ورزیده، کارآموده و آموزش دیده ی شاغل در پایگاه ها متناسب با اهداف طرح است؟
(۱/۶۸) ۳/۶۹	منابع مالی برای تأمین هزینه ی طرح طبق تفاهم نامه کافی است.
(۱/۵۱) ۳/۷۱	دریافت بهینه و بهنگام اعتبار مورد نیاز از مقامات بالادستی به منظور پرداخت به دانشگاه طبق تفاهم نامه است.
(۱/۵۰) ۳/۶۹	پرداخت بهینه و بهنگام به دانشگاه صورت می گیرد.
(۱/۴۷) ۴/۹۳	ورود به موقع پزشکان خانواده در اول وقت اداری است.
(۱/۵۵) ۴/۸۴	خروج به موقع پزشکان خانواده در آخر وقت اداری است.
(۱/۴۸) ۴/۷۴	حضور پزشکان خانواده طبق انتظارات مندرج در تفاهم نامه است.
(۱/۴۳) ۵/۰۱	ورود و خروج تیم سلامت به موقع صورت می گیرد.
(۱/۴۰) ۴/۷۱	بسته ی خدمات پزشک خانواده متناسب با نیاز واقعی مردم طراحی و تدوین شده است.
(۱/۴۳) ۴/۶۳	تعداد برنامه ی پزشکی خانواده ی مندرج در بسته متناسب با نیاز واقعی مردم طراحی و تدوین شده است.
(۱/۳۸) ۴/۶۰	تعداد خدمات پزشک خانواده ی مندرج در بسته متناسب با نیاز واقعی مردم طراحی و تدوین شده است.
(۱/۴۵) ۴/۶۷	پزشکان دانش و آگاهی کافی برای اجرای بسته ی خدمات پزشک خانواده دارند.
(۱/۳۴) ۴/۹۱	تیم سلامت دانش و آگاهی کافی برای اجرای بسته ی خدمات پزشک خانواده دارد.
(۱/۴۴) ۴/۸۱	پزشکان مهارت کافی برای اجرای بسته ی خدمات پزشک خانواده دارند.
(۱/۳۵) ۴/۹۶	تیم سلامت مهارت کافی برای اجرای بسته ی خدمات پزشک خانواده دارد.
(۱/۱۳) ۵/۶۱	پرونده ی الکترونیک سلامت طراحی و تدوین شده است.

پرسش نامه (P-Value = ۰/۷۰۶ و P-Value = ۰/۵۲۰) و همچنین،
 حیطة‌های ساختار (P-Value = ۰/۷۳۷ و P-Value = ۰/۶۲۴)،
 فرایند (P-Value = ۰/۷۹۶ و P-Value = ۰/۶۲۵) و نتایج (P-Value = ۰/۴۶۹)
 ارتباط معناداری ندارند (P-Value = ۰/۴۸۲ و P-Value =
 (جدول ۷).
 در گروه کارشناسان ستادی، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد
 که متغیر جنس با نمره‌ی کلی پرسش‌نامه (P-Value = ۰/۶۶۳) و
 همچنین، حیطة‌های ساختار (P-Value = ۰/۶۷۳)، فرایند (P-Value =
 ۰/۷۲۵) و نتایج (P-Value = ۰/۶۷۳) ارتباط معناداری
 ندارد. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که متغیر
 تحصیلات با نمره‌ی کلی پرسش‌نامه (P-Value = ۰/۲۶۲) و
 همچنین، حیطة‌های ساختار (P-Value = ۰/۲۰۱)، فرایند (P-Value =
 ۰/۶۴۲) و نتایج (P-Value = ۰/۴۷۷) ارتباط معناداری
 ندارد. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که متغیر
 شهرستان با نمره‌ی کلی پرسش‌نامه (P-Value = ۰/۵۰۵) و
 همچنین، حیطة‌های ساختار (P-Value = ۰/۳۸۸)، فرایند (P-Value =
 ۰/۹۵۰) و نتایج (P-Value = ۰/۲۸۹) ارتباط معناداری ندارد.
 همچنین، آزمون ضریب هم‌بستگی پیرسون نشان داد که متغیرهای
 سن و سابقه‌ی کاری نیز با نمره‌ی کلی پرسش‌نامه (P-Value = ۰/۹۳۲)
 و (P-Value = ۰/۷۲۵ و P-Value = ۰/۶۵۲) و همچنین، حیطة‌های ساختار
 (P-Value = ۰/۹۲۴ و P-Value = ۰/۶۵۲)، فرایند (P-Value = ۰/۶۷۴)
 و (P-Value = ۰/۹۸۳ و P-Value = ۰/۶۵۶) و نتایج (P-Value = ۰/۶۴۲)
 ارتباط معناداری ندارند (جدول ۸).

جدول ۴: توزیع فراوانی سؤالات مربوط به حیطة‌ی فرایند (تعداد پاسخ‌گویان = ۲۳۱ نفر)

