

بررسی تمایل پزشکان بخش خصوصی نسبت به مشارکت در برنامه پزشک خانواده با استفاده از مدل انتشار نوآوری، قم سال ۱۳۹۱

محمد علی گل^{۱*}، ابوالفضل محمدیگی^۲

چکیده

زمینه و هدف: برنامه پزشک خانواده، برنامه‌ای برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد. بررسی تمایل ذی‌نفعان به مشارکت در برنامه پزشک خانواده با استفاده از الگوهای مناسب می‌تواند به برنامه‌ریزی برای اجرای بهتر آن کمک نماید. این مطالعه با هدف بررسی تمایل پزشکان بخش خصوصی نسبت به مشارکت در برنامه پزشک خانواده با استفاده از مدل انتشار نوآوری صورت گرفت.

روش بررسی: این پژوهش به روش توصیفی - تحلیلی روی ۸۹ نفر از پزشکان عمومی دارای مطب و شاغل بخش خصوصی در استان قم انجام شد. نمونه‌ها به صورت تصادفی ساده انتخاب و داده‌ها توسط پرسشنامه گردآوری شدند. اطلاعات با استفاده از آزمون‌های تی و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: به‌طورکلی در این مطالعه میزان تمایل به مشارکت در برنامه پزشک خانواده، ۵۳/۳ گزارش شد (نمره تمایل از ۱۰۰ محاسبه شده است)، که این میزان در رابطه با ویژگی مزیت نسبی برنامه پزشک خانواده برای نمونه‌ها ۴۸، در رابطه با ویژگی سازگاری ۵۴/۴، ویژگی پیچیدگی ۲۷/۹، آزمون‌پذیری ۲۸/۷ و قابلیت رؤیت ۶۰ گزارش شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش به نظر می‌رسد پزشکان عمومی به‌عنوان بدنه اصلی اجرای برنامه پزشک خانواده تمایل متوسطی برای مشارکت در این برنامه دارند. لذا ضروریست برای رفع ابهامات و انطباق بیشتر این برنامه با نیازها و مطالبات پزشکان عمومی برنامه‌ریزی صورت گیرد تا موفقیت اجرای آن تضمین گردد.

کلیدواژه‌ها: مدل انتشار نوآوری؛ پزشک خانواده؛ مشارکت جامعه.

اکارشناس ارشد آموزش بهداشت،
مرکز بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی
قم، قم، ایران.

آستادیار اپیدمیولوژی، دانشکده
بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم،
ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

محمد علی گل، مرکز بهداشت، دانشگاه
علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

highestgol@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۹/۲

تاریخ پذیرش: ۹۲/۶/۹

لطفاً به این مقاله به‌صورت زیر استناد نمایید:

Aligol M, Mohammadbeigi A. Assessment of private sector physicians' willingness to participate in family physician program using the diffusion of innovation model, Qom, 2012, Iran.

Qom Univ Med Sci J 2014;8(1):27-34. [Full Text in Persian]

مقدمه

مدل‌ها و روش‌های گوناگونی در سطح جهان برای برآورد نیروی انسانی بهداشتی، فرد دارای مهارت خاص برای انجام فعالیت‌های مربوط به هریک از رده‌های شغلی بهداشتی-درمانی ارائه شده و مقالات مختلفی از سوی محققان، دولت‌ها، سازمان‌های خصوصی و یا بین‌المللی در زمینه معرفی مدل‌ها، نحوه استفاده، نتایج حاصل از آنها، همچنین محدودیت‌های کاربری هریک از آنها در برنامه‌ریزی درازمدت نیروی انسانی در طی سالها انتشار یافته است (۱). اگرچه تمامی این مدل‌ها و روش‌ها به برآورد نیروی انسانی می‌پردازند، اما این موضوع از دو جنبه متفاوت از جمله برآورد نیروی انسانی موجود در حال و یا آینده و برآورد نیروی انسانی مورد نیاز در حال و یا آینده، قابل بررسی است (۲).

