

تبیین تجارب ماماهاى عضو تیم سلامت در مورد برنامه پزشک خانواده

اکرم بیاتی^{۱*}، فاطمه قنبری^۲، اکرم ملکی^۳، سیدشهریار حسینی^۴، محسن شمسی^۵

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۰۷/۰۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۹/۰۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: مامایی از مشاغل مهم و کلیدی در سیستم بهداشت و درمان کشور است که عهده‌دار حفظ سلامت مادر و کودک و در نهایت جامعه می‌باشد. این مطالعه باهدف تبیین تجارب ماماهاى عضو تیم سلامت در مورد برنامه پزشک خانواده انجام گردید.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع یک مطالعه کیفی از نوع آنالیز محتوا می‌باشد. روش جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه عمیق فردی (نیمه ساختاریافته) می‌باشد که با ماماها انجام و تجارب آنان در مورد برنامه پزشک خانواده سؤال شده است. جلسات تا اشباع نظرات افراد ادامه یافت. در مجموع ۱۵ مصاحبه بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام شد و برای تجزیه و تحلیل از روش آنالیز محتوا با رویکرد قراردادی استفاده شده است.

یافته‌ها: بر اساس دیدگاه ماماهاى شاغل در تیم سلامت عوامل مدیریتی شامل طبقات اصلی سازمان‌دهی (سیستم ارجاع، نقش بهورزان، سیاری) - برنامه‌ریزی نیروی انسانی (دسترسی به پزشکان) - فرایند ارائه خدمات (حجم کار، مرخصی، فضای فیزیکی، امنیت شغلی، حقوق و مزایا) - ارزشیابی (بازدید کارشناسان) - آشناسازی (آموزش ناکافی تیم سلامت، عدم توجه بخش خصوصی) و منافع بهداشتی درمانی - منافع اقتصادی شامل بهبود شاخص‌های بهداشت عمومی، بهبود مراقبت‌ها، پرونده سلامت، پوشش بیمه روستاییان گزارش شد.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان‌دهنده لزوم توجه بیشتر مسئولین برنامه پزشک خانواده به زمینه‌های مختلف شغلی و رفاهی ماماهاى شاغل در این برنامه می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: ماما، پزشک خانواده، تجارب

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره دهم، پی‌درپی ۷۵، دی ۱۳۹۴، ص ۸۴۳-۸۵۲

آدرس مکاتبه: اراک، سردشت، دانشکده پیراپزشکی، صندوق پستی: ۶۹۱۴-۳۸۴۸۱۷، تلفن: ۰۸۶-۳۴۱۷۳۵۰۵

Email: a.bayati@arakmu.ac.ir

مقدمه

و کیفیت ارائه خدمات مؤثر است (۱). منابع انسانی سرمایه‌های بنیادین سازمان‌ها و منشأ هرگونه تحول و نوآوری در سازمان‌ها محسوب می‌شوند (۲) موفقیت هر سازمان بستگی به تلاش و رضایت شغلی کارکنان آن سازمان دارد. رضایت شغلی یک حالت مثبت و مطبوع، پیامد ارزیابی شغلی یا تجربه فردی است که به سلامت جسمی و روانی افراد کمک می‌کند. کارکنان دارای رضایت شغلی کم، بیشتر سازمان را ترک می‌کنند، از سلامت روانی کم‌تری برخوردارند و اثر ناخوشایند آن در زندگی خصوصی فرد، دیگران و جامعه مشاهده می‌شود (۳).

در میان کارکنان بخش بهداشت، ماما وظایف مهمی در امر حفظ و ارتقای سلامت مادر و کودک، ارائه مراقبت با کیفیت بالا و دادن اطلاعات صحیح به مددجو است. مامایی ازجمله مشاغلی است که باهدف حفظ و ارتقای سلامت بهداشت جامعه و تأمین سلامت مادران و نوزادان ازجمله رشته‌های مهم و حافظ سلامتی جامعه محسوب می‌شود حفظ نیروهای حاضر و ارتقای سلامت جسمانی و آرامش روانی افراد شاغل در این حرفه می‌تواند تأثیر به‌سزایی در عملکرد آنان داشته باشد ضمن آنکه وضعیت سلامت آن‌ها بر کمیت

^۱ مربی، کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس جلب مشارکتهای مردمی، کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

^۳ کارشناس مرکز بهداشت استان مرکزی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

^۴ کارشناس مرکز بهداشت استان مرکزی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

^۵ استادیار آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

زمینه به تبیین تجارب ماماهاى تیم سلامت در مورد عوامل مؤثر بر ارتقاء کیفیت برنامه پزشک خانواده در استان مرکزی می‌پردازد. چراکه هر پژوهشی با یک سؤال خاص شروع می‌شود این سؤال تعیین‌کننده بوده و نقش هدایتی در روند و مراحل و نحوه اجرای یک مطالعه را دارا می‌باشد بنابراین نوع سؤال، تعیین‌کننده روش پژوهش است. در این پژوهش سؤال این است: تجربه ماماهاى عضو تیم سلامت در مورد کیفیت برنامه پزشک خانواده چیست؟ با توجه به این سؤال مناسب‌ترین روش برای مطالعه، روشی است که بتواند ماهیت یک پدیده را در بستر طبیعی آن به همراه ساختار و عوامل مؤثر بر شکل‌گیری آن را نشان دهد به همین دلیل بین روش‌های تحقیق، روشی که می‌تواند ماهیت پدیده و فرایند شکل‌گیری آن را در بستر طبیعی نشان دهد مطالعه کیفی است (۱۱، ۱۲). با توجه به اینکه پژوهش‌های انجام‌شده بیشتر به بررسی عملکرد و رضایتمندی پزشکان و گه‌گاه اعضای تیم سلامت به‌صورت کمی و پرسشنامه‌ای پرداخته‌اند، لذا برای رسیدن به حقیقت از متن داده‌ها که حاصل مصاحبه‌ی عمیق با مشارکت‌کنندگان است، لزوم انجام این پژوهش به روش کیفی احساس شد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی و بخشی از مطالعه بزرگ‌تری می‌باشد که به بررسی تجارب اعضای تیم سلامت در خصوص برنامه پزشک خانواده می‌پردازد که در مطالعه حاضر با توجه به وسعت مطالب تجارب یک گروه از اعضای تیم سلامت شامل ماماهاى شاغل در این برنامه بررسی شده است. از آنجاکه هدف از این مطالعه شناخت تجارب ماماهاى شاغل در تیم سلامت برنامه پزشک خانواده و درک عوامل مؤثر بر ارتقاء این برنامه بود از تحقیق کیفی از نوع پدیدشناسی^۱ که ابزارهایی را برای بررسی این عوامل ارائه و موجب به دست آوردن اطلاعات غنی و عمیق از نمونه‌ها می‌شود استفاده شد. در این مطالعه جامعه پژوهش شامل ماماهاى شاغل در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده در سطح شهرستان اراک و مکان (محیط) پژوهش نیز شامل مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی شهرستان اراک بودند.