گویه‌ها	میانگین (انحراف معیار)
شبکه‌های ارائه‌کننده‌ی خدمات فضای فیزیکی مناسب در مراکز بهداشتی تدارک دیده‌اند.	۴/۷۰ (۱/۴۸)
شبکه‌های ارائه‌کننده‌ی خدمات تجهیزات و امکانات مناسب در مراکز بهداشتی تدارک دیده‌اند.	۴/۶۹ (۱/۴۷)
شبکه‌های ارائه‌کننده‌ی خدمات تجهیزات پزشکی مناسب در مراکز بهداشتی تدارک دیده‌اند.	۴/۸۳ (۱/۴۳)
آموزش کافی، متناسب و در راستای بسته‌ی خدمات پزشکی خانواده برای افزایش آگاهی پزشکان وجود دارد.	۵/۱۱ (۱/۴۲)
آموزش کافی، متناسب و در راستای بسته‌ی خدمات پزشکی خانواده برای افزایش آگاهی تیم سلامت وجود دارد.	۵/۲۵ (۱/۲۵)
آموزش کافی، متناسب و در راستای بسته‌ی خدمات پزشکی خانواده برای افزایش مهارت عملی پزشکان وجود دارد.	۴/۹۲ (۱/۴۱)
آموزش کافی، متناسب و در راستای بسته‌ی خدمات پزشکی خانواده برای افزایش مهارت عملی تیم سلامت وجود دارد.	۵/۱۲ (۱/۲۷)
در حال حاضر خدمات پزشکی خانواده در قالب پرونده‌ی الکترونیک سلامت اجرا می‌شود.	۵/۶۵ (۱/۲۰)
نظارت کافی و بهینه و بهنگام از سوی شبکه‌ی ارائه‌کننده‌ی خدمات وجود دارد.	۵/۴۵ (۱/۱۷)
از ابتدا تاکنون پیشرفت قابل قبولی در اجرای طرح پزشکی خانواده ایجاد شده است.	۴/۹۲ (۱/۴۵)
اجرای برنامه‌ی سلامت مادران مندرج در بسته‌ی خدمات پزشکی خانواده طبق استاندارد ارائه می‌شود.	۵/۱۸ (۱/۲۲)
اجرای برنامه‌ی سلامت کودکان مندرج در بسته‌ی خدمات پزشکی خانواده طبق استاندارد ارائه می‌شود.	۵/۱۸ (۱/۱۴)
اجرای برنامه‌ی سلامت محیط مندرج در بسته‌ی خدمات پزشکی خانواده طبق استاندارد ارائه می‌شود.	۴/۸۱ (۱/۱۵)
اجرای برنامه‌ی سلامت مدارس مندرج در بسته‌ی خدمات پزشکی خانواده طبق استاندارد ارائه می‌شود.	۴/۸۹ (۱/۱۲)
اجرای برنامه‌ی آموزش بهداشت مندرج در بسته‌ی خدمات پزشکی خانواده طبق استاندارد ارائه می‌شود.	۴/۹۲ (۱/۲۴)
اجرای برنامه‌ی مراقبت از بیماری‌های واگیر مندرج در بسته‌ی خدمات پزشکی خانواده طبق استاندارد ارائه می‌شود.	۵/۰۰ (۱/۲۴)
اجرای برنامه‌ی مراقبت از بیماری‌های غیرواگیر مندرج در بسته‌ی خدمات پزشکی خانواده طبق استاندارد ارائه می‌شود.	۴/۹۴ (۱/۲۱)
اجرای برنامه‌ی اولین ویزیت (سرشماری) مندرج در بسته‌ی خدمات پزشکی خانواده طبق استاندارد ارائه می‌شود.	۴/۶۹ (۱/۲۷)
اجرای برنامه‌ی ویزیت بیماران مندرج در بسته‌ی خدمات پزشکی خانواده طبق استاندارد ارائه می‌شود.	۴/۹۲ (۱/۱۲)
اجرای برنامه‌ی مشاوره و راهنمایی مندرج در بسته‌ی خدمات پزشکی خانواده طبق استاندارد ارائه می‌شود.	۴/۸۴ (۱/۲۰)
در کل، تعهدات شبکه‌ی ارائه‌کننده‌ی خدمات را در اجرای بسته‌ی خدمات چگونه ارزیابی می‌کنید؟	۴/۸۸ (۱/۲۵)

جدول ۵: توزیع فراوانی سؤالات مربوط به حیطه ی نتایج (تعداد پاسخ گویان = ۲۳۱ نفر)