امروزه، در زمینه‌های مختلف شاخص‌های سلامت، بهبودهای عظیمی در کشور صورت گرفته است (۳). از جمله می‌توان به معرفی خدمات PHC، کاهش میزان مرگ و میر نوزادان و کودکان زیر ۵ سال (۴) و کمتر از یک‌سال، افزایش امید زندگی و پوشش کلی واکسیناسیون (۵،۴)، همچنین شاخص توسعه انسانی که شاخصی مرکب از سطح سلامت، میزان سواد بالغین و درآمد است، اشاره نمود (۶). اما با وجود تمام پیشرفت‌های صورت گرفته و علیرغم بهبود و ارتقای شاخص‌های سلامت کشور، همچنان نابرابری‌های قابل توجه در مناطق مختلف وجود دارد (۷). لذا ارتقای سطح سلامت همگون و متعادل نیست (۸،۷). به عنوان نمونه میزان سالهای تطبیق شده با ناتوانی در استان هرمزگان نزدیک به دو برابر استان چهارمحال و بختیاری است (۹). همچنین میزان میرایی کودکان ۵۹-۱ ماهه در نواحی روستایی استان کرمان (۴۰ در هزار تولد زنده)، سیستان و بلوچستان (۲۳ در هزار تولد زنده)، بالاتر از متوسط کشوری (۱۳ در هزار تولد زنده) می‌باشد (۱۰). یکی از علل این نابرابری‌ها، عدم برابری در توزیع منابع و پوشش خدمات سلامت است، به طوری که پوشش خانه بهداشت در استان سیستان و بلوچستان ۷۲/۳٪ و در استان قزوین ۷۵/۶٪ بوده است و این در حالی است که متوسط ملی پوشش خانه‌های بهداشت در کشور به ۹۰٪ می‌رسد (۱۰). عملکرد کمتر از حد انتظار مراقبت‌های بهداشتی اولیه PHC، به‌ویژه در مناطق

شهری دارای نقاط ضعفی است، از جمله اینکه ساختار سازمانی کونی بسیار ناکارآمد بوده و دارای زیرمجموعه‌های مالی و سرمایه‌ای متعددی است که هماهنگی اندکی در بین آنها وجود دارد (۱۰). همچنین در نظام پرداخت خدمات ایران، مقدار پرداخت از جیب بسیار بالا بوده که همین امر نیز بسیار روند فرسایشی و نامناسبی دارد. در طرح بیمه روستایی، افراد فقیر و غنی هیچ‌کدام حق بیمه‌ای پرداخت نمی‌کنند. درحالی‌که روندهای تاریخی نشان می‌دهند نیمی از جمعیت فقیر، ساکن نواحی شهری هستند و مطالعه اخیر بانک جهانی نشان داده است دو سوم این افراد در نواحی فقیرنشین شهری زندگی می‌کنند. همچنین مطالعه بهره‌وری خدمات سلامت در سال ۲۰۰۲ نشان داد ۱۸٪ افراد هزینه خدمات را علت عدم مراجعه به مراکز خدمات ذکر کرده‌اند (۱۰). علاوه بر این، سیستم سلامت ایران در سالهای اخیر انعطاف‌پذیری کمی در برخورد با نیازهای ضروری مانند افزایش طول عمر افراد، افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر، مهاجرت به نواحی شهری و افزایش انتظارات عمومی برای دسترسی به پزشکان شایسته داشته است (۵). به عبارتی، گسترش بخش خصوصی و استفاده از تکنولوژی پزشکی پیشرفته چالش‌های جدیدی برای سیستم سلامت ایجاد نموده و فراهم‌سازی خدمات سلامت نیز شدیداً به پرداخت از جیب متکی است، به نحوی که ۵۵٪ هزینه خدمات را شامل می‌شود. به همین علت دولت با معرفی پزشک خانواده و طرح بهبر (بیمه روستایی برای همه) به اصلاح بخش سلامت از پرداخت تا هزینه‌ها اقدام نمود تا سطح دسترسی و بهره‌مندی از خدمات افزایش یابد (۵). وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی متعهد بود تا پایان برنامه توسعه چهارم تا ابتدای سال ۱۳۸۹، طرح پزشک خانواده را در کل کشور به اجرا درآورد. طبق این برنامه، جمعیت کل کشور باید تحت پوشش خدمات بهداشتی درمانی یا توان‌بخشی پایه و اولویت‌دار قرار گیرند. این خدمات توسط پزشک خانواده یا تیم سلامت ارائه خواهد شد و مسئولیت تیم سلامت برعهده پزشک خانواده است. پزشکان عمومی به عنوان پزشک خانواده جذب طرح می‌شوند. پزشک خانواده پزشکی است که حداقل دارای مدرک دکتری حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر فعالیت حرفه‌ای پزشکی در محل ارائه خدمت باشد.

شواهد حاکی از آن است که پیش از پذیرش هر نوآوری جدید، کاربران نیازمند استفاده آزمایشی و رایگان از نوآوری مورد نظر البته در مقیاس کوچک هستند. درجه‌ای که طی آن می‌توان قبل از تصمیم به پذیرش براساس مبنایی محدود، به آزمایش نوآوری پرداخت، قابلیت آزمون گفته می‌شود (۱۴). نوآوری‌هایی که می‌توان با امکانات محدود مورد امتحان قرار داد زودتر از آنهایی که امکان آزمون برای آنها وجود ندارد مورد پذیرش قرار می‌گیرند. قابلیت رؤیت، پنجمین ویژگی است که به معنی میزان قابل رؤیت بودن نتایج نوآوری، برای دیگران است، هر قدر نتایج نوآوری برای فرد آشکارتر باشد احتمال پذیرش او نیز بیشتر است (۱۵). مطالعات نشان داده است ویژگی‌های الگوی انتشار نوآوری بر تمایل به استفاده از سیستم اطلاعات بیمارستانی مؤثر بوده است (۱۵). همچنین مطالعه Peslak و همکاران نشان داد رابطه معنی‌داری بین استفاده از شبکه‌های اجتماعی و تمایل به استفاده از این شبکه‌ها در بین واحدهای مورد بررسی وجود داشته است (۱۶). در همین رابطه Park و Putzer نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که در مدل ارائه شده، ویژگی‌های نوآوری که شامل قابلیت رؤیت، سازگاری، ارتباط شغلی، محیط درونی و محیط بیرونی بوده است، به صورت معنی‌داری در پیش‌بینی نگرش در خصوص استفاده از تلفن هوشمند نقش داشته‌اند (۱۷). از آنجا که برنامه پزشک خانواده به عنوان یک تحول و نوآوری بزرگ در سیستم سلامت مستلزم پذیرش از سوی آحاد جامعه به خصوص پزشکان بخش خصوصی است (۱۱)، همچنین این برنامه با علایق کاری مخاطبان سازگاری نداشته و منجر به پیچیده‌تر شدن فرآیندهای کاری می‌شود که مسلماً از سوی مخاطبان با پذیرش چندانی مواجه نخواهد بود، لذا با شناخت عوامل نارضایتی پزشکان از طریق سازه‌های مدل انتشار نوآوری از برنامه پزشک خانواده و تحلیل آنها می‌توان نحوه اجرای برنامه و درگیر شدن ذی‌نفعان را بهبود بخشید تا در نهایت منجر به پذیرش و عملیاتی شدن آن در سطح جامعه گردد. بنابراین، با توجه استقبال نه چندان قابل توجه پزشکان بخش خصوصی برای مشارکت در برنامه پزشک خانواده، هدف از اجرای این پژوهش بررسی علل عدم تمایل پزشکان بخش خصوصی نسبت به مشارکت در برنامه پزشک خانواده براساس الگوی انتشار نوآوری

پزشک خانواده در نخستین سطح خدمات، عهده‌دار ارائه و مدیریت خدمات سلامتی سطح اول است و مسئولیت تأمین جامعیت و تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق و هماهنگی با سایر بخش‌ها را برعهده دارد. همچنین باید خدمات سلامت را در محدوده بسته خدمات تعریف شده بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی - اجتماعی و ریسک بیماری؛ در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش خود قرار دهد. پزشک خانواده می‌تواند برای حفظ و ارتقای سلامت، برابر دستورالعمل از ارجاع فرد به سایر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و سطوح بالاتر استفاده کند، ولی مسئولیت تداوم خدمات با او خواهد بود. به علاوه، مدیریت و نظارت بر عملکرد تیم سلامت تحت سرپرستی خود یکی دیگر از وظایف پزشک خانواده است (۱۱). مردم، دولت و سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشت و درمان در بخش‌های دولتی، خصوصی، و غیردولتی و سازمان‌های بیمه‌گر هر یک بخشی از نظام سلامت را تشکیل می‌دهند. نظام سلامت معمولاً در سطوح متفاوت شکل می‌گیرد و از روستا تا شهر، مراقبت‌های اولیه تا خدمات پیچیده تخصصی و فوق تخصصی را عرضه می‌کند (۱۱).

تحولات اخیر در زمینه ارائه خدمات سلامت، پدیده‌های جدیدی را به وجود آورده است که بررسی آنها با استفاده از الگوهای مناسب می‌تواند به شناخت بهتر آنها کمک کند. در همین رابطه یکی از مناسب‌ترین الگوهای نظری برای درک ارتباط میان رویکردهای جدید ارائه خدمات سلامت به افراد و جامعه، الگوی انتشار نوآوری Rajers است. این الگو، دو مرحله نوآوری و پیاده شدن رویکردهای جدید را در یک سازمان مورد بحث قرار می‌دهد (۱۲). به اعتقاد Rajers ویژگی‌هایی که نوآوری‌ها ممکن است داشته باشند، در آهنگ پذیرش نوآوری مؤثر است. این ویژگی‌ها شامل ۵ مورد می‌باشد از جمله: مزیت نسبی که عبارت است از اینکه نوآوری چقدر از ایده قبلی بهتر است؛ سازگاری دومین ویژگی این الگو بوده که عبارت است از میزان برداشت فرد از هماهنگی نوآوری با ارزش‌های موجود، تجربه‌های گذشته و نیازهای گیرنده نوآوری؛ پیچیدگی که سومین ویژگی است، تحت عنوان میزان درک فرد از دشواری یادگیری و به کاربردن نوآوری تعریف می‌شود (۱۳).

نمره ممکن برای هر فرد ۹ و حداکثر آن ۴۵ بود که پس از بیان آن به صورت درصد، حداقل نمره برابر با ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ می‌توانست باشد). بهترین زمان اختصاص یافته برای تکمیل پرسشنامه بین ۱۰-۵ دقیقه بود، که زمان پاسخ‌دهی به این پرسشنامه نیز با توجه به تعداد ۱۳ سؤال اصلی، ۱۰ دقیقه در نظر گرفته شد و نحوه تکمیل آن به صورت ارسال و دریافت پستی بود. سنجش‌های پژوهشگران نشان داد پرسشنامه مورد استفاده از روایی و پایایی مناسبی برخوردار بوده است. جهت قضاوت در رابطه با اعتبار محتوا، ۵ نفر از متخصصان امر پرسشنامه را بررسی و با اندک تغییراتی آن را تأیید کردند. جهت اعتبار صوری پرسشنامه از نظرات افراد صاحب نظر که در مرحله تعیین شاخص اعتبار محتوا شرکت داشتند، همچنین از نظرات ۱۰ نفر از واحدهای مورد مطالعه استفاده گردید. جهت تعیین نیز از روش همسانی درونی ابزار استفاده شد. ۲۵ نفر به صورت تصادفی و حضوری پرسشنامه را تکمیل کردند. ضریب آلفای کرونباخ 0.85 اندازه‌گیری شد. در ضمن، قابل ذکر است که براساس آزمون انجام شده (آلفای کرونباخ) مقدار ضریب پایایی به دست آمده برای هر پنج ویژگی ابزار پرسشنامه قابل قبول بود.

شرکت در این مطالعه برای جامعه پژوهش داوطلبانه بود و قبل از جمع‌آوری داده‌ها به افراد داوطلب شرکت در مطالعه اطلاع داده شد که نتایج به صورت کلی ارائه خواهد شد و برای تکمیل پرسشنامه نیازی به ذکر نام نمی‌باشد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی اسپیرمن، پیرسون و رگرسیون خطی صورت گرفت. همچنین به منظور تعیین ارتباط بین ویژگی‌های جنسیت و وضعیت تمایل به مشارکت در برنامه پزشک خانواده با ویژگی‌های آن، آزمون تی به کار برده شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد از کل ۸۹ نفر نمونه، ۷۴ نفر (۸۴/۳٪) مرد و ۱۴ نفر (۱۵/۷٪) زن بودند. همچنین از کل نمونه‌ها، ۶۳ نفر (۷۰/۸٪) در برنامه پزشک خانواده ثبت نام نکرده و ۲۶ نفر (۲۸/۲٪) ثبت نام کرده بودند. میانگین سنی نمونه‌ها 42.8 ± 5.6 با حداقل ۲۹ و حداکثر ۶۴ سال بود. میانگین سابقه 14 ± 5 سال و کمترین آن ۲ سال و بیشترین آن ۳۲ سال برآورد شد.

بوده است تا بتوان برنامه‌ریزی لازم جهت افزایش تمایل به مشارکت در این برنامه را انجام داد.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مقطعی-تحلیلی است که به صورت تصادفی ساده بر روی ۸۹ نفر از پزشکان عمومی دارای مطب و شاغل در بخش خصوصی شهر قم در تابستان سال ۱۳۹۱ انجام شد. به منظور تعیین حجم نمونه ابتدا برآوردی از میزان ثبت نام پزشکان در برنامه پزشک خانواده معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی قم انجام و مشخص گردید از حدود ۵۱۰ نفر، ۶۱ نفر آنان در این برنامه ثبت نام کرده‌اند. لذا نسبت اولیه، ۱۱٪ انتخاب شد و تعداد نمونه طوری تعیین گردید که با سطح اطمینان ۹۵٪، فاصله اطمینان برای این موضوع ۵٪ برآورد شد. لذا براساس فرمول حجم نمونه، تعداد نمونه‌ها ۹۸ نفر تعیین گردید. سپس براساس لیست نشانی تمامی پزشکان که از اداره پست استان دریافت شد، تعداد ۹۸ نفر از پزشکان به صورت تصادفی انتخاب و پرسشنامه از طریق پست برای ایشان ارسال گردید که در پایان مرحله جمع‌آوری اطلاعات، تعداد ۸۹ پرسشنامه تکمیل شده عودت داده شد. در این مطالعه ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای محقق ساخته و خودایفا بود، که پس از بررسی متون مرتبط با موضوع پزشکان خانواده و تمایل آنها برای شرکت در برنامه و با استفاده از مدل انتشار نوآوری تهیه شد. پرسشنامه از دو بخش تشکیل شده بود؛ بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک و شامل ۴ سؤال و بخش دوم مربوط به سازه‌های مدل انتشار نوآوری شامل ۹ سؤال بود، که از این ۹ سؤال ۳ سؤال به بررسی سازه مزیت نسبی، ۲ سؤال به سازه سازگاری، ۲ سؤال به سازه پیچیدگی و به سازه‌های آزمون‌پذیری و قابلیت رؤیت نیز هر کدام یک سؤال اختصاص یافته بود، که در نهایت تمایل پزشکان به مشارکت در برنامه پزشک خانواده را می‌سنجید.

سؤالات مربوط به تمایل پزشکان در پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت و با پاسخ‌های ۵ گزینه‌ای تنظیم شد که نمره‌گذاری آن به ترتیب از کاملاً موافقم با نمره یک تا کاملاً مخالفم با نمره ۵ بود. در این مطالعه نمرات در هر ویژگی، همچنین نمره کل به صورت درصد محاسبه و ارائه شد (براساس پرسشنامه، حداقل

با استفاده از آزمون تی در ویژگی‌های مزیت نسبی و پیچیدگی، همچنین نمره کل تمایل به مشارکت، اختلاف معنی‌داری بین مردان و زنان وجود داشت ($p < 0/05$)، اما بین سایر ویژگی‌ها بین دو جنس، اختلاف معنی‌دار بود.

میزان نمره برای ویژگی مزیت نسبی $48 \pm 25/8$ ، ویژگی سازگاری $54/4 \pm 27/1$ ، ویژگی پیچیدگی $57/8 \pm 27/9$ ، ویژگی آزمون‌پذیری $50/1 \pm 27/9$ و ویژگی قابلیت رؤیت $60/8 \pm 30/1$ به دست آمد. همچنین نمره کل تمایل به مشارکت در برنامه پزشک خانواده $53/3 \pm 24/8$ تعیین شد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: میزان تمایل پزشکان عمومی براساس ویژگی‌های مدل انتشار نوآوری بر حسب جنس

ویژگی‌ها	مرد	زن	زن	سطح معنی‌داری
مزیت نسبی	$48/7 \pm 26/6$	$44/2 \pm 21/3$	$48 \pm 25/8$	۰/۰۱
سازگاری	55 ± 28	$51/4 \pm 22$	$54/4 \pm 27/1$	۰/۰۶
پیچیدگی	$59/3 \pm 28/8$	$50 \pm 22/1$	$57/8 \pm 27/9$	۰/۰۳
آزمون‌پذیری	$51/2 \pm 29/2$	$44/2 \pm 28/7$	$50/1 \pm 27/9$	۰/۱
قابلیت رؤیت	$61/8 \pm 31$	$55/7 \pm 25$	$60/8 \pm 30/1$	۰/۱
تمایل کلی	$54/2 \pm 25/6$	$48/4 \pm 19/5$	$53/3 \pm 24/8$	۰/۰۱

داده‌ها براساس "انحراف معیار \pm میانگین" می‌باشد.

این اختلاف در ویژگی مزیت نسبی قابل توجه بود، اما بین سایر ویژگی‌ها بین دو گروه، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت (جدول شماره ۲).

همچنین مشخص گردید نمره پزشکانی که در برنامه پزشک خانواده ثبت‌نام کرده‌اند با اختلاف معنی‌داری بیش از پزشکانی است که ثبت‌نام نکرده‌اند ($p < 0/05$).

جدول شماره ۲: میزان تمایل پزشکان عمومی براساس ویژگی‌های مدل انتشار نوآوری بر حسب وضعیت ثبت‌نام

ویژگی‌ها	ثبت‌نام	عدم ثبت‌نام	سطح معنی‌داری
مزیت نسبی	$55/6 \pm 25/8$	$27/7 \pm 10/8$	۰/۰۰۰۱
سازگاری	$90/9 \pm 26/6$	$38 \pm 21/6$	۰/۰۵
پیچیدگی	$66 \pm 26/3$	$37 \pm 21/6$	۰/۰۷
آزمون‌پذیری	$53 \pm 28/9$	$39/2 \pm 24/8$	۰/۰۸
قابلیت رؤیت	$68/5 \pm 27/9$	$40 \pm 25/1$	۰/۰۴
تمایل کلی	$60/3 \pm 23/8$	$34/7 \pm 16/8$	۰/۰۳

داده‌ها براساس "انحراف معیار \pm میانگین" می‌باشد.

مشارکت در برنامه، همبستگی مشاهده شد که البته با توجه به مقدار بالای p ، این همبستگی رابطه خطی بین دو متغیر را نشان نداد ($r = 0/143$) (جدول شماره ۳).

با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، در مجموع بین سن با تمایل به مشارکت برنامه پزشک خانواده، همبستگی مثبت ضعیف وجود داشت ($r = 0/165$)، همچنین بین سابقه طبابت و تمایل به

جدول شماره ۳: همبستگی سن و سابقه طبابت با نمره تمایل به مشارکت در برنامه پزشک خانواده

ویژگی‌ها	سن		سابقه طبابت	
	مقدار همبستگی	سطح معنی‌داری	مقدار همبستگی	سطح معنی‌داری
مزیت نسبی	۰/۱۴	۰/۷	۰/۰۸	۰/۴
سازگاری	۰/۱۱	۰/۷	۰/۰۷	۰/۷
پیچیدگی	۰/۱۴	۰/۶	۰/۱۵	۰/۴
آزمون‌پذیری	۰/۱۹	۰/۸	۰/۲۲	۰/۳
قابلیت رؤیت	۰/۱۸	۰/۹	۰/۱۹	۰/۰
تمایل کلی	۰/۱۶۵	۰/۲	۰/۱۴۳	۰/۱

نتایج مشابهی در مطالعه Peslak و همکاران نیز به دست آمد. در این مطالعه مشخص گردید مزیت نسبی، سازگاری و پیچیدگی استفاده از شبکه‌های اجتماعی، به‌طور مثبتی با تمایل به استفاده از این شبکه‌ها مرتبط می‌باشد. به علاوه، نتایج پژوهش مذکور، همبستگی تمایل به استفاده از نوآوری با استفاده از شبکه‌های اجتماعی را تأیید نمود و در همین راستا، پیشنهاد کرد الگوی اصلاح‌شده انتشار نوآوری به‌عنوان یک الگوی مناسب برای تمامی داده‌ها در جهت پیش‌بینی و درک استفاده از شبکه‌های اجتماعی مورد بهره‌وری قرار گیرد (۱۶). سازگاری که از ویژگی‌های الگوی انتشار نوآوری است می‌تواند بر پذیرش نوآوری و استفاده از آن مؤثر باشد که در این مطالعه سازگاری بر روی تمایل پزشکان برای مشارکت در برنامه پزشک خانواده تأثیر معنی‌داری داشت. Feng و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که بین عوامل سازگاری، درک از مؤثر بودن، درک از کاربرد آسان و اعتماد با تمایل به استفاده از سیستم، همبستگی وجود دارد (۱۵).

ویژگی سوم الگوی انتشار نوآوری، پیچیدگی است که در این مطالعه میزان تأثیرگذاری درک کاربران بر تمایل آنها برای مشارکت در برنامه پزشک خانواده مورد بررسی قرار گرفت، نتایج نشان داد پیچیدگی بر روی تمایل مشارکت در برنامه پزشک خانواده، تأثیر معنی‌داری داشته است، در همین رابطه در پژوهشی که توسط Olufunke و همکاران انجام شد، مشخص گردید بین سازه‌های مزیت نسبی، پیچیدگی و قابل مشاهده بودن شبکه‌های اجتماعی به‌طور مثبت با نگرش نسبت به استفاده از این فن‌آوری، همبستگی وجود ندارد، درحالی‌که بین سازگاری و آزمون‌پذیری به‌طور مثبت با نگرش نسبت به استفاده از آن، همبستگی وجود دارد. نتایج این مطالعه نشان داد نگرش دانشجویان دانشگاه‌ها نسبت به سایت‌های شبکه‌های اجتماعی به‌طور مثبتی با تمایل به استفاده از این فن‌آوری رابطه داشته است (۱۸). همچنین در این مطالعه مشخص گردید آزمون‌پذیری بر تمایل پزشکان، تأثیر معنی‌داری دارد. خالصی و همکاران نیز در مطالعه خود بر روی کاربران در استفاده از سیستم اطلاعات بیمارستانی به نتایج مشابهی دست یافتند (۱۹). قابلیت رؤیت، آخرین ویژگی الگوی انتشار نوآوری است که در این پژوهش

بررسی همبستگی بین هریک از ویژگی‌های مدل و تمایل به مشارکت در برنامه پزشک خانواده براساس ضریب همبستگی پیرسون نشان داد در سطح معنی‌داری ۹۹٪، ارتباط قوی بین هریک از ویژگی‌ها با تمایل به مشارکت در برنامه پزشک خانواده وجود دارد.

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد به‌طور کلی نمره تمایل در پزشکان بخش خصوصی برای مشارکت در برنامه پزشک خانواده، در سطح متوسط می‌باشد. براساس نتایج این مطالعه، نمره تمایل پزشکانی که در برنامه پزشک خانواده ثبت‌نام کرده بودند با اختلاف معنی‌داری بیش از پزشکانی بود که ثبت‌نام نکرده بودند و این موضوع از دیدگاه محقق کاملاً قابل انتظار بود؛ چراکه ممکن است همین احساس تمایل، سبب اقدام برای ثبت‌نام در برنامه شده باشد. در مطالعه حاضر بالاترین نمره در پزشکانی که در برنامه ثبت‌نام کرده بودند مربوط به ویژگی سازگاری بود، درحالی‌که بالاترین نمره در پزشکانی که در برنامه ثبت‌نام نکرده بودند به ویژگی قابلیت رؤیت تعلق داشت. به‌نظر محقق بالاتر بودن نمره تمایل پزشکان در ویژگی سازگاری ممکن است به دلیل وضعیت کنونی درمان و عدم ساماندهی مناسب آن و عدم انطباق این شرایط با نیازها، ارزش‌ها و تجربیات پزشکان باشد و اینکه این برنامه ممکن است بتواند چارچوب مناسبی را برای ارائه خدمات به شکل مطلوب برای آنان فراهم کند. همچنین پایین بودن نمره تمایل در ویژگی قابلیت رؤیت نیز می‌تواند به دلیل عدم شفافیت کامل نحوه اجرای برنامه پزشک خانواده برای آنان باشد. نتایج این مطالعه نشان داد نمره تمایل به مشارکت در مردان بیش از زنان بوده است، این امر می‌تواند به این دلیل باشد که این برنامه برای پزشکان در نوبت عصر ایجاد مشغله کرده و احتمالاً پزشکان زن تمایلی به اشتغال در نوبت عصر ندارند. نتایج مشابهی در مطالعه Peslak و همکاران نیز به دست آمد، که در مطالعه آنان تفاوت اندکی در تمایل به استفاده از شبکه‌های اجتماعی بین زنان و مردان وجود داشت (۱۶). در مطالعه حاضر رابطه مثبت متوسطی بین ویژگی‌های مدل انتشار نوآوری و تمایل به مشارکت در برنامه پزشک خانواده مشاهده شد.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این پژوهش، به نظر می‌رسد پزشکان عمومی به‌عنوان بدنه اصلی اجرای برنامه پزشک خانواده تمایل متوسطی برای مشارکت در این برنامه دارند. لذا ضروریست برای رفع ابهامات و انطباق بیشتر این برنامه با نیازها و مطالبات پزشکان عمومی برنامه‌ریزی صورت گیرد تا موفقیت اجرای آن تضمین گردد.

تشکر و قدردانی

در اینجا از تمامی پزشکان محترم شرکت‌کننده در مطالعه و معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قم دکتر مجید محمدیان، همچنین دکتر محمد جواد باقریان مدیر گروه توسعه شبکه به جهت حمایت از اجرای پژوهش قدردانی می‌گردد.

میزان تأثیر قابلیت رؤیت بر تمایل پزشکان به مشارکت در برنامه پزشک خانواده مورد بررسی قرار گرفت، نتایج نشان داد قابلیت رؤیت بر روی تمایل کاربران برای استفاده از سیستم، تأثیر معنی‌داری داشته است. در همین رابطه، Park و Putzer نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که در مدل ارائه‌شده، ویژگی‌های نوآوری که شامل قابلیت رؤیت، سازگاری، ارتباط شغلی، محیط درونی و محیط بیرونی بوده است، به‌صورت معنی‌داری در پیش‌بینی نگرش در خصوص استفاده از تلفن هوشمند نقش داشته‌اند (۱۷). در پایان قابل‌ذکر است یکی از محدودیت‌های این پژوهش، تعداد کم واحدهای مورد پژوهش به دلیل عدم تمایل پزشکان بوده است که چنانچه تعداد موارد بیشتری بررسی می‌شد نتایج با اعتماد و قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتری به دست می‌آمد.

References:

1. Shariati B, Farzadi F, Hosseini H. Model for estimation manpower needed for healthy teeth and its use in estimating dentists in the Iran. IR. Iran Ministry of Health. Mouth and Teeth Health Office, 2005.
2. Joyce CM, McNeil JJ, Stoelwinder JU. More doctors, but not enough: Australian medical workforce supply 2001-2012. *Med J Aust* 2006;184(9):441-6.
3. Majdzadeh R, Nedjat S, Keshavarz H, Rashidian A, Eynollahi B, Larijani B, et al. New experience in medical student admission in Iran. *Iran J Pub Health* 2009;38(Suppl1):36-39.
4. WHO. World Health Statistics 2009. Geneva: WHO Press; 2009.
5. Takian AH, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: An interpretive approach to formation of family medicine in Iran. *Health Policy Plan* 2011 Mar; 26(2):163-73.
6. UNDP. Iran international human development indicators, 2010. Available From: <http://hdr.undp.org>. Accessed Jan, 2011.
7. Movahedi M, Arshinchi M, Rahimi A, Hajarizadeh B, Motlagh ME, et al. Trend and geographical inequality pattern of main health indicators in rural population of Iran. *Hakim Med J* 2008;10(4):1-10. [Full Text in Persian]
8. Hosseinpour A, Mohammad K, Majdzadeh R, Naghavi M, Abolhassani F, Sousa A, et al. Socioeconomic inequality in infant mortality in Iran and across its provinces. *Bull World Health Organ* 2005;83(11):837-44.
9. Naghavi M, Abolhassani F, Pourmalek F, Moradi L, Jafari N, Vaseghi S, et al. The burden of disease and injury in Iran 2003. *Popul Health Metr* 2009;7:9-16.
10. The World Bank Group. Islamic Republic of Iran health sector review Volume I: Main report. 2007 Jun, Report No: 39970-IR. Available From: <http://www-wds.worldbank.org>.
11. IR. Iran Ministry of Health. National guideline of family physician, 2nd ed. Tehran: Iran Ministry of Health; 2012.
12. Hajkarimi A, Azizi SH. Model for effective factor on electronic commerce in small companies. *Iran J Commercial Stud* 2009;191:48-299.

13. Jebeile S, Reeve R. The diffusion of e-learning innovations in an Australian secondary college: Strategies and tactics for educational leaders. *Innovant J* 2003;8(4):1-21.
14. Glanz K, Barbara K, Rimer K, Viswanat H. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. 4th ed. Sun Francisco: Jone Wily & Sons Inc; 2008.
15. Feng-Cheng T, Su-Chao Ch, Chi-Min Ch. An extension of trust and TAM model with IDT in the adoption of the electronic logistics information system in HIS in the medical industry. *Int J Med Inform* 2008 May; 77(5):324-35.
16. Peslak A, Ceccucci W, Sendall P. An empirical study of social networking behavior using diffusion of innovation theory. *Conference on Information Systems Applied Research 2010*. Available From: <http://proc.conisar.org/2010/index.html>.
17. Putzer GJ, Park Y. The effects of innovation factors on smartphone adoption among nurses in community hospitals. *Perspect Health Inf Manag* 2010 Jan 1;7:1b.
18. Olufunke V, Vincent R, Ogunde OA. Diffusion of innovation in social networking sites among university students. *Int J Computer Sci Securit (IJCSS)* 2009;4(3):120-6.
19. Khalesi N, Ahmadi M. A study on the attitudes of users about application of admission discharge system-9 (ADS-9) software in Iran and Shahid Beheshti universities teaching hospitals, 2002. *Hakim* 2003;6(3):45-53. [Full Text in Persian]