شرکت‌کنندگان در این پژوهش شامل ۱۵ نفر از ماماهاى شاغل در تیم سلامت برنامه پزشک خانواده بودند که به‌صورت نمونه‌گیری گلوله برفی انتخاب شدند. مشارکت‌کنندگانی که دارای ویژگی‌های زیر بودند در مطالعه شرکت داده شدند:

داشتن تجربه حداقل یک سال فعالیت در برنامه پزشک خانواده، سابقه حداقل یک سال خدمت در برنامه پزشک خانواده در

در برنامه پزشک خانواده رضایت کارکنان موضوع مهمی است که می‌تواند در کمیت و کیفیت تولید خدمات عامل تعیین‌کننده به حساب آید بررسی جامعه پزشکان نشان می‌دهد که عواملی همچون جذاب بودن شغل شرایط مناسب کار، امکان پیشرفت، صداقت و همکاری در بین همکاران و وجود همدلی در برابر کار و به‌ویژه پسندیده بودن شغل پزشکی از نظر جامعه می‌تواند در رضایت شغلی افراد مؤثر باشد (۴-۵).

کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده در تأمین سلامت مادران و کودکان، بیانگر درجه مطلوبیت عملکرد ماماهاى طرح پزشک خانواده است که می‌تواند سبب رضایت گیرندگان خدمت گردد و وجود نمونه‌های ناراضی‌منتج شده از کیفیت نامطلوب خدمات می‌تواند نشان‌دهنده عدم رضایت ماماهاى پزشک خانواده در ارائه خدمات باشد (۶).

با مدنظر قرار دادن همین فاکتورهای شناخته‌شده، نتیجه برخی مطالعات ارتباط بین ناراضی‌تی و فرسودگی شغلی را در جامعه پزشکان تأیید کرده است. در مطالعه‌ای که در مورد برنامه پزشک خانواده در کرمان انجام گرفت پس از اجرای برنامه هرساله روند افزایشی در ریزش پزشکان خانواده و ماماهاى همکار دیده‌شده که ممکن است به دلایل مختلفی چون ادامه تحصیل و نزدیک شدن به امتحان دستیاری و مسائل محیطی، وضعیت استخدام پزشکان خانواده، کم‌ثباتی شغلی و امنیت شغلی پایین باشد (۷).

در پژوهشی بر روی ماماهاى استرالیا، نشان داده شد که ۶۰ درصد از ماماها سطح متوسط به بالای خستگی عاطفی را تجربه کرده بودند (۸). همچنین در مطالعه دیگری که بر روی ماماهاى ترکیه در سال ۲۰۰۹ انجام شد سطح فرسودگی شغلی ماماها متوسط بود (۹). با مدنظر قرار دادن این نکته که رضایت شغلی تیم‌های سلامتی در نحوه ارائه خدمات تأثیر مستقیمی دارد. تعیین سطح رضایتمندی ماماهاى طرح پزشک خانواده حائز اهمیت است. در این رابطه در نتایج پژوهشی که در ارتباط با تعیین سطح رضایت شغلی ماماهاى طرح پزشک خانواده در اصفهان انجام گرفته است میانگین رضایتمندی ماماها ۴۸ درصد و کم‌تر از حد متوسط گزارش گردیده است (۶). این در حالی است که نتایج مطالعه دیگری باهدف تعیین میزان رضایت شغلی ماماهاى مراکز بهداشتی-درمانی نشان داد که میانگین رضایت شغلی ماماها بیشتر از حد متوسط بوده است (۱۰).

برنامه پزشک خانواده از سال ۱۳۸۴ در استان مرکزی در حال اجرا است. این مطالعه با توجه به گذشتن حدود ۸ سال از اجرای برنامه پزشک خانواده و با توجه به عدم وجود مطالعه کیفی در این

¹ Phenomenology

روستاهای اراک، توانایی برقراری ارتباط و درک مفاهیم، توانایی بیان کلامی با سهولت، توانایی حس و بیان احساسات و عواطف درونی بدون خجالت و یا مهار احساسات، داشتن امکان یادآوری از وضعیت واحد تحت مطالعه در زمان نسبتاً نزدیک (قابل یادآوری) و علاقه به بیان تجربه و توانایی نوشتن یا گزارش عقاید و تفکرات خود باشند. اطلاعات به روش مصاحبه عمیق فردی جمع‌آوری گردیده است. پژوهشگر برای به دست آوردن تجارب نمونه‌ها با مطرح نمودن سؤالات باز از قبیل: نحوه‌ی آشنایی با برنامه پزشک خانواده، تجارب به‌دست‌آمده در خصوص نحوه اجرا برنامه، و تجارب آنان در مورد میزان دستیابی به اهداف پیش‌بینی‌شده در برنامه استفاده نمود.

این اطلاعات در قالب ۱۵ مصاحبه عمیق فردی با ماماها در مراکز مجری برنامه صورت گرفته است. پیش از شروع هر جلسه مشارکت‌کنندگان رضایت خود را برای شرکت در پژوهش حاضر اعلام می‌نمودند. همه مصاحبه‌ها در اتاقی جداگانه و به‌صورت فردی انجام گرفت در ابتدای هر جلسه سؤال اولیه به‌صورت باز در خصوص وضعیت و نحوه اجرای برنامه پزشک خانواده مطرح می‌شد و سپس مناسب با روند بحث ادامه می‌یافت. زمان تقریبی هر مصاحبه دو ساعت تعیین گردید ولی با توجه به تمایل مشارکت‌کنندگان افزایش و یا کاهش می‌یافت. تمامی مصاحبه‌ها ضبط‌شده و بلافاصله پس از اتمام آن‌ها بر روی کاغذ آورده می‌شدند.