میانگین (انحراف معیار)	گویه ها
(۱/۵۲) ۴/۲۳	تعداد اقلام دارویی مندرج در نسخ پزشک واقعی و منطقی است.
(۱/۴۲) ۴/۳۵	نوع اقلام دارویی مندرج در نسخ پزشک واقعی و منطقی است.
(۱/۴۰) ۴/۳۹	تعداد ارجاعات توسط پزشک برای خدمات پزشکی مطابق با نیاز و استاندارد است.
(۱/۲۹) ۴/۴۱	تعداد ارجاعات توسط پزشک برای خدمات رادیولوژی مطابق با نیاز و استاندارد است.
(۱/۳۷) ۴/۵۵	تعداد ارجاعات توسط پزشک برای خدمات آزمایشگاه مطابق با نیاز و استاندارد است.
(۱/۳۹) ۴/۳۸	تعداد مراجعه ی بیمار به طور مستقیم به سطح دوم بودن ارجاع پزشک کاهش یافته است.
(۱/۲۶) ۴/۴۸	ارجاع در حال حاضر از سطح یک به دو رضایت بخش است.
(۱/۲۵) ۴/۱۹	ارجاع برعکس از سطح دو به یک رضایت بخش است.
(۱/۵۶) ۴/۵۷	کیفیت فضای فیزیکی مراکز بهداشتی را از نظر نور، رنگ، رطوبت و تناسب چگونه ارزیابی می کنید؟
(۱/۴۸) ۴/۶۵	کیفیت تجهیزات اداری را در مراکز بهداشتی چگونه ارزیابی می کنید؟
(۱/۴۶) ۴/۵۹	کیفیت تجهیزات پزشکی را در مراکز بهداشتی چگونه ارزیابی می کنید؟
(۱/۲۷) ۵/۰۰	میزان دانش و آگاهی پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی را چقدر ارزیابی می کنید؟
(۱/۲۱) ۵/۱۱	میزان دانش و آگاهی تیم سلامت در مراکز بهداشتی را چقدر ارزیابی می کنید؟
(۱/۳۷) ۴/۸۲	میزان مهارت عملی پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی را چقدر ارزیابی می کنید؟
(۱/۳۲) ۵/۰۰	میزان مهارت عملی تیم سلامت در مراکز بهداشتی را چقدر ارزیابی می کنید؟
(۱/۳۸) ۴/۵۷	میزان دانش و آگاهی مردم را از طرح پزشک خانواده چقدر ارزیابی می کنید؟
(۱/۴۱) ۴/۳۸	میزان دانش و آگاهی مردم را از ارجاع و فواید آن چقدر ارزیابی می کنید؟
(۱/۳۳) ۴/۶۳	میزان هماهنگی و همکاری شبکه ی ارائه دهنده ی خدمات را با سازمان بیمه ی سلامت چقدر ارزیابی می کنید؟
(۱/۱۴) ۴/۷۳	شما میزان تغییرات در شاخص های هریک از خدمات مندرج در برنامه ی سلامت مادران را چقدر ارزیابی می کنید؟
(۱/۲۰) ۴/۶۸	شما میزان تغییرات در شاخص های هریک از خدمات مندرج در برنامه ی سلامت کودکان را چقدر ارزیابی می کنید؟
(۱/۱۰) ۴/۶۵	شما میزان تغییرات در شاخص های هریک از خدمات مندرج در برنامه ی سلامت محیط را چقدر ارزیابی می کنید؟
(۱/۱۲) ۴/۵۹	شما میزان تغییرات در شاخص های هریک از خدمات مندرج در برنامه ی سلامت مدارس را چقدر ارزیابی می کنید؟
(۱/۱۴) ۴/۶۵	شما میزان تغییرات در شاخص های هریک از خدمات مندرج در برنامه ی آموزش بهداشت را چقدر ارزیابی می کنید؟
(۱/۱۸) ۴/۷۴	شما میزان تغییرات در شاخص های هریک از خدمات مندرج در برنامه ی مراقبت از بیماری های واگیر را چقدر ارزیابی می کنید؟
(۱/۱۹) ۴/۶۷	شما میزان تغییرات در شاخص های هریک از خدمات مندرج در برنامه ی مراقبت از بیماری های غیرواگیر را چقدر ارزیابی می کنید؟
(۱/۱۶) ۴/۶۱	شما میزان تغییرات در شاخص های هریک از خدمات مندرج در برنامه ی اولین ویزیت (سرشماری) را چقدر ارزیابی می کنید؟
(۱/۱۱) ۴/۶۸	شما میزان تغییرات در شاخص های هریک از خدمات مندرج در برنامه ی ویزیت بیماران را چقدر ارزیابی می کنید؟
(۱/۱۹) ۵/۰۰	شما میزان تغییرات در شاخص های هریک از خدمات مندرج در برنامه ی مشاوره و راهنمایی را چقدر ارزیابی می کنید؟
(۱/۴۳) ۵/۰۰	در کل، میزان رضایتمندان را از طرح پزشک خانواده چقدر ارزیابی می کنید؟

جدول ۶: مقایسه ی میانگین نمره ی کل پرسش نامه و ابعاد آن در اجرای برنامه ی پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و کارشناسان

ابعاد	گروه	میانگین	انحراف معیار	P-Value
ساختار	مدیران	۴/۶۵	۰/۸۶	۰/۷۰۴
	کارشناسان	۴/۷۰	۰/۹۲	
فرایند	مدیران	۵/۰۶	۰/۸۱	۰/۴۱۵
	کارشناسان	۴/۹۶	۰/۸۷	
نتایج	مدیران	۴/۶۱	۰/۹۴	۰/۸۸۴
	کارشناسان	۴/۶۲	۰/۸۳	
نمره ی کلی پرسش نامه	مدیران	۴/۷۶	۰/۸۰	۰/۹۴۲
	کارشناسان	۴/۷۵	۰/۸۱	

بحث و نتیجه گیری

ویتری (Witry) و همکاران و کوهن (Cohen) و همکاران در مطالعات خود به نقص در سیستم اطلاعات سلامت و زیرساخت اطلاعاتی ضعیف اشاره کرده‌اند که نتایج این مطالعات با مطالعه‌ی حاضر همخوانی ندارد [۱۸، ۱۹]. مطالعه‌ی استریم (Stream) محدودیت‌های مالی، نگرانی در مورد امنیت، عدم آموزش و عدم مهارت ارائه‌دهندگان را موانعی بر سر راه استقرار سیستم اطلاعاتی در پزشک خانواده گزارش کرد [۲۰]. دلیل این عدم تشابه می‌تواند علاوه بر زمان و مکان مطالعه، جامعه‌ی آماری مورد مطالعه در جایگاه مدیر یا پزشک خانواده باشد.

دریافت بهینه و بهنگام اعتبار مورد نیاز از مقامات بالادستی به منظور پرداخت به دانشگاه، پرداخت بهینه و بهنگام به دانشگاه و کفایت منابع مالی پایین‌ترین نمرات را در این حیطه داشت. نتایج مطالعه‌ی عابدی و همکاران نشان داد که کمترین امتیاز در برنامه‌ی

نتایج نشان داد که در حیطه‌ی ساختار، طراحی و تدوین پرونده‌ی الکترونیک سلامت و تجهیزات و امکانات اداری کافی و مناسب در مراکز بهداشتی نمرات بالایی کسب کرده‌اند. در مطالعه‌ی عابدی و همکاران در سال ۱۳۹۸، بیشترین میزان رضایت پزشکان خانواده مربوط به پرونده‌ی الکترونیک سلامت بود که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد [۱۵]. در مطالعه‌ی عابدی و همکاران در سال ۱۳۹۵ در استان مازندران، کمبود منابع فیزیکی و امکانات ساختاری یکی از نقاط ضعف در مراکز مجری پزشک خانواده بود [۱۶]. در مطالعه‌ی عاطفی و همکاران نیز ناکافی بودن تجهیزات مراکز بهداشتی و درمانی و نامناسب بودن محیط فیزیکی کار از چالش‌های برنامه‌ی پزشک خانواده معرفی شده است [۱۷].