به‌منظور افزایش روایی داده‌های پژوهش علاوه بر پژوهشگر اصلی سایر اعضای تیم پژوهش حداقل ۲ نفر در همه مراحل جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها مشارکت فعال داشته‌اند. افزون بر این در مطالعه حاضر پس از کدگذاری هر مصاحبه نسخه‌ای کامل از آن شامل کدها و عبارات کلیدی به‌دست‌آمده به‌منظور ارزیابی سازگاری کدها با تجربه‌های مشارکت‌کنندگان در اختیار آنان قرار گرفت. بحث و بررسی تیم پژوهش در خصوص یافته‌های متناقض و دستیابی به اجماع نهایی نیز از دیگر روش‌های تأمین قابلیت پذیرش در مطالعه حاضر بود. همچنین پژوهشگران متن پیاده شده مصاحبه‌ها را به فاصله چند روز پس از کدگذاری اولیه دوباره خوانی و کدگذاری کرده و نتایج را با اولین کدگذاری مقایسه نمودند در صورت دستیابی به یافته‌های مشابه، ثبات و هماهنگی داده‌ها و در نتیجه قابلیت اعتماد آن‌ها تأیید شد.

آنالیز داده‌ها به‌صورت دستی طی فرایند کدگذاری باز، متون پیاده شده مصاحبه‌ها چند بار توسط پژوهشگران مطالعه و مفاهیم اصلی در قالب کد در برگ‌های جداگانه یادداشت می‌شدند. سپس کدهای اولیه دسته‌بندی‌شده و کدهای مشابه کنار هم قرار گرفته و طبقه‌ها شکل گرفتند. اشباع داده‌ها در هر طبقه بررسی و تأیید شد. در نهایت تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کیفی محتوا صورت پذیرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه از واحدهای معنی خلاصه‌شده پس از مرور و ادغام کدهای مشابه در یکدیگر در مجموع دو درون‌مایه عوامل مدیریتی و منافع عمومی از دیدگاه ماماها استخراج شد که در این قسمت به زیرمجموعه‌های هر یک از این درون‌مایه‌ها به تفصیل اشاره می‌گردد.

درون‌مایه عوامل مدیریتی:

طبقه اصلی - سازمان‌دهی:

با توجه به تجارب ماماها یکی از مهم‌ترین دلایل اجرای برنامه پزشک خانواده دسترسی عادلانه مردم به خدمات سلامت و ایجاد سیستم ارجاع بوده است. ولی به دلیل عدم توجه مراکز ارائه‌دهنده خدمت این امر به‌درستی انجام نشده است.

سیستم ارجاع:

- به دلیل توجه بیشتر به امور درمان تا مراقبت‌های بهداشتی، اکثر مردم از پزشکان توقع ارائه خدمات درمانی را دارند و بیشتر مراجعات به پزشک صورت می‌گیرد تا سایر اعضاء بخصوص بهورزان (ماما ۱۰).

نقش بهورزان:

اکثر شرکت‌کنندگان اذعان داشتند که علی‌رغم تمایل اکثر مردم برای مراجعه مستقیم به پزشک و ماما و توجیه نبودن مردم در ابتدای شروع برنامه مشکلات زیادی وجود داشت ولی با گذشت زمان و آموزش و تأکید بیشتر بر انجام درست سیستم ارجاع نقش بهورزان تا حدود زیادی بهبود یافته اگرچه باز مشکلاتی در این زمینه وجود دارد.

اینجا بهورزان اطلاعات خوبی ندارند و پرونده‌ها را خوب پر نمی‌کنند. مثلاً دستورالعمل پرکردن فرم را دارند ولی بهورزان نمی‌دانند. پرونده‌های بارداری را چک کردن از وظایف بهورزان است و کنترل آن‌ها مهم است (ماما ۹).

سیاری:

- به نظر من اگر مراکزی که دو پزشک دارد یکی صبح انجام خدمات می‌کرد و دیگری در همان شیف‌ت صبح سیاری می‌رفت کیفیت کار بالا بود چون و وقتی ما ساعت ۱۲ ظهر به بعد سیاری می‌رویم آنجا حداقل باید ۴ ساعت بمانیم تا کلی مریض ببینیم فکر کنید پزشکی که شیف‌ت صبح تعداد زیادی بیمار دیده در سیاری هم ۵۰ تا مریض می‌بیند وقتی هم برمیگردد بیماران باز منتظر هستند تا خدمات بگیرند این باعث کاهش راندمان کار شده و خستگی پزشک را به همراه دارد و مریض‌ها ناراضی هستند و غر هم می‌زنند (ماما ۱۴).

- معمولاً سیاری‌ها ساعت ۱۲ به بعد انجام می‌شود پزشک تا اون موقع مریض میبینه ولی بعدش برای سیاری میره به نظر من بهترین زمان همان بعداز ظهر است چون اگر صبح سیاری باشه تو کار درمانگاه اختلال ایجاد میشه ضمن اینکه مریض‌ها هم عادت کردند ساعات خاص مراجعه کنند و منتظر پزشک باشند (ماما ۱۳).

محول نمودن وظایف غیر مرتبط:

عده دیگری از ماماها معتقدند زمان سنجی کار ماماها انجام نشده است و وظایف غیر مرتبط و زیادی به آن‌ها محول می‌گردد که بعضاً خیلی از آن‌ها غیر مرتبط با حیطه تخصص آنهاست.

- حجم کار ماما خیلی بالاست وقتی که باید تزریقات، دارو و خدمات مامایی را انجام دهیم باید سریع کار را انجام دهیم و فرصتی برای دقت کردن روی کار نداریم برای ماما این حجم کار زیاد است و کیفیت کار را پایین می‌آورد (ماما ۸).

طبقه اصلی - برنامه‌ریزی نیروی انسانی:

برنامه‌ریزی فعالیت‌های اعضای تیم سلامت به‌گونه‌ای انجام شده است که دسترسی آسان روستائیان به پزشک بخصوص در روزهای غیر تعطیل از سوی اکثر اعضای شرکت کننده در پژوهش تأکید شده و لزوم تغییر و بازنگری در مسیر ارجاع از جمله مواردی بود که مطرح شد.

دسترسی به پزشکان و اعضای تیم سلامت:

اکثر شرکت‌کنندگان معتقدند که این برنامه باعث گردیده که در اکثر مناطق روستایی پزشک، ماما حضور داشته باشند و دسترسی به پزشک و سایر اعضای تیم سلامت بهبود یافته است.

- الان در اکثر روستاهای مجری برنامه پزشک خانواده پزشک حضور دارد در حالیکه قبلاً ممکن بود یک روستا مدت‌های زیادی از داشتن پزشک محروم باشد (ماما ۸).

طبقه اصلی - فرایند ارائه خدمات

افزایش مسئولیت و حجم کار بالا:

اکثر ماماها از محول نمودن وظایف متعدد و افزایش مسئولیت و همچنین قراردادی بودن خود ابراز نارضایتی کردند و معتقد بودند که با توجه به بالای بودن تعداد مراجعین به مراکز، افزایش ساعات کاری و داشتن برنامه سیاری بعد از ویزیت‌ها دچار خستگی و فرسودگی شغلی می‌شوند.

- ماماها بعد از پزشک خانواده رکن اصلی هستند چون هم کار خانم‌های باردار و هم تنظیم خانواده و هم جلسات آموزشی را انجام می‌دهند دارویار هم هستند (ماما ۱۵).

مرخصی:

ماماها معتقد بودند که در برنامه پزشک خانواده به مسئله مرخصی‌ها توجهی نشده و این باعث ایجاد مشکلات زیادی در این زمینه شده است.

- مرخصی‌ها یک ماه دو روز و یک ماه سه روز است که قابل ذخیره شدن نیست اگر نرویم از بین می‌رود اگر بخواهیم بیشتر برویم از حقوق ما کم می‌شود (ماما ۱۵).

- مرخصی در ابتدای طرح نداشتیم اگر می‌خواستیم برویم از حقوقمان کم می‌شد اما الان ۲/۵ روز داریم که ذخیره نمی‌شود از مرخصی زایمان سه ماه استفاده کردم ترسیدم برایم جایگزین بیاورند (ماما ۹).

عدم وجود ملزومات، داروها و فضای فیزیکی:

توجه به ملزومات و داروها و دسترسی مناسب به شرایط نمونه‌گیری، آزمایشگاه و خدمات پاراکلینیکی از دیگر موارد مطرح شده توسط شرکت‌کنندگان بود.

شرکت کننده دیگری در مورد وجود امکانات لازم برای گرفتن نمونه‌های آزمایشگاهی و مشکلات موجود در ارسال نمونه‌ها به مراکز بهداشتی درمانی یا بیمارستان‌ها نیز از جمله مواردی است که اعضای تیم سلامت به آن اشاره کردند.

- امکانات برای نمونه‌گیری وجود ندارد و یا شرایط مناسب برای ارسال نمونه‌ها نیست و ممکن است زمانی نمونه به آزمایشگاه برسد که قابل آزمایش نباشد (ماما ۵).

زیر طبقه عوامل بازدارنده رفاهی:

عدم امنیت شغلی:

اکثر ماماها معتقدند به دلیل قراردادی بودن امنیت شغلی ندارند، و نسبت به سختی کار در روستا از حقوق و مزایای کافی برخوردار نیستند همچنین عدم دسترسی به امکانات رفاهی (من جمله پانسیون مناسب و ...) نیز از مسائل دیگر مطرح شده توسط ایشان بود.

ناکافی بودن حقوق و مزایا:

- نسبت به کارهای متعددی که به ما محول کرده‌اند مانند دارویاری، تزریقات و پانسمان و ... حقوق ما خیلی پایین است و مقدار زیادی از آن صرف رفت و آمد ما می‌شود (ماما ۵).

سختی کار در مناطق روستایی:

- مشکل رفت و آمد داریم. سرویس نداریم (ماما ۱ و ۲).

طبقه اصلی - ارزشیابی:

اکثر ماماها معتقد بودند با اجرای این برنامه نظارت‌ها بر نحوه ارائه خدمت بهبود یافته است.

رضایت از بازدید کارشناسان:

اکثر ماماها بازدیدهای کارشناسی کارشناسان مرکز بهداشت را مفید و آنرا آموزشی می‌دانند.

- مرکز بهداشت شهرستان مشکلات ما را به‌خوبی درک و پیگیری می‌کنند اگر مشکل داریم و منعکس می‌کنیم پیگیری می‌کنند (ماما ۱).

- به نظر من بازدید کارشناسان مرکز بهداشت خیلی مفید است چون ما با مشکلات و عیوب کار خودمان آشنا می‌شویم و چون جنبه دوستانه دارد یادگیری بهتر صورت می‌گیرد و ما راحت مشکلاتمان را حتی به‌صورت تلفنی با کارشناسان در میان می‌گذاریم (ماما ۴).

طبقه اصلی - آشناسازی ناکافی:

این طبقه شامل دو زیر طبقه ۱- توجه ناکافی سیستم بهداشتی درمانی ۲- توجه ناکافی مردم است.

زیر طبقه - توجه ناکافی سیستم بهداشتی درمانی:

عدم فرهنگ‌سازی:

اکثر ماماها بیان می‌کنند که فرهنگ‌سازی جهت شروع برنامه و در نتیجه تداوم آن صورت نگرفته است. مردم نسبت به این برنامه توجه نیستند این طرح خیلی شتاب زده شروع شد بایستی با برقراری جلسات با بخش‌های و دهیاری‌ها نسبت به توجه برنامه اقدام می‌شد تا مشکلات کنونی وجود نداشته باشد.

- نقش فرهنگ‌سازی با بهورزان است چون مریض اول پیش بهورز می‌رود به نظرم حلقه مفقوده این برنامه در خیلی از فعالیتها بهورز است مریض خیلی از مواقع برای مشکلات خود به ما مراجعه می‌کند و بهورزان عملاً در ایجاد بستر مناسب برای فرهنگ‌سازی فعالیت زیادی نکردند (ماما ۳).

عدم آموزش کافی تیم سلامت:

عده‌ای از ماماها معتقدند آموزش‌هایی که جهت ورود به برنامه برای ایشان گذاشته شد ناکافی بود و جوابگوی این حجم از وظایف محوله به آن‌ها نمی‌باشد و خیلی تلاش کردند تا توانستند خود را با وظایف جدید تطبیق دهند ولی آموزشهایی که بعد از شروع کار و در طول ماه در خصوص برنامه‌های جدید برای آن‌ها گذاشته می‌شود تا حدودی متناسب با نیازهای عملکردی آنهاست.

- ما اصلاً آموزشی در مورد درویاری نداشتیم و هیچ آموزش خاصی برایمان گذاشته نشده است فقط موظف به راه اندازی داروخانه شدیم. اطلاعات ما کم بود فقط برای ما یک کارگاه نسخه نویسی گذاشتند هر چه مهارت داریم از اطلاعات خودمان است (ماما ۳).