جدول ۷: بررسی ارتباط نمره‌ی کل پرسش‌نامه‌ی ارزیابی فرایند و ابعاد آن با متغیرهای دموگرافیک در مدیران ستادی

متغیر	سطوح	ساختار	فرایند	نتایج	نمره‌ی کلی پرسش‌نامه
جنس	زن	۴/۵۸ ± ۰/۹۲	۵/۰۵ ± ۰/۸۹	۴/۴۴ ± ۱/۰۴	۴/۶۶ ± ۰/۸۸
	مرد	۴/۷۳ ± ۰/۸۰	۵/۰۸ ± ۰/۷۱	۴/۸۰ ± ۰/۷۷	۴/۸۶ ± ۰/۶۹
	P-Value	۰/۱۸۳	۰/۲۷۱	۰/۶۰۳	۰/۴۶۰
سطح تحصیلات	کارדانی	۴/۱۸ ± ۰/۳۲	۰/۷۴ ± ۴/۷۱	۴/۳۱ ± ۰/۲۰	۴/۳۹ ± ۰/۲۱
	کارشناسی	۴/۳۲ ± ۰/۹۲	۰/۸۳ ± ۴/۸۵	۴/۳۶ ± ۱/۰۵	۴/۵۰ ± ۰/۸۶
	کارشناسی ارشد	۵/۰۷ ± ۰/۵۷	۰/۶۸ ± ۵/۴۴	۵/۰۴ ± ۰/۶۳	۵/۱۷ ± ۰/۵۶
شهرستان	دکتری	۴/۹۸ ± ۰/۷۸	۵/۱۰ ± ۰/۷۹	۴/۶۲ ± ۰/۸۸	۴/۸۷ ± ۰/۷۶
	بندر ترکمن	۴/۹۱ ± ۰/۹۷	۵/۲۹ ± ۰/۶۶	۴/۹۳ ± ۰/۷۹	۵/۰۳ ± ۰/۷۲
	P-Value	۰/۰۰۵	۰/۰۵۷	۰/۰۶۶	۰/۰۱۶
سن	گمیشان	۴/۶۶ ± ۱/۰۶	۵/۰۶ ± ۱/۰۴	۴/۵۰ ± ۱/۱۶	۴/۷۱ ± ۱/۰۳
	گرگان	۴/۶۹ ± ۰/۶۸	۴/۹۷ ± ۰/۴۱	۴/۳۰ ± ۰/۷۲	۴/۶۱ ± ۰/۵۳
	P-Value	۰/۸۱۲	۰/۸۷۲	۰/۷۲۳	۰/۸۲۹
سابقه‌ی کاری	آق‌قلا	۴/۶۴ ± ۰/۹۰	۴/۹۶ ± ۱/۰۶	۴/۶۰ ± ۱/۰۸	۴/۷۲ ± ۰/۹۶
	کردکوی	۴/۴۴ ± ۰/۹۲	۵/۱۲ ± ۰/۹۰	۴/۵۳ ± ۱/۲۲	۴/۶۸ ± ۰/۹۷
	P-Value	۰/۰۰۴	۰/۰۰۳	۰/۱۰	۰/۰۵
سابقه‌ی کاری	بندر گز	۴/۴۹ ± ۰/۴۷	۴/۹۰ ± ۰/۶۰	۴/۶۷ ± ۰/۳۹	۴/۶۹ ± ۰/۳۳
	ضریب همبستگی	۰/۷۳۷	۰/۷۹۶	۰/۴۶۹	۰/۷۰۶
	P-Value	۰/۰۰۶	۰/۰۶۰	۰/۰۹	۰/۰۸
	ضریب همبستگی	۰/۶۲۴	۰/۶۲۵	۰/۴۸۲	۰/۵۲۰
	P-Value				

پزشک خانواده ی شهری و روستایی در حیطه ی ساختاری، مربوط به دریافت بهنگام و بهینه ی اعتبارات مورد نیاز از مقامات بالادستی (تأمین مالی) است که هم راستا با نتایج مطالعه ی حاضر است [۱۲]. در مطالعه ی محمدیان و همکاران، بحث تأمین منابع مالی و نظام پرداخت مهم ترین چالش برنامه ی پزشک خانواده معرفی شد [۲۱]. در مطالعه ی کبیر و همکاران در هر دو گروه پزشکان خانواده و گروه سلامت پایین ترین میزان رضایت مربوط به بعد حقوق و مزایای شغلی بود که با نتایج مطالعه ی حاضر همخوانی دارد [۲۲]. مطالعات اسبارونی (Sbarouni) و همکاران سیستم پرداخت ناکارآمد را در برنامه ی پزشک خانواده گزارش کرد [۲۳]. در مطالعه ی محمدی بالابلند و همکاران، از ضعف در کارکرد بیمه ها و ضعف در سیاست گذاری به عنوان دلایل چالش در منابع مالی و نظام پرداخت یاد شده است [۲۴]. پس از اجرای برنامه ی پزشکی

خانواده، بار مراجعات به مراکز مجری افزایش یافته است که به معنی نیاز بیشتر به منابع و امکانات است. به نظر می رسد که اختصاص ردیف بودجه ای مشخص بتواند مشکلات مالی آن را کاهش دهد [۲۵، ۲۶]. نکته ی مهم این است که اجرای برنامه ی پزشکی خانواده تأثیر مثبتی بر کاهش هزینه های غیر ضروری داشته است؛ لذا سرمایه گذاری در این برنامه می تواند موجب کاهش هزینه های نظام سلامت نیز بشود [۲۷].

مطالعه ی Kahn و همکاران وجود برخی از چالش ها را در رابطه با کمبود ابزار برای ارزیابی سیستم پرداخت گزارش کرد. آن ها ارائه ی اندازه گیری های مناسب برای ارزیابی عملکرد، پیاده سازی و ارزیابی سیستم P4P و لزوم انجام ارزیابی های اقتصادی مناسب را به عنوان راه حل های غلبه بر مشکلات موجود پیشنهاد کردند [۲۸].