- قبلاً در بدو ورود یک جلسه توجیهی در مورد پرونده سلامت و فرم ارجاع داشتیم خوب بود اما الان ماهیانه داریم (ماما ۵).

عدم توجه به بخش خصوصی و سطح ۲ توسط بیمه:

اکثر ماماها اعتقاد دارند که در ابتدای شروع برنامه بسترسازی برای آن انجام نشده بود بسیاری از امکانات مورد نیاز کافی نبوده است مثلاً بیمارستان‌ها، منشی مطب‌های پزشکان متخصص، بخش

خصوصی و داروخانه نسبت به سیستم ارجاع بیگانه بودند و هنوز هم هستند آموزش‌ها نامناسب بود، توقع آن‌ها فقط زدن مهر به دفترچه‌هاست.

عدم توجه به بخش خصوصی و سطح ۲ از دیگر موارد مطرح شده بود. که به‌عنوان نمونه موارد مشروحه زیر بیان شده است:

- اکثر منشی‌ها پزشکان متخصص با طرح آشنا نیستند و در این مورد هم توجه نشده‌اند و بیمار را برمی گردانند بعضی از آزمایشگاه‌ها هم طرف قرارداد نیستند پول آزاد از بیماران می‌گیرند بیماران از سیستم ارجاع بی اطلاع بودند و انتظار داشتند با این دفترچه‌ها بتوانند خدمات سایر پزشکان را به دور از سیستم ارجاع دریافت دارند، بیمه با خیلی از مطب‌ها و آزمایشگاهها و ... جهت پذیرش بیماران هماهنگی نکرده است و بیمه به‌عنوان کارفرما انعطاف‌پذیری مناسب را ندارد (ماما ۹).

زیر طبقه - توجه ناکافی مردم:

اکثر ماماها معتقدند مردم توسط بیمه توجه نشده‌اند و خانوارها بایستی در سطح وسیع توسط رسانه‌ها از طریق تبلیغات و نشست‌ها و بررسی‌ها انجام شده نسبت به سیستم ارجاع و برنامه و اهداف آن توجه می‌شدند.

اطلاع‌رسانی بیمه (مردم - سطح ۲):

- مردم هنوز با این برنامه به خوبی آشنا نشده‌اند و یکبار به موردی مواجه شده‌اند که به آن‌ها گفته شده است این دفترچه‌ها را بگیرید و باید پزشک حتماً مهر کند اما دلایل و فواید آنرا توضیح نداده‌اند (ماما ۱۲).

- مردم از سیستم ارجاع و مهر زدن ناراضی‌اند چون اگر در شیفت عصر و یا شب بخواهند به اراک بروند و یا پزشک مرخصی باشد برای مهر کردن مشکل داریم. در حالیکه بیمه می‌گوید که در بیمارستانها مأمورین آن‌ها چنین بیمارانی را پذیرش می‌کنند ولی با این حال مردم ناراضی هستند (ماما ۱).

محدودیت انتخاب پزشک توسط مردم:

تعدادی از ماماها هم بیان کردند که تعدادی از بیماران ترجیح می‌دهند به ما مراجعه کنند و از مراجعه به بهورز خودداری می‌کنند و این باعث می‌شود حجم کار بالا رود ضمن اینکه نظام ارجاع هم به‌درستی اجرا نشده است.

- با اینکه ما دو پزشک در مرکز داریم ولی اکثر مردم تمایل دارند پیش یکی از آن‌ها بروند و این باعث شده جمعیت یک پزشک بیشتر از دیگری شود (ماما ۲).

یکسری از بیماران اعتقاد خاصی به یک پزشک دارند و ما برای یک پزشک که می‌فرستیم مردم می‌گویند دوست دارند نزد پزشک دیگری بروند هر چقدر توضیح می‌دهیم شما پزشک خانوادتان فرد دیگری است قبول نمی‌کنند (ماما ۷).

درون‌مایه منافع عمومی:

این درون‌مایه دارای دو طبقه اصلی (۱) منافع بهداشتی-درمانی و (۲) منافع اقتصادی است.

طبقه اصلی (۱) منافع بهداشتی - درمانی

اکثر ماماها معتقد بودند که پیگیری مراقبت‌های بیماران بعد از شروع برنامه بهبود چشمگیری یافته است و وضعیت مراقبت‌ها بهبود یافته است. مراقبت‌ها دقیق‌تر شده و گروه‌های هدف برنامه‌های مراقبتی بهداشتی بهتر خدمات دریافت می‌کنند و سطح شاخص‌ها هم بالاتر رفته آن هم به دلیل ثبات پزشکان و شناخت بیشتر آنان از جمعیت تحت پوشش، مشکلات سلامتی مردم بهتر مرتفع می‌گردد و پزشکان بیماران خود را بهتر می‌شناسند ارائه مراقبت‌ها به بیماران خاص (عقب ماندگان، روان و). به دلیل دسترسی بیشتر به پزشکان بهبود یافته است.

افزایش سطح شاخص‌های بهداشت عمومی و بهبود مراقبت‌ها:

- در برنامه پزشک خانواده مراقبت‌ها خیلی ریز شده‌اند و پیگیری‌ها دقیق‌تر شده مثلاً ماما کاری نداشت که چه اتفاقی می‌افتد اما حالا مراقبت‌ها توسط ماما و پزشک پیگیری می‌شود که قبلاً نبود. بیماران فشار خونی و دیابتی را هم بیشتر پیگیری می‌شویم. قبلاً بیماران از روی قرص‌های تجویز شده قبلی قرص می‌خریدند و می‌خوردند و به پزشک مراجعه نمی‌کردند اما الان پیگیری‌ها بهتر شده است (مامای ۱ و ۴).

- به نظر من طرح بیمه روستایی برای روستائیان از نظر خدماتی که به افراد ارائه می‌شود خیلی خوب است هرکدام از آن‌ها یک پزشک دارند که در جریان وضعیت سلامت آن‌ها است مواردی که بتوانند خودش درمان می‌کند و مواردی که نتواند ارجاع می‌دهد تا به حال کسی ناراضی نبوده است (مامای ۱).

پرونده سلامت:

عده زیادی همچنین معتقدند که فلسفه تشکیل پرونده سلامت بسیار خوب است ولی به دلیل تعریف نامناسب از جایگاه آن (خانه بهداشت) قابل دسترس پزشک نیست، و با توجه به تعداد زیاد آن نسبت به جمعیت؛ نیاز به وجود یک منشی جهت دسته بندی و در اختیار گذاشتن آن به پزشک ضروری است.