جدول ۸: بررسی ارتباط نمره ی کل پرسش نامه ی ارزیابی فرایند و ابعاد آن با متغیرهای دموگرافیک در کارشناسان ستادی

متغیر	سطوح	شاخص های توصیفی	ساختار	فرایند	نتایج	نمره ی کل پرسش نامه
جنس	زن	انحراف معیار ± میانگین	۴/۷۳ ± ۰/۹۳	۵/۰۰ ± ۰/۸۸	۴/۶۵ ± ۰/۸۶	۴/۷۸ ± ۰/۸۳
	مرد	انحراف معیار ± میانگین	۴/۶۶ ± ۰/۹۱	۴/۹۱ ± ۰/۸۷	۴/۶۰ ± ۰/۸۰	۴/۷۱ ± ۰/۷۸
		P-Value	۰/۶۷۳	۰/۷۲۵	۰/۶۷۳	۰/۶۶۳
سطح تحصیلات	کاردانی	انحراف معیار ± میانگین	۴/۹۲ ± ۰/۶۲	۵/۱۱ ± ۰/۷۲	۴/۷۴ ± ۰/۸۵	۴/۹۰ ± ۰/۶۶
	کارشناسی	انحراف معیار ± میانگین	۴/۷۴ ± ۰/۹۳	۵/۰۲ ± ۰/۹۲	۴/۶۵ ± ۰/۸۲	۴/۷۹ ± ۰/۸۳
	کارشناسی ارشد	انحراف معیار ± میانگین	۴/۵۸ ± ۰/۹۶	۴/۸۳ ± ۰/۷۷	۴/۵۸ ± ۰/۸۸	۴/۶۶ ± ۰/۷۹
شهرستان	دکتری	انحراف معیار ± میانگین	۳/۹۰ ± ۰/۶۰	۴/۳۰ ± ۰/۸۲	۴/۰۳ ± ۰/۷۲	۴/۰۷ ± ۰/۶۷
	بندر ترکمن	انحراف معیار ± میانگین	۴/۹۴ ± ۰/۸۵	۴/۹۴ ± ۰/۸۵	۴/۶۵ ± ۰/۷۵	۴/۷۳ ± ۰/۷۳
	گمیشان	انحراف معیار ± میانگین	۵/۰۸ ± ۱/۰۰	۵/۰۸ ± ۱/۰۰	۴/۸۵ ± ۰/۸۴	۴/۹۴ ± ۰/۸۹
سابقه ی کاری	گران	انحراف معیار ± میانگین	۴/۴۳ ± ۱/۱۳	۴/۸۶ ± ۰/۹۹	۴/۳۴ ± ۱/۱۳	۴/۵۲ ± ۱/۰۲
	آق فلا	انحراف معیار ± میانگین	۴/۷۲ ± ۰/۹۴	۴/۹۸ ± ۰/۸۸	۴/۷۱ ± ۰/۷۴	۴/۷۹ ± ۰/۷۹
	کردکوی	انحراف معیار ± میانگین	۴/۷۴ ± ۰/۶۸	۴/۹۲ ± ۰/۷۹	۴/۵۵ ± ۰/۷۵	۴/۷۱ ± ۰/۶۸
سن	بندر گز	انحراف معیار ± میانگین	۴/۸۰ ± ۰/۷۹	۵/۰۰ ± ۰/۶۳	۴/۶۲ ± ۰/۵۶	۴/۷۴ ± ۰/۶۱
		P-Value	۰/۳۸۸	۰/۹۵۰	۰/۲۸۹	۰/۵۰۵
	ضریب همبستگی		۰/۰۱	-۰/۰۳	۰/۰۴	-۰/۰۱
سابقه ی کاری		P-Value	۰/۹۲۴	۰/۶۷۴	۰/۶۵۶	۰/۹۳۲
	ضریب همبستگی		۰/۰۴	۰/۰۰	۰/۰۴	-۰/۰۳
	P-Value		۰/۶۵۲	۰/۹۸۳	۰/۶۴۲	۰/۷۲۵

سیاسی، تعهد به استانداردها، استفاده از دستورالعمل‌های ارجاع و پرونده‌های الکترونیکی و تبادل اطلاعات یکی از استراتژی‌های اصلی کارآمد در پیاده‌سازی زنجیره‌ی ارجاع است [۳۱].

طبق نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعه، میانگین نمرات پرسش‌نامه در کل و به‌تفکیک حیطه‌های ساختار، فرایند و نتایج از دیدگاه مدیران و کارشناسان ستادی غرب استان گلستان با رویکرد فرایندی کمی بالاتر از حد متوسط گزارش شده است. بیشترین میانگین نمره در بین ابعاد نیز مربوط به حیطه‌ی فرایند بوده است. یافته‌های پژوهش کشاورزی و همکاران نشان داد که از دیدگاه مدیران و کارشناسان، میانگین سطح عملکردی پزشکان خانوادگی شهری در موضوعات مختلف عمدتاً در سطح متوسط بوده است که تا حدودی با مطالعه‌ی ما همخوانی دارد [۱۳]. همچنین، این نتایج با مطالعه‌ی اشرفیان و همکاران که سطح عملکردی پزشکان خانوادگی و بیمه‌ی روستایی را در راستای پنج وظیفه‌ی اصلی از دیدگاه مدیران و کارشناسان ستاد مراکز بهداشت شهرستان‌های استان‌های شمالی ایران بررسی کرده بودند، مطابقت دارد [۳۶]. با وجود برداشتن گام‌هایی برای تقویت نظام سطح‌بندی‌شده‌ی ارائه‌ی خدمات در کشور، هنوز چالش‌هایی در مسیر تکامل و نهادینه شدن برنامه‌ی پزشک خانوادگی، تقویت هماهنگی بین سطوح مختلف ارائه‌ی خدمات، جلب همکاری سازمان‌های مردم‌نهاد و آموزش و فرهنگ‌سازی وجود دارد که کارایی و اثربخشی برنامه‌ی پزشک خانوادگی روستایی را با چالش مواجه کرده است و مرتفع کردن آن‌ها مداخله‌های چندبعدی می‌طلبد.

نتایج نشان داد که بین نمره‌ی کلی پرسش‌نامه و همچنین، حیطه‌های ساختار، نتایج و فرایند در گروه مدیران و کارشناسان هیچ تفاوت معناداری وجود ندارد. در هر دو گروه مدیران و کارشناسان، بیشترین نمره به‌ترتیب مربوط به حیطه‌ی فرایند، حیطه‌ی ساختار و سپس حیطه‌ی نتایج بوده است. در مطالعه‌ی کشاورزی و همکاران، بین قضاوت مدیران و مجریان در ارزیابی سطح عملکرد برنامه‌ی پزشکی خانوادگی رابطه‌ی معناداری وجود

بالاترین نمرات در حیطه‌ی نتایج مربوط به میزان دانش و آگاهی تیم سلامت و پزشکان شاغل بود. محمدی بالابند و همکاران نشان دادند که کمبود آموزش دانشگاهی برای اعضای تیم سلامت یکی از چالش‌های اصلی برنامه‌ی پزشکی خانواده در این حوزه است [۲۴]. یکی از نقاط ضعف اجرای طرح پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و سیاست‌گذاران بخش سلامت در مطالعه‌ی جنتی و همکاران، عدم آموزش کافی مسائل بهداشتی به پزشکان بود [۲۵]. مطالعه‌ی آذربورن و همکاران آموزش پزشکان را یکی از چالش‌های برنامه‌ی پزشک در مراقبت‌های اولیه نشان داد [۲۹]. به‌طور مشابه، نتایج پژوهش وان در ورت (Van der Voort) و همکاران به وجود چالش آموزشی در برنامه‌های پزشک خانواده اشاره و بر آموزش پزشکان در زمینه‌های مدیریت، ارتباط و مهارت‌های پژوهشی تأکید کرد [۳۰]. وجود گروه‌های تخصصی در مرکز بهداشت استان، بهره‌گیری از ظرفیت مرکز آموزش بهورزی و همراهی گروه‌های آموزشی در دانشکده‌ها می‌تواند پشتوانه‌ی علمی مناسبی برای افزایش سطح آگاهی و توانمندی مجریان برنامه‌ی پزشکی خانواده در عرصه باشد [۳۱]. ضروری است که مدیران دوره‌های آموزشی متناسب و اثربخش را برای اعضای تیم سلامت برگزار و مهارت‌های علمی و عملی آن‌ها را در فواصل منظم ارزیابی کنند. از طرفی، در مطالعاتی نشان داده شده است که دستورالعمل‌های اجرایی برنامه‌ی پزشک خانواده نیز به‌صورت مداوم در حال تغییر است که این موضوع ممکن است اعضای تیم سلامت را دچار سردرگمی کند و در کیفیت ارائه‌ی خدمات توسط آن‌ها مشکل‌ساز شود [۹، ۱]. پایین‌ترین نمرات در این حیطه به‌ترتیب مربوط به رضایت‌بخش بودن ارجاع برعکس از سطح دو به یک، مطابقت تعداد ارجاعات توسط پزشک با نیاز و استاندارد واقعی و منطقی بودن تعداد اقلام دارویی مندرج در نسخ پزشک بود. همچنین، مطالعات زیادی به چالش نظام ارجاع در برنامه‌ی پزشکی خانواده پرداخته‌اند [۳۲-۳۵]. تجارب کشورهای موفق نشان داده است که حمایت و پشتیبانی

داشت که مغایر با نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر است [۱۳].

طبق نتایج، در گروه مدیران و کارشناسان، متغیرهای جنس، شهرستان، سن و سابقه‌ی کاری با نمره‌ی کلی پرسش‌نامه و حیطه‌های ساختار، فرایند و نتایج ارتباط معناداری نداشت؛ اما در گروه کارشناسان، متغیر تحصیلات با نمره‌ی کلی پرسش‌نامه و حیطه‌ی ساختار ارتباط معناداری داشت، به‌طوری که نمره‌ی کلی پرسش‌نامه و همچنین، نمره‌ی حیطه‌ی ساختار در افراد با تحصیلات کارشناسی ارشد بالاتر از افراد با تحصیلات کارشناسی بود. در مطالعه‌ی کشاورزی و همکاران، بین متغیرهای استان محل خدمت و سابقه‌ی خدمت و قضاوتشان در ارزیابی سطح عملکرد برنامه‌ی پزشکی خانواده رابطه‌ی معناداری وجود داشت که مغایر با نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر است؛ اما با متغیر تحصیلات ارتباط معناداری داشت که هم‌راستا با مطالعه‌ی حاضر است [۱۳]. در مطالعه‌ی بابازاده گشتی و همکاران، جنسیت مدیران مورد مطالعه با ابعاد مشارکت جامعه، ارائه‌ی خدمات، مدیریت عملکرد و مدیریت سلامت منطقه از نظر آماری ارتباط معنی‌داری داشت که مغایر با نتایج مطالعه‌ی حاضر است [۶].

علی‌رغم دستیابی به اطلاعات مذکور، این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت. در مطالعات مقطعی با قاطعیت زیاد نمی‌توان در مورد عوامل مؤثر تصمیم گرفت. در این راستا، نتایج این مطالعه می‌تواند پایه‌ای برای مطالعات مداخله‌ای آینده باشد. استفاده از پرسش‌نامه در جمع‌آوری اطلاعات که مبتنی بر خوداظهاری است، ممکن بود باعث شود کارکنان از بیم پیامدهای احتمالی به سؤالات صادقانه جواب ندهند. در این راستا، ضمن آموزش به پاسخ‌گویان، بر بی‌نام بودن و جمع‌آوری محرمانه‌ی پرسش‌نامه‌ها تأکید شد. پاسخ‌گویی در مراکز بهداشت ممکن بود میزان دقت شرکت‌کنندگان در پاسخ‌گویی را کاهش دهد. برای رفع این مشکل از پاسخ‌گویان تقاضا شد در زمانی که مراجع ندارند، با آرامش و اختصاص وقت کافی پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند.

به‌منظور انجام مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود که علاوه بر مدیران و کارشناسان ستادی دانشگاه، این مطالعه از دیدگاه پزشکان خانواده، مدیران و کارشناسان اداره‌ی کل بیمه‌ی سلامت و دریافت‌کنندگان خدمات نیز انجام شود. همچنین، علاوه بر انجام مطالعات گسترده‌تر در سطح استان و بررسی‌های دوره‌ای، طراحی مداخلات مؤثر به‌منظور بهبود ساختار، فرایند و نتایج اجرای برنامه و سنجش میزان اثربخشی این مداخلات در مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود.

فرایند اجرای برنامه‌ی پزشکی خانواده در غرب استان گلستان در کل و به‌تفکیک حیطه‌های ساختار، فرایند و نتایج کمی بالاتر از حد متوسط ارزیابی شد. بین نمره‌ی کلی پرسش‌نامه و همچنین، حیطه‌های ساختار، نتایج و فرایند در گروه مدیران و کارشناسان هیچ تفاوت معناداری مشاهده نشد. به‌منظور بهبود وضعیت موجود، لازم است تخصیص بودجه و توزیع اعتبارات مالی برای پیشرفت برنامه و قراردادهای مناسب با پزشکان خانواده متناسب با وضعیت تورم بازبینی شود. باید اجرای برنامه‌ی اولین ویزیت (سرشماری) مندرج در بسته‌ی خدمات پزشکی خانواده، اجرای برنامه‌ی سلامت مدارس و اجرای برنامه‌ی سلامت محیط مندرج در بسته‌ی خدمات پزشکی خانواده بهبود یابد. مشکل ارجاع برعکس از سطح دو به یک باید رفع شود. باید تعداد ارجاعات توسط پزشک با نیاز و استاندارد واقعی متناسب شود و تعداد اقلام دارویی مندرج در نسخ پزشک منطقی باشد.

قردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی مقطع پزشکی عمومی و طرح تحقیقاتی مصوب در مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه‌ی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی گلستان (IR.GOUMS.REC.1401.408) است. بدین وسیله از معاونت بهداشتی دانشگاه

تعارض در منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که تضاد منافی در این مطالعه وجود ندارد.

علوم پزشکی گلستان و تمام مدیران و کارشناسان شرکت کننده در مطالعه که در اجرای اهداف تحقیقاتی این پژوهش ما را یاری کردند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

References

1. 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(2): 17-38 (Persian).
2. Kohpeima Jahromi V, Dehnavieh R, Mehrolhasani M. Evaluation of Urban Family Physician Program in Iran Using Primary Care Evaluation Tool. *Irje* 2018; 13 :134-44 (Persian).
3. Kabir MJ, Heidari A, Honarvar M R, Khatirnamani Z. Analysis of electronic referral system agenda setting based on kingdon multiple streams framework. *Payesh* 2022; 21(1): 25-33 (Persian).
4. Maftoon F, Farzadi F, Montazeri A, Aeenparast A. Contract performance and training conditions in family physician and referral system: the providers' perspectives. *Payesh (Health Monitor)* 2016; 15(1): 19-25 (Persian).
5. Farzadi F, Mohammad K, Maftoon F, Ghasemi RL, Dezfoli NT. General practitioner supply: family physician program and medical workforce. *Payesh (Health Monitor)* 2009; 8(4): 415-21 (Persian).
6. Babazadeh Gashti A, Jafari N, Kabir MJ, Heidari A, Behnampour N, Honarvar MR, et al. Assessing rural family physician's performance according to healthcare managers, family physicians, and patients in Golestan province, Iran. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2016; 25(132): 23-32 (Persian).
7. Kazemian M, Kavian telori F. Assesment of access to health care in Family Physician Program by performance criteria of health care continuity and timely access in Gorgan. *Daneshvar Medicine* 2020; 23(5): 61-72 (Persian).
8. Rashidian A, Mohammadi A. Status and Barriers to Implementation of Family Physician Program in Iran Health System. *Social Welfare Quarterly* 2016; 16(62): 59-102 (Persian).
9. Mohammadian M, Vafae Najar A, Nejat-zadehgan Eidgahi Z, Jajarmi H, Hooshmand E. Reviewing the Challenges of Family Physician Program from the Perspective of Managers and Doctors in North Khorasan province 2017. *Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation* 2018; 7(1): 14-24 (Persian).
10. Hooshmand E, nejat-zadegan Z, ebrahimipour H, esmaili H, vafae najar A. The Challenges of the Family Physician Program in the North East of Iran from the Perspective of Managers and Practitioners Working on the Plan. *JABS* 2019; 9(4): 1794-808 (Persian).
11. Ebrahimipour H, Hosseini SE, Mahmoudian P, Vafae Najar A, Zomorodi Niat H, Emamian H, et al. Evaluating the performance of family physician in rural health centers, Bardaskan, 2013. *Beyhagh* 2015; 22(20): 26-34 (Persian).
12. Abedi Gh, Esmaili Seraji Z, Mahmoodi Gh, Jahani MA, Abbasi M. Evaluating the Implementation of Family Physician Program in Urban and Rural Areas of Mazandaran Province Based on Process Approach. *J Babol Univ Med Sci* 2020; 22: 126-34 (Persian).
13. Keshavarzi A, Kabir MJ, Ashrafian Amiri H, Rabiee SM, Hosseini S, Nasrollahpour Shirvani SD. An Assessment of the Urban Family Physician Program in Iran from the Viewpoint of Managers and Administrators. *J Babol Univ Med Sci* 2017; 19(11): 67-75 (Persian).
14. Farzadfar F, Jafari S, Rahmani K, Valiee S, Bidarpour F, Molasheikhi M et al. Views of managers, health care providers, and clients about problems in implementation of urban family physician program in Iran: A qualitative study. *SJKU* 2017; 22(5): 66-83 (Persian).
15. Abedi G, Charati JY, Marvi A. Satisfaction of services recipients and providers in health centers with urban family physician services and other health centers in

- Sari and Gorgan, North of Iran. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2019; 29(172): 80-9 (Persian).
16. Abedi G, Marvi A, Kentaei S, Amir S, Abedini E, Asadi Ali Abadi M, et al. SWOT analysis of implementation of urban family physician plan from the perspective of beneficiaries: A qualitative study. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2017; 27(155):79-93 (Persian).
 17. Atefi A, Aghamohamadi S, Jamshidbeygi E, Zarabi M. Factors influencing desertion of family physicians working in rural areas with deprivation index less than 1.4 (prosperous) in 2010. *Hakim* 2014; 17(1): 44-7 (Persian).
 18. Witry MJ, Doucette WR, Daly JM, Levy BT, Chrischilles EA. Family physician perceptions of personal health records. *Perspect Health Inf Manag* 2010; 7: 1d.
 19. Cohen DJ, Dorr DA, Knierim K, DuBard CA, Hemler JR, Hall JD, et al. Primary care practices' abilities and challenges in using electronic health record data for quality improvement. *Health Aff (Millwood)* 2018; 37: 635-43.
 20. Stream G. Trends in adoption of electronic health records by family physicians in Washington State. *J Innov Health Inform* 2009; 17: 145-52.
 21. Mohammadian M, Vafaei Najari A, Nejatizadehgan Eidgahi Z, Jajarmi H, Hooshmand E. Reviewing the Challenges of Family Physician Program from the Perspective of Managers and Doctors in North Khorasan province 2017. *J Paramed Sci Rehabil* 2018; 7(1):14-24 (Persian).
 22. Kabir MJ, Heidari A, Adel R, Khatirnamani Z. Assessing the quantitative status of the family physician plan from the perspective of family physicians, health team members and staff experts. *Health Research Journal* 2021; 6(4): 308-18 (Persian).
 23. Sbarouni V, Tsimtsiou Z, Symvoulakis E, Kamekis A, Petelos E, Saridaki A, et al. Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: A qualitative study. *Rural Remote Health* 2012; 12: 2156.
 24. Mohammadi Bolbanabad J, Mohammadi Bolbanabad A, Valiee S, Esmailnasab N, Bidarpour F, Moradi G. The Views of Stakeholders About the Challenges of Rural Family Physician in Kurdistan Province: A Qualitative Study. *Iran J Epidemiol* 2019; 15(1): 47-56 (Persian).
 25. Janati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani MR, Vakili S. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program. *J knowledge & health* 2010; 4(4): 38-43 (Persian).
 26. 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. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2018; 28(161): 75-87 (Persian).
 27. Kazemian M, Kavian Telouri F, Mirdarvatan S. Assessment Unnecessary Costs in Family Physicians with Comprehensive Approach to Care Cuts in Family Physician Program. *J Healthcare Manage* 2016; 7(3): 45-54 (Persian).
 28. Kahn JM, Scales DC, Au DH, Carson SS, Curtis JR, Dudley RA, et al. An official American Thoracic Society policy statement: Pay-for-performance in pulmonary, critical care, and sleep medicine. *Am J Respir Crit Care Med* 2010; 181: 752-61.
 29. Osborn R, Moulds D, Schneider EC, Doty MM, Squires D, Sarnak DO. Primary care physicians in ten countries report challenges caring for patients with complex health needs. *Health Aff (Millwood)* 2015; 34: 2104-12.
 30. Van der Voort CT, van Kasteren G, Chege P, Dinant GJ. What challenges hamper Kenyan family physicians in pursuing their family medicine mandate? A qualitative study among family physicians and their colleagues. *BMC Fam Pract* 2012; 13: 32.
 31. Kabir MJ, Malekafzali H, Mohagheghi MA, Heidari A, Jafari N, Tabrizchi N, Moeini S. Effective Implementation of Family Medicine Program in Iran: Requirements and Implementation of Strategies. *Iran J Cult Health Promot* 2021; 5(3): 353-60 (Persian).
 32. Kabir MJ, Heidari AL, Honarvar MR, Khatirnamani Z, Badakhshan A, Rafiei N, et al. Establishment of an Electronic Referral System in Golestan Province: Opportunities and Threats. *Journal of Health Based Research* 2020; 6(2): 151-67 (Persian).
 33. Kabir M J, Haydari A, Honarvar M R, Khatirnamani Z, Badakhshan A, Rafiei N, et al. Executive Challenges of Electronic Referral System in the Health Centers and Hospitals in Golestan Province, Iran: A Qualitative Study. *SJSPH* 2021; 19(2): 157-72 (Persian).
 34. Kabir MJ, Heidari A, Khatirnamani Z, Kazemi SB, Honarvar MR, Badakhshan A, et al. Identification and Ranking of the Reasons for not Referring Patients from Level 1 to Level 2 through Electronic Referral System of Golestan Province in 2019. *Manage Strat Health Syst* 2021; 5(4): 270-9 (Persian).
 35. Kabir MJ, Heidari A, Honarvar MR, Khatirnamani

Z, Badakhshan A, Rafiei N, et al. Management challenges of implementing electronic patient referral system; a qualitative study. Health Research Journal 2021; 6(4): 275-28 (Persian).

36. Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Nasrollahpour

Shirvani SD, Malegzadeh R. Performance of family physicians (FPs) from viewpoint of managers and experts of northern provinces of Iran. J Babol Univ Med Sci 2015; 17(4): 79-85 (Persian).