- خیلی پرونده‌ها قابل استفاده نبود ما در ابتدا توانستیم روزانه ۵ تا پرونده خانوار درست کنیم بعد از اتمام باید مشخصات آن‌ها در دفتر هم وارد می‌کردیم روستای ما مهاجر پذیر است و اطلاعات مرتباً تغییر می‌کند و اطلاعات پرونده‌ها هم مرتباً تغییر می‌کند و هیچ کارایی نداشت اگر پرونده الکترونیک باشد بهتر است (مامای ۴).

طبقه اصلی (۲) منافع اقتصادی:

عده‌ای از ماماها هم معتقدند که به دلیل دسترسی بیشتر به پزشک و حضور مرتب وی بیماران دیگر به شهر مراجعه نمی‌کنند و خدمات مراقبتی و درمانی خود را در محل سکونت خود دریافت می‌دارند و به دلیل کاهش هزینه‌ها مردم تا حدودی راضی‌ترند.

وجود بیمه برای روستائیان:

- مردم اکثراً در این طرح راضی‌اند چون دفترچه روستایی دارند و تحت پوشش بیمه قرار گرفته‌اند بخصوص افرادی که قبلاً هیچ بیمه‌ای نداشتند. وقتی مهر پزشک خانواده می‌خورد همه جا می‌توانند از آن استفاده کنند حتی سطح دوم (ماما ۲).

- وضعیت کاهش هزینه‌ها بهتر شده قبلاً هزینه‌های درمانی زیاد بود مردم نمی‌توانستند پرداخت کنند حالا دفترچه دارند و می‌توانند دارو بگیرند و فرانشیز داروها و خدمات بستری و سرپایی کم‌تر شده است (ماما ۱۱).

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده از مصاحبه‌ها مشخص گردید که اکثر ماماها گرچه همگی بر این باورند که مهم‌ترین اهداف پزشک خانواده دسترسی عادلانه مردم به خدمات سلامت در قالب نظام ارجاع است تا بدین ترتیب نیازهای مردم در سطح اول سلامت تأمین گردد ولی متأسفانه در مرحله پیاده‌سازی طرح پزشک خانواده و بعدازآن هم توجه اساسی و جدی به مسائل و مشکلات موجود نشده است به‌گونه‌ای که درون‌مایه عوامل مدیریتی حاصل‌شده از این پژوهش حاکی از این موضوع است. در مطالعه‌ای که توسط جنتی و همکارانش در شهرستان مراغه تحت عنوان بررسی نقاط قوت و ضعف این برنامه انجام شد یکی از مهم‌ترین نقاط ضعف موجود در این برنامه ناقص بودن نظام ارجاع و عدم ارائه بازخورد مناسب توسط پزشکان متخصص به پزشکان خانواده عنوان شده است (۱۳).

اکثر ماماها نیز بیان کردند که اعضاء تیم سلامت موظفانند به‌طور مرتب به خانه‌های بهداشت در روستاهای تحت پوشش اعزام شوند و خدمات سلامت و مراقبتی درمانی را به جمعیت آن‌ها ارائه نمایند و وضعیت بیماران را پیگیری کنند که این امر باعث می‌گردد که با توجه به ارائه خدمت در شیفت صبح کیفیت خدمات افت پیدا کند نتایج مطالعه انجام‌شده در استان همدان نیز نشان داد از دهگردشی‌ها ۹۱.۵۳ درصد انجام‌شده که ۷۶ درصد آن مطلوب و ۲۴ درصد نامطلوب بوده است (۱۴).

بر اساس نتایج حاضر در طبقه برنامه‌ریزی نیروی انسانی مسئله اشکال در ساختار اعضاء تیم سلامت و عدم به‌کارگیری کلیه شاغلان تیم سلامت مطرح شد به‌گونه‌ای که عدم همکاری برخی از اعضاء تیم سلامت و عدم وجود سایر کادر بهداشتی درمانی از دید عده‌ای

از ماماها به‌عنوان یک مشکل مطرح شده است به‌گونه‌ای که ارائه خدمات این‌چنینی و یا حداقل نظارت بر این خدمات بر عهده پزشک و سایر اعضا گذاشته شده است که خود به‌عنوان یک وظیفه غیر مرتبط که جهت ارزشیابی آن آموزشی ندیده‌اند و یا اطلاعات محدودتری دارند مطرح است.

ازجمله عوامل بازدارنده اداری دیگر موضوع مرخصی‌ها است، نتایج این مطالعه نشان داد که اکثر ماماها از عدم امکان ذخیره‌سازی مرخصی‌ها و عدم قبول مرخصی استعلاجی ناراضی بودند و معتقد بودند به دلیل نوع بکارگیری ایشان در برنامه پزشک خانواده از قوانین استخدامی و عدم بهره‌مندی از مزایای مربوطه دچار مشکلات عدیده‌ای می‌شوند و باعث می‌گردد که در زمان نیاز امکان برخورداری از مرخصی به میزان بیشتر از ۲.۵ روز در ماه برای ایشان وجود نداشته باشد. متأسفانه پژوهشگر مطالعه‌ای را در این خصوص در ایران پیدا نکرده است، که نتایج آن با مطالعه حاضر مقایسه گردد. در طبقه اصلی ارزشیابی، نظارت بیشتر بر نحوه ارائه خدمات و رضایت از بازدید کارشناسان حاصل شد بطوریکه اکثر ماماها بازدید کارشناسان مراکز بهداشت را بسیار خوب و مفید ارزیابی نموده‌اند و آنان معتقدند بازدید کارشناسان منجر به افزایش سطح آگاهی مهارت و سهولت در خدمات‌رسانی به مردم و برطرف نمودن مشکلات اداری رفاهی و پشتیبانی توسط ایشان می‌گردد.

در طبقه اصلی آشناسازی ناکافی، زیر طبقه توجیه ناکافی سیستم بهداشتی درمانی، عدم فرهنگ‌سازی مناسب مطرح شد بطوریکه اکثر شرکت‌کنندگان این پژوهش اذعان داشتند که عدم فرهنگ‌سازی مناسب قبل از شروع برنامه باعث افزایش سطح توقعات مردم از برنامه گردیده است به‌گونه‌ای که برخی از این خواسته‌ها با زیرساخت‌ها و اهداف این برنامه همخوانی ندارد در نتیجه موجب ایجاد مشکلات و مسائل گوناگون در راه اجرای آن گردید و در بعضی از زمینه‌ها نیز باعث نارضایتی مردم شده است. در مطالعه‌ای که توسط عزیززاده و همکارانش انجام شد فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی به جمعیت تحت پوشش ازجمله مواردی بود که توسط پزشک خانواده صورت نگرفته بود و به‌عنوان یک ضرورت مطرح گردید (۱۵).

درون‌مایه منافع عمومی، درون‌مایه دوم حاصل از این پژوهش است که شامل ۲ طبقه اصلی منافع بهداشتی درمانی و منافع اقتصادی می‌باشد. اکثر ماماها معتقد بودند که ارتقاء شاخص‌های بهداشتی که یکی از نتایج موردنیاز اصلاحات در نظام سلامت در قالب برنامه پزشک خانواده بسیار چشمگیر بوده است.

سایر مطالعات دیگر نیز عوامل تعیین‌کننده در رضایت شغلی را مواردی مثل: ویژگی‌های دموگرافیک (سن، جنس، سطح تحصیلات، نژاد، وضعیت تأهل، دستمزدهای مطلق و اضافی، تعداد

ساعات کاری (نگرش‌های شغلی)، ویژگی‌های کارفرما، تعداد کارکنان و تخصص آن‌ها، کنترل محیط و عملکردها و حمایت از کارکنان معرفی نموده‌اند (۱۷، ۱۶).

لذا توجه به عوامل تأثیرگذار بر روی رضایت شغلی از دیدگاه ماماهاى شاغل در برنامه پزشک خانواده به‌عنوان ارائه‌دهنده خدمت در سطح اول و اهمیت سطح اول سیستم بهداشت و درمان به علت مرتبط بودن با جمعیت زیاد و موضوع تحت پوشش قرار دادن تک‌تک افراد جامعه به‌منظور ارائه خدمات بهداشتی از اهمیت زیادی برخوردار است. روند ۸ شاخص بهداشت مادر و کودک از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۶ نشان داده است که اجرای برنامه پزشک خانواده تأثیر مثبتی بر این شاخص‌ها ازجمله درصد مرده زایی، درصد متولدین با وزن کم‌تر از ۲۵۰۰ گرم، میزان مرگ‌ومیر کودکان کم‌تر از یک ماه، میزان مرگ‌ومیر کودکان کم‌تر از یک سال، میزان مرگ‌ومیر کودکان کم‌تر از ۵ سال در اثر اسهال و استفراغ داشته، اما در میزان مرگ‌ومیر مادران به عوارض بارداری و زایمان در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده بدین گونه نبوده است (۱۸).

در مطالعه‌ای که توسط براتی و همکارانش در خصوص تأثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص‌های سلامت صورت گرفت نشان داده شد که ۴ شاخص مرگ‌ومیر کودکان زیر یک سال، مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال، و مرگ‌ومیر نوزادان و مادران در طی سال‌های مورد مطالعه کاهش یافته است (۱۹).

پرونده سلامت نیز ازجمله منافع بهداشتی درمانی حاصل از برنامه پزشک خانواده بر اساس تجربیات شرکت‌کنندگان می‌باشد که از موضوعات بسیار مهم و اساسی برای استقرار عملی برنامه پزشک خانواده در نظام سلامت می‌باشد که در صورت وجود پرونده سلامت کامل برای جمعیت موردنظر، می‌توان برای اجرای بهینه برنامه پزشک خانواده بر اساس پروتکل پیشنهادی امیدوار بود. ولی بر اساس اظهارات مطلعین، این پرونده برای بعضی از جمعیت‌های تحت پوشش تکمیل نشده است و در بخشی از پرونده‌های تکمیل‌شده نواقصی وجود دارد که در مراجعه به آن نمی‌توان به اطلاعات موردنظر دست‌یافت.

طبقه اصلی منافع اقتصادی دومین طبقه اصلی درون‌مایه منافع عمومی در این پژوهش است. اکثر ماماها اذعان می‌داشتند که در این برنامه علاوه بر کاهش هزینه مراقبتی در سطح یک به‌طور چشمگیری هزینه‌های بستری و اقدامات تشخیصی کاهش یافته است. مطالعه اسمیت و همکاران (Smith) نشان داده که درآمد مالی به‌عنوان یکی از مؤثرترین عوامل رضایت شغلی است (۲۰). نتایج مطالعات دیگر هم نشان‌دهنده آن است که عوامل اقتصادی و حقوق و مزایا نقش مهمی در رضایت شغلی دارد (۲۱). در مطالعه شادپور و بیگی بر روی بهروزان شاغل نتایج نشان داده است که بیشترین

پزشک خانواده با سایر پرسنل و ماماهاى شاغل در مرکز بهداشت نیز از عوامل مؤثر بر عدم رضایت است که پیشنهاد می‌گردد نسبت به اصلاح ساعات کاری اقدام گردد. در ضمن مقایسه و بررسی دقیق شرایط کار ماماهاى برنامه پزشک خانواده در مراکز مختلف و تأثیر این شرایط بر روی رضایتمندی سایر ماماهاى شاغل در نظام سلامتی پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اراک که طرح حاضر را مورد تصویب و حمایت مالی قرار داده و همچنین کلیه ماماهاى زحمت‌کش در تیم سلامت تقدیر و تشکر می‌گردد.

نارضایتی به ترتیب ناشی از حقوق دریافتی، ساعات کار و حجم کار بوده است (۲۲). در سایر مطالعات نیز به عواملی همچون پایین بودن حقوق و مزایا حمایت نکردن مدیران، نداشتن امنیت شغلی و ساعت کار زیاد اشاره شده است که با مطالعه حاضر همخوان می‌باشد (۲۳، ۲۴).

با توجه به نتایج حاصل از بیان تجارب ماماهاى مورد مطالعه پیشنهاد می‌شود وزارت بهداشت برای افزایش کارایی ماماهاى پزشک خانواده در ارائه شرایط مناسب کاری از جمله نحوه پرداخت حقوق و ساعات کاری آنان تجدیدنظر نماید. همچنین با توجه به اینکه جنبه‌های رفاهی شغل از جمله ساعات کار، پرداخت به موقع حقوق و دستمزد عوامل بیرونی شغل و امکانات پیشرفت شغلی از جمله عوامل بازدارنده از دیدگاه ماماها بیان شد، لازم است نسبت به اصلاح آن اقدام شود. متفاوت بودن ساعات کاری ماماهاى برنامه

References:

- Farahbakhsh S. The relationship of job burnout and occupational factors in managers of governmental organizations in Lorestan province, Iran. Behav Sci Res J 2011;1:56-62.
- Mirsepasi N. Strategic human resource management And globalization process. 25th ed. Tehran: Mir publishing;2003.
- Weiss HM, Deconstructing Job satisfaction: separating evaluation, beliefs and effective experiences. Hum Resour Manag 2002; 12:173-94.
- Alipour A, Habibian N, Tabatabaee SR. Evaluation the Impact of Family Physician Care Program on Family Planning in Sari from 2003 to 2007. Iran J Epidemiol 2009; 5(1): 52-9. (Persian)
- Lindner JR. Understanding employee motivation. J of Extention 1993;36. Available from: <http://www.joe.org/joe.html;2/5/1/2009>
- Asgari H, Kheirmand M, Rohani M, Sadoughi S, Malekpour Z. Satisfaction of physicians and midwives participating in the rural family physician and insurance scheme with the plan in Isfahan province, 2010. J school public health Institute public health Res 2012;10(2):11-20. (Persian)
- KHosravi S, Amiresmaeili M, Yazdi Feyzabadi V. Performance evaluation and insurance plans of rural family physicians: case study of kerman medical sciences university. Proceedings of the Role of Family Physicians in Health Systems Congress; 2012 Jun 13-14; Mashhad, Iran: 2012.
- Mollart L, Skinner V, Newing C, Foureur M. Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. Women Birth J 2011;199:1-7.
- Alparslan O, Doganer G. Relationship between levels of burnout of midwives who work in Sivas, Turkey province center and identified sociodemographic characteristics. Int J Nurs Midwifery 2009; 1: 19-28.
- Kousha A, Bagheri Sh, Janati A, Asghari J, Abadi M, Farahbakhsh M. Comparative study of job satisfaction among health. J Mil Med 2012;14(2):105-12.
- Bayati A, Ghanbari F, Hosseini S, Maleki A, Shamsi M. Factors Influencing Family Physician Program from the Perspective of the Health Team. J Mazandaran Univ Med Sci. 2014; 24 (115):22-35.
- Bayati A, ghanbari F, maleki M, hoseini S, shamsi M. The experiences of health team members regarding general interest in the family medicine

- programs in Arak health centers in 2012. Arak Med Univ J 2014; 17(82): 1-12.
13. Janati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. Knowledge Health J 2010; 4(4): 39-44. (Persian)
14. Halimi L, Azizi T. Survey of Family Physicians and the influencing factors in host family physicians in health centers in Hamadan in 2010. Proceedings of the 6th Congress of Iran Epidemiology; 2010 Jul 13-15; Tehran, Iran: 2010. p. 211. (Persian)
15. Gotalizadeh E, Moosa Zadeh M, Amiresmaeili M, Ahangar N. Challenges the second level referral program in family practice: a qualitative study. J Med Counc I R Iran 2011; 29(4): 309-21.
16. Arshi S, Dsadegi H, Seyfnezad S and Salemsafi P. Relation between different level of Malsows needs and satisfaction of Ardabil medical science universities staff. Ardabil Med Sci 2005; 5(2): 16-26. (Persian)
17. Janati A, Gholiamezade-Nikjo R, Portalleb A, Gholizade M. Survey of Mashhad family physicians satisfaction with family medicine programme. Zahedan J Res Med Sci 2012; 13(suppl 1): 39.
18. Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring Performance of Family Physicians in Yazd. Toloee Behdasht 2009; 8(1-2): 16-25. (Persian)
19. Barati A, Maleki M. The effect of family medicine on indicators of health. Payesh 2003; 11 (3): 88.
20. Smith TJ, Girtman J, Riggins J. Why academic divisions of hematology/oncology are in trouble and some suggestions for resolution. J Clin Oncol 2001;19(1):260-4.
21. Hamermesh D. The changing distribution of Job satisfaction. J Human Res 2001; v36(1): 1-30.
22. Shadpoor K, Beigi E. Way to measure satisfaction -Proceedings of the First National Conference on Research in health care systems. Khorasan: Khorasan University of Medical Sciences;1995: P.29-30. (Persian)
23. Effective factors influencing family medicine programme dynamics with regard to viewpoints of involved physicians. A qualitative study 3. 2015; 22 (117) :39-48.
24. Masoudi R, Etamadifar Sh, Afzali SM, Kheiri F, Hasanpour Dehkordi. The Influential Factors on Burnout Among Nurses working in Private Hospitals in Tehran. Nurs Res 2008; 3(8, 9): 47-58.

EXPLORING THE EXPERIENCES OF MIDWIFE REGARDING THE FAMILY MEDICINE PROGRAM

Bayati A¹, Ghanbari F², Maleki A³, Hosseini SS⁴, Shamsi M⁵

Received: 25 Sep, 2015; Accepted: 26 Nov, 2015

Abstract

Background: Midwifery is one of the key jobs in the health care system because it is responsible for maintaining the health of mothers and children in the community. This study aimed to explore the experiences of midwives who were a member of the health care system in family physician program.

Method: This study is a qualitative content analysis, and the data collection method is in-depth interviews (semi-structured). The participants included midwives who declared their experiences in this program. In total, 15 interviews were carried out to collect the midwives views regarding the plan. Purposive sampling for content analysis and comparative analysis was used.

Results: In this study, a total of management themes, and public interest factors were extracted. The management factors included lower class organized management system (refer, the health worker) – human distribution program (access to physician) - process services (workload, vacation, physical space, job security, wages and benefits) - evaluation (experts) orientation (insufficient training of health team, not justified by the private sector), and health - economic benefits included the improvements in public health, better care, health records, and insurance coverage.

Conclusion: The results emphasized the role of welfare midwives in the family physician program.

Keywords: Midwifery, Family Physician, Job satisfaction, Arak

Address: Faculty of Nursing and Midwifery ,Arak University of Medical Sciences

Tel: (+98) 8634173505

Email: a.bayati@arakmu.ac.ir

¹ Instructor of Nursing, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery ,Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran (Corresponding Author)

² MSc of Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

³ MSc of health centers, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

⁴ MSc of health centers, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

⁵ Assistant Professor of Health Education and Promotion, Faculty of Health, Department of Public Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran