مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره نوزدهم، شماره ۱۱، آبان ۱۳۹۶، صفحه ۷۵-۶۷

ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری ایران از دیدگاه مدیران و مجریان

آناهیتا کشاورزی (MD)[۱]، محمدجواد کبیر (PhD)[۲]، حسن اشرفیان امیری (MD)[۳]، سیدمظفر ربیعی (MD)[۴]،
سهیلا حسینی (PhD)[۱]، سیدداود نصرالله‌پور شیروانی (PhD)*[۳]

۱-سازمان بیمه سلامت ایران
۲-مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۳-مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۴-مرکز تحقیقات سرطان، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۶/۵/۱۵، اصلاح: ۹۶/۷/۲، پذیرش: ۹۶/۷/۱۱

خلاصه

سابقه و هدف: برنامه پزشک خانواده شهری به منظور ارائه خدمات سلامت در پیشگیری از بیماری‌ها، تشخیص، درمـان و بهبود کیفیت زندگی از تیرماه ۱۳۹۱ در دو استان فارس و مازندران اجرا شد. این مطالعه با گذشت نزدیک به ۵ سال از سابقه اجرا به منظور ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در زمستان ۱۳۹۵ بر روی مدیران و مجریان طرح برنامه پزشک خانواده شهری در کلیـه شـهرهای اسـتانهای فـارس و مازنـدران بـه صـورت سرشماری انجام شد. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته شامل ۲ بخش متغیرهای فردی با ۱۱ سئوال باز و بسته و سطح عملکرد برنامه پزشک خـانواده شـهری بـا ۱۸ سئوال در مقیاس لیکرت با امتیاز ۱ تا ۵ جمع‌آوری گردید. میانگین عملکـرد کلـی از ۵ نمـره بـه سـه سـطح ضـعیف (کمتـر از ۲/۵) متوسـط (۳/۵-۲/۵) و خـوب (بـالاتر از ۳/۵) طبقه‌بندی شد.

یافته‌ها: از بین ۵۳۰ مدیر و مجری برنامه پزشک خانواده شـهری، ۱۶۸ نفـر(۳۱/۷درصـد) عملکـرد برنامـه را در سـطح ضـعیف، ۲۹۵ نفـر(۵۵/۷ درصـد) در سـطح متوسـط و ۶۷ نفر(۱۲/۶درصد) در سطح خوب قضاوت نمودند. میانگین عملکرد برنامه از ۵ نمره ۰/۶۴±۲/۸۳ ارزیابی شد. بین استان محل خدمت، جمعیت شهری محل خدمت، تحصیلات، رشته تحصیلی، سابقه خدمت، محل خدمت، و سمت مدیران و مجریان و قضاوت‌شان در ارزیابی سطح عملکرد برنامه پزشک خانواده شهری رابطه معنی‌دار وجود داشت ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که سطح عملکرد برنامه پزشک خانواده شهری از دیدگاه اکثر مدیران و مجریان در حد متوسط بود.

واژه‌های کلیدی: ارزیابی پزشک خانواده، پزشک خانواده، پزشک خانواده شهری، دیدگاه مدیران، استان فارس، استان مازندران.

مقدمه

سابقه توجه و تاکید به اجرای برنامه پزشک خانواده در نظام مراقبت سـلامت دنیا به پیشنهاد Francis W. Peabody، پروفسور پزشکی دانشـگاه هـاروارد در سال ۱۹۲۳ و توسعه آن به گزارش کمیته‌هـای Millis و Willard ایـالات متحده آمریکا در سال ۱۹۶۶ بر می‌گردد (۲و۱). پزشک خـانواده بـه عنـوان اولـین فرد از گروه حرف پزشکی است که در اولین سطح تمـاس بـا مـردم و بیمـار بایـد دارای مهارت‌های لازم در زمینه غربالگری، تشخیص و درمـان بیمـاران، مهـارت-های ارتباطی و توان تجزیه و تحلیل ابعاد روانـی، اقتصـادی و اجتمـاعی مـوثر بـر سلامت باشد و بدین ترتیب عوامل موثر بر سلامت مردم را مدیریت نماید. پزشک خانواده که اطلاعات کاملی از تاریخچه خانوادگی افراد از نظر بیماری‌های ژنتیکـی و ارثی و نیز تاریخچه سلامت و بیماری‌های جسمی، روحـی و اجتمـاعی اعضـای خانواده‌های تحت پوشش خود را نداشته باشد قادر به مـداخلات متناسـب و مـوثر نخواهد بود. بنابراین پزشک خانواده اگر ویژگی‌های لازم را داشته باشد محرم اسرا خانواده‌ها هم خواهد بود (۳). با توجه به دسـتاوردهای مثبـت بکـارگیری و توسـعه برنامه پزشک خانواده و نیازهای جدید جمعیت، پزشکی خـانواده از طـرف سـازمان جهانی بهداشت (WHO) به عنوان مرکز تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیـت، اثربخشی، برابری و کاهش هزینه در سیسـتم‌هـای مراقبـت‌هـای سـلامتی تلقـی می‌گردد (۴). اخیرا مطالعات متعددی تائید نمودند که پزشکان خـانواده نسـبت بـه پزشکان متخصص می‌توانند با صرف منابع کمتری مراقبت‌هـای مـوثرتری بـرای پیشگیری، درمان و کنتـرل انـواع معینـی از بیمـاری‌هـا را انجـام دهنـد (۶و۵). در آمریکای شمالی و اروپای غربی پزشک خانواده، محور ارایـه خـدمات سـلامت و مسؤول تیم سلامت است (۷). در ایران اولین اصلاحات در راستای ارائـه خـدمات اولیه بهداشتی با راه‌اندازی خانه‌های بهداشت در مناطق روسـتایی در سـال ۱۳۵۶

▣ این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۹۶/۲۳۶۴۰۲ سازمان بیمه سلامت ایران می‌باشد
*مسئول مقاله: دکتر سید داود نصرالله‌پور شیروانی
آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی، گروه آموزش عمومی. تلفن: ۰۱۱-۳۲۱۹۰۶۳۱
E-mail: dnshirvani@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.11.9.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.19.11.67]

شروع گردید و برای گسترش آن طراحی و استقرار شبکه بهداشت و درمان در سال ۱۳۶۳ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی به منظور فائق آمدن بر تعدادی از مشکلات و نارسایی‌های نظام شبکه بهداشت و درمان از جمله دسترسی ناکافی مردم به خدمات سلامت و ضعف عملکردی نظام ارجاع از سال ۱۳۸۴ در کل مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت اجرا شد (۹و۸).

متعاقب اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، سیاست‌گذاران و مدیران کشوری، اجرای برنامه پزشک خانواده شهری را در شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر در دستور کار قرار دادند و بعد از مراحل آزمایشی طرح در برخی استان‌ها، اجرای برنامه پزشک خانواده شهری با نسخه ۰۲ برای کل کشور پیش‌بینی که با تغییرات متعدد نهایتا اجرای این برنامه به طور رسمی از تیرماه ۱۳۹۱ در دو استان فارس و مازندران شروع گردید (۱۰).

در خصوص ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری در ایران مطالعات محدودی انجام گرفت که هر کدام به بخشی از مسائل پرداختند. در مطالعه‌ای که به منظور ارزیابی طرح پزشک خانواده شهری در شش شهرستان پایلوت تحت پوشش دانشگاه جندی شاپور اهواز در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت، نشان داد که نیروی انسانی مورد نیاز برای پوشش جمعیت تامین نشده و بیشترین کمبود مربوط به کارشناس تغذیه و سپس بترتیب پرستار و پزشک بود. در شهرهای سطح دو ارجاع، استقبال از طرح در بین پزشکان متخصص دارای مطب زیاد نبود. در ماهشهر، تنها پنج پزشک متخصص و در سطح سوم فقط ۲۸/۵ درصد پزشکان واجد شرایط در طرح مذکور ثبت نام نمودند (۱۱).

مطالعه‌ای که Doshmangir و همکاران در خصوص زیرساخت استقرار سیاست پزشک خانواده شهری در ایران انجام دادند به الزام‌آور بودن شش زیرساخت تاکید و نتیجه‌گیری نمودند که تولیت واحد در نظام سلامت، تأمین اعتبارات مکفی، مشارکت و تعامل تمامی ذی‌نفعان جهت استقرار دقیق، به موقع، صحیح و پرهیز از تضاد قدرت، تعیین تعرفه‌های منطقی و تحت پوشش قراردادن همه مردم از مهم‌ترین عوامل قابل توجه در جهت استقرار این سیاست ملی می‌باشد (۱۲).

از آنجاییکه ارزیابی برنامه‌ها جهت سنجش میزان پیشرفت و موفقیت‌ها و یا شناسایی انحرافات احتمالی غیرقابل اجتناب بوده و از مهم‌ترین کارکردهای مدیریت به شمار می‌آید، لذا ضروری است هر برنامه‌ای از جمله برنامه پزشک خانواده شهری در مورد نحوه اجرا و دستاوردهای خود مورد ارزیابی و قضاوت قرار گیرد تا در صورت لزوم، اصلاحات و مداخلات لازم اعمال و کاستی‌های موجود مرتفع گردد (۱۴و۱۳).

یکی از راهکارهای متداول ارزیابی برنامه‌ها، نظرسنجی از افراد صاحب‌نظر و درگیر در اجرای آن برنامه است. مدیران و مجریان برنامه پزشک خانواده شهری در دو استان فارس و مازندران به دلیل مشارکت شان اجرای برنامه، با پایش‌های دوره‌ای و یا مواجهه مستمر با ارایه‌دهندگان و گیرندگان خدمات بیشترین شناخت را از نقاط قوت و ضعف عملکردی برنامه داشته و می‌توانند عملکرد برنامه را در زوایای مختلف ارزیابی نمایند. لذا این مطالعه به منظور ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری استان‌های فارس و مازندران از دیدگاه مدیران و مجریان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی در زمستان ۱۳۹۵ در دو استان فارس و مازندران بر روی نمونه پژوهش شامل مدیران و کارشناسان درگیر و پایش‌گر شاغل در شبکه بهداشت و درمان، مدیران بیمارستان‌ها، مدیر و کارشناسان پایش‌گر سازمان‌های بیمه‌گر (بیمه سلامت و تامین اجتماعی)، مدیر و کارشناس پایش‌گر سازمان نظام پزشکی، کارشناس پایش‌گر کمیته امداد امام خمینی (ره)، پزشکان خانواده مسئول مراکز بهداشتی درمانی مجری در شهرستان‌های بالای ۲۰ هزار نفر جمعیت دو استان مذکور انجام شد.

مدیران و مجریان با سابقه حداقل یک سال مشارکت فعال در برنامه پایش یا بازدید دوره‌ای از مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه‌های سلامت شهری مجری برنامه پزشک خانواده شهری به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه محقق‌ساخته حاوی دو بخش شامل: متغیرهای فردی، اجتماعی و سازمانی با ۱۱ سئوال (استان و شهرستان محل خدمت، تعداد جمعیت شهری محل خدمت، جنس، سن، تحصیلات، رشته تحصیلی، کل سابقه خدمت، سازمان محل خدمت، سمت فعلی، سابقه خدمت در سمت فعلی) و ارزیابی برنامه با ۱۸ سئوال (در خصوص عملکرد پزشکان خانواده و مراقبین سلامت، مشارکت و همکاری سطح دو و پرداختی به پزشکان) جمع آوری گردید. روایی آن با نظرخواهی از شش نفر از مدیران و کارشناسان سازمان بیمه سلامت ایران، دو نفر از کارشناسان پایشگر برنامه پزشک خانواده شهری و سه نفر از پزشکان خانواده شهری به شکل صوری به تائید خبرگان رسیده و پایایی آن با آزمون کرونباخ ۹۱٪ محاسبه شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها ۱۶ پانل خبرگان برای ۲۸ شهرستان استان فارس و ۱۳ پانل خبرگان برای ۱۶ شهرستان استان مازندران (شهرهای کوچکتر به شهرهای بزرگ‌تر همجوار دعوت شدند) برگزار گردید. در هر پانل برگزار شده توضیحات مختصری در خصوص ضرورت انجام اصلاحات در نظام سلامت، اصلاحات انجام شده در نظام سلامت ایران و چگونگی ارزیابی آن ارائه گردید. بعد از ارائه توضیحات مختصر، از شرکت‌کنندگان در پانل خواسته شد نظر به شناختی که از نحوه اجرای برنامه پزشک خانواده شهری و عملکرد آن در شهرستان خود دارند، آگاهانه و مسئولانه در راستای ۱۸ سئوال مرتبط قضاوت نمایند.

بدین ترتیب صاحبان فرآیند اجرای برنامه پزشک خانواده شهری با اعلام رضایت شفاهی پرسشنامه را به صورت خود ایفاد تکمیل و افرادی که در خصوص هر کدام از ۱۸ سئوال مربوط به عملکرد برنامه پزشک خانواده شهری و نقاط قوت و ضعف آن شناخت لازم را نداشتند مورد ارزیابی و قضاوت قرار نداده و از مطالعه خارج شدند.

کلیه سئوالات بخش دوم که از نوع بسته بود با مقیاس ۵ رتبه‌ای لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم) بوده به ترتیب نمره ۵ تا ۱ داده شد. میانگین عملکرد کلی از حداکثر ۵ نمره به سه سطح ضعیف (کمتر از ۲/۵) متوسط (۳/۵-۲/۵) و خوب (بالاتر از ۳/۵) طبقه‌بندی شد.

داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون کِندالز برای تعیین همبستگی بین متغیرهای رتبه‌ای، با آزمون‌های تی مستقل و ANNOVA برای مقایسه میانگین‌ها و مجذور کای۲ برای متغیرهای کیفی در نرم‌افزار SPSS-18 تجزیه و تحلیل شدند و $p<۰/۰۵$ معنی دار در نظر گرفته شد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.11.9.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.19.11.67]

یافته‌ها

از بین ۵۳۰ مدیر و مجری برنامه پزشک خانواده شهری در کل دو استان فارس و مازندران، ۱۶۸ نفر (۳۱/۷٪) عملکرد برنامه را در سطح ضعیف، ۲۹۵ نفر (۵۵/۷٪) در سطح متوسط و ۶۷ نفر (۱۲/۶٪) در سطح خوب قضاوت نمودند. میانگین عملکرد برنامه از نظر مدیران و مجریان از حداکثر ۵ نمره ۰/۶۴±۲/۸۳ ارزیابی شد (جدول۱).

جدول۱. عملکرد برنامه پزشک خانواده شهری از دیدگاه مدیران و مجریان استان‌های فارس و مازندران

سطح عملکرد / نوع عملکرد	فارس		مازندران		کل		P-value
	Mean±SD	میانه	Mean±SD	میانه	Mean±SD	میانه	
مطلوب بودن فضای فیزیکی و نظافت مراکز و پایگاه‌ها	۲/۹۰±۱/۱	۳	۳/۴۵±۰/۹	۳	۳/۱۴±۱/۰	۳	۰/۶۱۴
کمیت حضور پزشکان خانواده در ساعات موظفی	۲/۷۲±۱/۱	۳	۳/۷۰±۰/۹	۴	۳/۱۵±۱/۱	۳	۰/۰۰۰
هماهنگی قبلی پزشکان خانواده با سازمان‌های مرتبط و پزشک جانشین در صورت عدم حضور	۳/۰۸±۱/۱	۳	۳/۷۱±۱/۰	۴	۳/۳۵±۱/۱	۴	۰/۰۰۹
رعایت پرداخت حق‌الزحمه مراقبین سلامت نسبت به ۱۲ درصد سرانه	۲/۵۵±۱/۲	۲	۳/۱۲±۱/۱	۳	۲/۸۰±۱/۲	۳	۰/۰۰۰
رعایت عدم دریافت وجه از بیماران در مورد خدمات رایگان	۳/۴۱±۱/۲	۴	۴/۱۳±۱/۰	۴	۳/۷۴±۱/۲	۴	۰/۰۰۰
تامین و تکمیل فضای فیزیکی و تجهیزات مورد نیاز	۲/۷۳±۱/۱	۳	۳/۴۴±۱/۰	۳	۳/۰۴±۱/۱	۳	۰/۱۶۲
اجرای مطلوب بسته‌های خدمتی مربوط به بیماری-های تحت پوشش	۲/۴۶±۱/۰	۳	۳/۲۷±۱/۰	۳	۲/۸۱±۱/۱	۳	۰/۱۶۱
وارد نمودن کامل و جامع داده‌ها در سامانه سیب	۲/۳۰±۱/۰	۲	۳/۴۲±۱/۰	۴	۲/۷۹±۱/۱	۳	۰/۰۸۳
ارجاع بیماران در چارچوب اندیکاسیون واقعی	۱/۹۶±۰/۹	۲	۳/۰۲±۰/۹	۳	۲/۴۲±۱/۰	۲	۰/۶۱۰
تامین لوازم و انجام تزریقات و پانسمان	۲/۹۱±۱/۰	۳	۳/۴۶±۱/۰	۴	۳/۱۵±۱/۰	۳	۰/۵۷۴
همکاری در ایجاد و تقویت همکاری برون‌بخشی و جلب مشارکت جامعه	۲/۳۳±۱/۰	۲	۲/۹۵±۱/۱	۳	۲/۶۰±۱/۱	۳	۰/۴۵۴
برگزاری جلسات آموزشی برای گروه‌های هدف	۲/۰۵±۱/۱	۲	۲/۷۷±۱/۱	۳	۲/۳۶±۱/۱	۲	۰/۶۸۳
انجام مراقبت‌های ادغام یافته سلامت (کودکان، جوانان و...)	۲/۵۳±۱/۰	۳	۳/۰۹±۱/۰	۳	۲/۷۷±۱/۰	۳	۰/۰۳۲
شناسایی و مراقبت‌های به موقع مادران باردار	۳/۵۵±۱/۱	۴	۳/۷۶±۱/۰	۴	۳/۶۴±۱/۰	۴	۰/۰۲۳
کمیت پسخوراند ارجاع پزشکان متخصص سطح۲	۱/۸۶±۰/۹	۲	۲/۵۶±۱/۱	۲	۲/۱۷±۱/۱	۲	۰/۰۰۰
کیفیت پسخوراند ارجاع پزشکان متخصص سطح۲	۲/۰۱±۱/۰	۲	۲/۳۰±۱/۰	۲	۲/۱۴±۱/۰	۲	۰/۴۳۱
رضایت از زمان پرداخت ماهانه و فصلی سرانه به پزشکان	۱/۸۸±۱/۰	۲	۱/۹۵±۱/۰	۲	۱/۹۱±۱/۰	۲	۰/۷۷۰
مکفی بودن دریافتی پزشکان خانواده نسبت به سایر کارکنان نظام سلامت	۳/۲۰±۱/۰	۳	۲/۸۵±۱/۳	۳	۳/۰۵±۱/۲	۳	۰/۱۸۰
کل	۲/۵۶±۰/۶	۳	۳/۱۳±۰/۶	۳	۲/۸۳±۰/۶	۳	۰/۴۴۲

گرچه عملکرد کلی برنامه پزشک خانواده شهری در بین دو استان مجری تفاوت معنی‌دار وجود نداشت، ولی در بعضی از کارکردها تفاوت معنی‌دار مشهود بود. بعضی از عملکردها مثل رعایت عدم دریافت وجه از بیماران و مراقبت‌های به موقع مادران باردار به عنوان مناسب‌ترین عملکرد، تاخیر در پرداخت دستمزد پزشکان خانواده و پایین بودن کمیت و کیفیت پسخوراند ارجاع، به عنوان نامناسب‌ترین عملکرد برنامه پزشک خانواده شهری ارزیابی شد. قضاوت در خصوص میزان عملکرد برنامه پزشک خانواده شهری بر اساس متغیرهای فردی و محیطی ارزیابی کننده در بعضی موارد مثل استان محل خدمت تفاوت قابل ملاحظه‌ای داشت.

دیدگاه مدیران و مجریان در خصوص سطح عملکرد برنامه پزشک خانواده با توجه به عوامل فردی و محیطی (به جز جنسیت و شهر محل سکونت) تفاوت معنی‌دار وجود داشت (جدول ۲). بین سن و دیدگاه مدیران و مجریان در خصوص سطح عملکرد برنامه پزشک خانواده رابطه مستقیم معنی‌دار وجود داشت (p=۰/۰۳۵ ،r=+۰/۰۸۵)

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.11.9.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.19.11.67]

جدول ۲. عملکرد برنامه پزشک خانواده شهری در استان‌های فارس و مازندران به تفکیک متغیرهای فردی و محیطی مدیران و مجریان

سطح و میانگین عملکرد موارد مورد بررسی	ضعیف تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	خوب تعداد(درصد)	Mean±SD	کل ارزیاب	P-value
استان‌های مجری						
فارس	۱۳۴(۴۶/۲)	۱۴۵(۵۰)	۱۱(۳/۸)	۲/۵۶±۰/۶	۲۹۰	۰/۰۰۰
مازندران	۳۴(۱۴/۲)	۱۵۰(۶۲/۵)	۵۶(۲۳/۳)	۳/۱۳±۰/۶	۲۴۰	
شهر محل خدمت						
شهر دانشگاهی	۵۲(۳۷/۷)	۷۳(۵۲/۹)	۱۳(۹/۴)	۲/۷۳±۰/۶	۱۳۸	۰/۱۴۳
شهر غیردانشگاهی	۱۱۶(۳۹/۶)	۲۲۲(۵۶/۶)	۵۴(۱۳/۸)	۲/۸۵±۰/۶	۳۹۲	
جمعیت شهری شهرمحل خدمت						
۲۰ تا ۵۰ هزار نفر	۵۷(۳۰/۵)	۱۱۳(۶۰/۴)	۱۷(۹/۱)	۲/۷۷±۰/۶	۱۸۷	۰/۰۰۰
۵۰ تا ۱۰۰ هزار نفر	۵۲(۳۶/۴)	۷۱(۴۹/۷)	۲۰(۱۴)	۲/۷۹±۰/۷	۱۴۳	
۱۰۰ تا ۲۰۰ هزار نفر	۲۹(۴۷/۵)	۳۱(۵۰/۸)	۱(۱/۶)	۲/۵۵±۰/۵	۶۱	
بالای ۲۰۰ هزار نفر	۳۰(۲۱/۶)	۸۰(۵۷/۶)	۲۹(۲۰/۹)	۳/۰۳±۰/۶	۱۳۹	
جنس						
مرد	۸۹(۳۰/۶)	۱۶۲(۵۵/۷)	۴۰(۱۳/۷)	۲/۸۵±۰/۶	۲۹۱	۰/۶۴۶
زن	۷۹(۳۳/۱)	۱۳۳(۵۵/۶)	۲۷(۱۱/۳)	۲/۷۹±۰/۶	۲۳۹	
سطح تحصیلات						
کارشناسی	۸۹(۳۹)	۱۳۰(۵۱/۸)	۲۳(۹/۲)	۲/۷۰±۰/۶	۲۵۱	۰/۰۰۰
کارشناسی ارشد	۲۹(۳۲/۲)	۵۴(۶۰)	۷(۷/۸)	۲/۷۱±۰/۵	۹۰	
دکتری حرفه‌ای	۳۶(۲۰/۶)	۱۰۳(۵۸/۹)	۳۶(۲۰/۶)	۳/۰±۰/۶	۱۷۵	
دکتری تخصصی	۴(۳۰/۸)	۸(۶۱/۵)	۱(۷/۷)	۲/۹۴±۰/۷	۱۳	
رشته تحصیلی						
پزشکی	۴۰(۲۱/۴)	۱۰۹(۵۸/۳)	۳۸(۲۰/۳)	۳/۰۵±۰/۶	۱۸۷	۰/۰۰۰
پیراپزشکی و علوم بهداشتی	۱۱۴(۴۱/۶)	۱۳۶(۴۹/۶)	۲۴(۸/۸)	۲/۶۶±۰/۶	۲۷۴	
سایر رشته‌ها (غیرعلوم پزشکی)	۱۳(۱۹/۴)	۵۰(۷۴/۶)	۴(۶)	۲/۸۶±۰/۵	۶۷	
سابقه خدمت						
۱۰ -۱ سال	۲۹(۳۳)	۵۶(۳۶/۶)	۳(۳/۴)	۲/۷۳±۰/۵	۸۸	۰/۰۴۷
۲۰-۱۱ سال	۸۵(۳۰/۶)	۱۵۶(۵۶/۱)	۳۷ (۱۳/۳)	۲/۸۴±۰/۶	۲۷۸	
۲۱ سال و بالاتر	۵۲(۳۲/۷)	۸۱(۵۰/۹)	۲۶(۱۶/۴)	۲/۸۳±۰/۷	۱۵۹	
محل خدمت						
بیمه سلامت	۱۳(۱۶/۹)	۵۲(۶۷/۵)	۱۲(۱۵/۶)	۲/۹۵±۰/۵	۷۷	۰/۰۰۰
تامین اجتماعی	۳(۲۰)	۶(۴۰)	۶(۴۰)	۳/۱۵±۰/۸	۱۵	
کمیته امداد امام (ره)	۷(۲۸)	۱۳(۵۲)	۵(۲۰)	۲/۸۹±۰/۶	۲۵	
بیمارستان	۱۲(۳۸/۷)	۱۹(۶۱/۳)	۰(۰)	۲/۶۵±۰/۵	۳۱	
ستاد شبکه یا مرکز بهداشت	۱۱۳(۴۲/۲)	۱۳۶(۵۰/۷)	۱۹(۷/۱)	۲/۶۵±۰/۶	۲۶۸	
مرکز بهداشتی درمانی مجری	۲۰(۱۷/۵)	۶۹(۶۰/۵)	۲۵(۲۱/۹)	۳/۱۱±۰/۶	۱۱۴	
سمت فعلی						
رئیس، مدیر یا معاون سازمان	۴۶(۲۹/۷)	۱۸(۵۸/۷)	۱۸(۱۱/۶)	۲/۸۱±۰/۵	۱۵۵	۰/۰۰۰
مسئول واحد یا کارشناس	۱۰۴(۳۹/۵)	۱۳۷(۵۲/۱)	۲۲(۸/۴)	۲/۶۹±۰/۶	۲۶۳	
پزشک خانواده مسئول مراکز مجری	۱۷(۱۵/۵)	۶۷(۶۰/۹)	۲۶(۲۳/۶)	۳/۱۶±۰/۶	۱۱۰	

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.11.9.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.19.11.67]

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد از دیدگاه مدیران و کارشناسان میانگین سطح عملکردی پزشکان خانواده شهری در موضوعات مختلف عمدتا در سطح متوسط بوده است که تا حدودی با مطالعه Ashrafian Amiri و همکاران که سطح عملکردی پزشکان خانواده و بیمه روستایی را در راستای ۵ وظیفه اصلی از دیدگاه مدیران و کارشناسان ستاد مرکز بهداشت شهرستان‌های استان‌های شمالی ایران مورد مطالعه قرار دادند، هم‌خوانی دارد (۳).

سازمان جهانی بهداشت (WHO) در گزارش سال ۲۰۰۰ در خصوص اینکه چگونه می‌توان فهمید عملکرد یک نظام سلامت به اندازه‌ای است که واقعاً از آن انتظار می‌رود یا توان برآورده کردن آن را دارد؟ می نویسد، پاسخ به این سئوال به دیدگاه شخصی پاسخ‌دهنده بستگی دارد (۱۵).

بر اساس نظر فوق و همچنین یافته‌های حاصل از این مطالعه، هیچکدام از رؤسا یا مدیران بیمارستان‌هایی که در این مطالعه شرکت کردند، عملکرد برنامه پزشک خانواده شهری را در سطح خوب قضاوت نکردند، شاید گروه مذکور اعتقاد داشته باشند که اجرای این برنامه کمکی به کاهش تقاضای بیمارستانی نکرده و یا آن را افزایش هم داده است. در مقابل پزشکان خانواده شهری مسئول مراکز مجری که عملکرد پزشکان خانواده بخش خصوصی منطقه تحت پوشش خود را پایش می‌کنند عملکرد برنامه پزشک خانواده شهری را نسبت به سایر افراد مورد مطالعه مناسب‌تر ارزیابی نمودند. شاید اعتقاد گروه مذکور این باشد که پزشک خانواده در حد توان خود انجام وظیفه می‌نماید اگر سطح عملکرد برنامه در حد انتظار نیست ناشی از کم‌کاری پزشکان خانواده نخواهد بود و علل را باید در سایر اجزای نظام سلامت جستجو نمود. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که بالاترین سطح عملکرد برنامه مربوط به رعایت عدم دریافت وجه از بیماران در مورد خدمات رایگان بوده است.

یافته فوق نظر به طلبکاری پزشکان و مشکلات مالی که ناشی از تاخیر در دریافت سرانه داشتند و همین‌طور سختی‌هایی که از تقاضای القایی به جهت رایگان بودن خدمات تحمل می‌کنند، می‌تواند رفتار قابل ستایشی محسوب شود. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که شناسایی و مراقبت‌های به موقع مادران باردار از دیگر عملکردهایی است که بالاتر از سطح متوسط قرار دارد. این عملکرد با توجه به این که اکثر خانواده‌ها نگران سلامت مادر و جنین در طول بارداری هستند، می‌تواند یکی از قابلیت‌های برنامه در ابعاد پیشگیری به حساب آید. ارایه خدمات مطلوب و به موقع به مادران باردار ضمن این که از مراجعه غیرضروری به سطح۲ پیشگیری می‌نماید، می‌تواند به عنوان یکی از زیرساخت‌های لازم سطح اول، کمکی هم به سیاست فرزندآوری نماید (۱۶).

یکی از عملکردهای مهم برنامه پزشک خانواده که شاید اصلی‌ترین انتظارات سیاست‌گذاران و مسئولین باشد، کمیت و کیفیت ارجاع بیماران و قانون‌مند شدن آن است. مطالعه حاضر در این خصوص نشان می‌دهد ارجاع بیماران از پزشکان خانواده به سطح۲ چندان در چارچوب اندیکاسیون واقعی قرار ندارد و کمیت و کمیت پسخوراند ارجاع پزشکان متخصص سطح۲ پایین‌تر از سطح متوسط می‌باشد. یافته‌های این مطالعه با مطالعه Damari و همکاران که در راستای ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری گزارش نمودند عده‌ای از مردم دانش پزشکان عمومی را کافی نمی‌دانند و این باعث شده که سیستم ارجاع را رعایت ننمایند همسو می‌باشد (۱۷). عدم همکاری لازم بین پزشکان خانواده و پزشکان متخصص سطح دو، عدم ارایه بازخورد توسط متخصصان و تکمیل غیراستاندارد درصد قابل توجهی از برگه‌های ارجاع توسط پزشکان خانواده، تخصص‌گرایی در پزشکان و خانواده‌ها موجب می‌شود افراد طبق تشخیص خود به متخصص یا فوق تخصص مراجعه نمایند (۱۰). در یک مطالعه مروری وجود ضعف‌های متعدد در نظام ارجاع یکی از چالش‌های جدی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی مطرح شد (۱).

بر اساس مطالعه حاضر و مطالعه Damari می‌توان گفت همان چالشی که در برنامه پزشک خانواده روستایی گزارش شده در برنامه پزشک خانواده شهری هم وجود دارد (۱۰). در مطالعه‌ای که چالش‌ها و راهکارهای توسعه حوزه بهداشت کشور، از دیدگاه معاونان بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی مورد بررسی قرار گرفت، نشان داده شد که معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی چالش‌های متعددی دارند که به دلیل مزمن بودن آنها و اضافه شدن بار اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، مضاعف شده است و آثار آن، هم در حوزه ستادی و هم در دانشگاه‌های مجری برنامه پزشک خانواده مشهود است (۱۷).

نتایج این مطالعه و سایر مطالعات انجام شده در راستای عدم رعایت قواعد ارجاع در ایران (۱و ۱۰-۹ و ۱۹-۱۷) زنگ خطری برای سیاست‌گذاران خواهد بود که اگر چاره اساسی در این خصوص نشود برنامه پزشک خانواده در راستای تقویت نظام ارجاع به تدریج به سطحی از عملکرد می‌رسد که قبلا نظام شبکه بهداشت و درمان همین وضعیت را بدون داشتن برنامه پزشک خانواده و تحمل هزینه‌های مرتبط به آن در سه دهه گذشته تجربه کرده است. این پژوهش نشان داد که پایین‌ترین سطح عملکرد برنامه پزشک خانواده شهری رضایت خیلی کم از زمان پرداخت ماهانه و فصلی سرانه به پزشکان می‌باشد. در مطالعه Jabari و همکاران یکی از نقاط ضعف عملکرد پزشک خانواده روستایی در ایران از دید مدیران و سیاست‌گذاران عدم پرداخت به موقع حقوق پزشکان و ماماهای خانواده بود (۱۹). در مطالعه‌ای که در خصوص جاذبه‌ها و دافعه‌های طرح پزشک خانواده از دیدگاه دانشجویان سال آخر پزشکی و پزشکان خانواده شاغل انجام شد، بعد اقتصادی-رفاهی در بین پزشکان با میانگین ۳/۸۴ و در بین دانشجویان با میانگین ۳/۹۲ دارای بیشترین امتیاز بود (۲۰).

اگر معادل یافته‌های مطالعه فوق، دریافت به موقع سرانه بالاترین جاذبه پزشکان خانواده شهری استان‌های فارس و مازندران باشد احتمالا یکی از دلایل بارز عدم همکاری یا همکاری نامطلوب پزشکان خانواده در تحقق اهداف برنامه می‌تواند تاخیر در پرداختی سرانه‌شان باشد. یکی از کارکردهای برنامه پزشک خانواده شهری که در سطح پایینی ارزیابی شد، برگزاری جلسات آموزشی برای گروه‌های هدف است که با دیگر مطالعات همسو می‌باشد (۳). کارکرد نامناسب در امور ارتقایی سلامت ممکن است به نارسا بودن برنامه‌های مداخله‌ای یا فقدان برنامه مرتبط در سازمان‌های ناظر مربوط باشد که با تدوین برنامه عملیاتی تحرکات لازم را برای استفاده از ظرفیت موجود ایجاد نمی‌نمایند. مراکز مجری هم می‌توانند پزشکان بخش خصوصی را در برگزاری جلسات آموزشی، از جمله تامین محل آموزش پشتیبانی نمایند.

این مطالعه نشان داد که سطح عملکرد برنامه پزشک خانواده شهری در استان مازندران (به جز از نظر کافی بودن دریافتی پزشکان خانواده نسبت به سایر کارکنان نظام سلامت) که بالاتر از استان فارس بود، در هفت موضوع تفاوت معنی‌دار داشت. تفاوت معنی‌دار در بعضی از کارکردهای پزشک خانواده در مطالعات سایرین هم گزارش شده است (۲۳-۲۱). این تفاوت‌ها ممکن است دلایل متعددی از جمله سطح توقعات و انتظارات مردم و ارایه‌دهندگان سطح اول

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.11.9.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.19.11.67]

و دوم، میزان فرهنگ‌سازی (آموزش و اطلاع رسانی)، کمیت و کیفیت پایش و بازدیدهای دوره‌ای، کمیت و کیفیت برخورد با موارد نقض قواعد چه از طرف مردم و چه از طرف ارایه‌دهندگان، تامین تسهیلات لازم از جمله پرداخت به موقع سرانه به پزشکان خانواده و پرداخت به پزشکان سطح۲ و یا دلایل دیگری داشته باشد. از اینکه مدیران و مجریان استان فارس درآمد پزشکان خانواده شهری را در سطح بالاتری مکفی می‌دانستند شاید آن را در راستای عملکرد پزشکان خانواده و میزان جامعیت خدمات آنها قضاوت نمودند که سطح عملکردی پایین‌تر از استان مازندران داشتند. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری نمود که عملکرد برنامه پزشک خانواده شهری در دو استان فارس و مازندران که بعضا تفاوت معنی‌داری در بعضی از ابعاد آن وجود دارد عمدتا در سطح متوسط ارزیابی شد. پیشنهاد می‌گردد معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی و شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های دو استان مجری با همکاری سازمان‌های بیمه‌گر با طراحی و اجرای پروژه‌های مداخله‌ای نسبت به ارتقای سطح عملکرد برنامه اقدام نمایند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از سازمان بیمه سلامت ایران به جهت حمایت مالی، از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بابل به خاطر پشتیبانی در جمع‌آوری داده‌ها، از مدیران و کارشناسان استانی و شهرستانی بیمه سلامت استان‌های فارس و مازندران به جهت مساعدت‌های مطلوب، از معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی مازندران، بابل، شیراز، جهرم، فسا، لارستان و همچنین شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها به جهت ایجاد هماهنگی‌های لازم، از کلیه افراد شرکت کننده در مطالعه به جهت همکاری‌های لازم، تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.11.9.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.19.11.67]

An Assessment of the Urban Family Physician Program in Iran from the Viewpoint of Managers and Administrators

A. Keshavarzi (MD)[1] , M.J. Kabir (PhD)[2], H. Ashrafian Amiri (MD)[3], S.M. Rabiee (MD)[4], S. Hosseini (MD)[1], S.D. Nasrollahpour Shirvani (PhD) *[3]

1.Iran Health Insurance Organization, Tehran. I.R.Iran
2.Health Mangement and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Golestan, I.R.Iran
3.Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran
4.Canser Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 19(11); Nov 2017; PP: 67-75
Received: Aug 6th 2017, Revised: Sep 24th 2017, Accepted: Oct 3rd 2017.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: The urban family physician program was implemented in Fars and Mazandaran provinces in June 2012 to provide health services for the prevention, diagnosis and treatment of diseases and improvement of quality of life. Nearly five years after the performance record, this study was conducted to assess the urban family physician program.

METHODS: This cross-sectional study was conducted among the managers and administrators of the urban family physician program in all cities of Fars and Mazandaran provinces in the winter of 2016. The data were collected using a researcher-made questionnaire including two parts; the personal variables with 11 open and closed questions and the performance level of the urban family physician program with 18 questions in Likert scale with a score of one to five. The average overall performance of the five points was classified into three levels; poor (below 2.5) average (2.5 - 3.5), and good (above 3.5).

FINDINGS: Of 530 managers and administrators of the urban family physician program, 168 people (31.7%) assessed the performance of the program as weak, 295 people (55.7%) assessed it as average and 67 people (12.6%) found it to be good. The average overall performance of five points was assessed to be 2.83 ± 0.64. There was a significant relationship between the province of service, the urban population of the place of service, education, field of study, service record, place of service, and the position of managers and administrators and their judgment in assessing the performance level of the urban family physician program ($p<0.05$).

CONCLUSION: The results of the study showed that performance level of the urban family physician program was average from the viewpoint of most managers and administrators.

KEY WORDS: *Assessment of family physician, family physician, urban family physician, managers' viewpoint, Fars province, Mazandaran province*.

Please cite this article as follows:

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.

* **Corresponding author: S.D. Nasrollahpour Shirvani (PhD)**
Address: Department of Public Education, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran
Tel:+98 11 32190631
E-mail: dnshirvani@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.11.9.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.19.11.67]

References

1.Nasrollahpour Shirvani SD. The implementation of family physician program in Iran: achievements and challenges. J Babol Univ Med Sci. 2014;16(1):15-26.[in Persian]

2.David AK. Preparing the Personal Physician for Practice (P^4): Residency training in family medicine for the future. J Am Board Fam Med. 2007;20:332-41.

3.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. [in Persian].

4.Joolaee H, Alizadeh M, Falahzadeh MH, Baseri A, Sayadi M. Evaluation of clinical skills of family physicians in Fars province by means of observed structured clinical evaluation. Strides Dev Med Educ. 2010;7(2):92-8.

5.Weiss BD. The death of academic family medicine: can it be prevented?. Fam Med. 1995;27(2):139-42.

6.Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarin-Rua MI, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health, and costs. Fam Pract. 2006;23(3):308-16.

7.Nieman LZ1, Kvale PJ, Fu X, Gu Y, Strobel HW. Bringing A family practise model of health to the people's Republic of china. Fam Med. 2001;33(9):696-701.

8.Family Physician Instruction. Iran: ministry of health and medical education. 2011;4-102. [In Persian]

9.Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, Shabestani Monfared A, Alizadeh R. Evaluation of the function of referral system in family physician program in northern provinces of Iran: 2008. J Babol Univ Med Sci. 2010;11(6):46-52. [in Persian]

10.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. sjsph. 2016;14(2):17-38. [in Persian]

11.Reiesian S, Eslamian M, Azmal M, Bastani P, Kalhor R. Assessment of urban family physician program In pilot centers covered by ahvaz Jundishapur university of medical sciences. Payavard. 2013;7(1):11-20.[in Persian].

12.Doshmangir L, Doshmangir P, Abbasi M, Rashidian A. Infrastructures for implementation of urban family medicine in Iran: infrastructures for implementation of urban family medicine in Iran. Hakim Health Sys Res. 2015;18(1):1-13.[in Persian].

13.Witter S, Toonen J, Meessen B, Kagubare J, Fritsche G, Vaughan K. Performance based financing as a health system reform: mapping the key dimensions for monitoring and evaluation. BMC Health Serv Res. 2013;13(367):1-10.

14.Sang S, Wang Z, Yu C. Evaluation of health care system reform in hubei province, china. Int J Environ Res Pub Health. 2014;11:2262-77.

15.World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance, 2000. Geneva. World Health Organization. Available From: https://scholar.google.com/scholar?

16.Motlagh ME, Torkestani F, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Rabiee SM, et al. The prevalence of violence against women during pregnancy and postpartum in Iran. 2015. 1st ed. Tehran. Ministry of Health and Medical Education. 2016:78-91. [in Persian]

17.Damari B. Challenges and directions of public health development in Iran from the viewpoint of provincial health deputies and health center. sjsph. 2015;13(1):1-16. [in Persian].

18.Mikaniki E, Ashrafian Amiri H, Nasrollahpour Shirvani S, Kabir M, Jafari N, Nahimi Tabiei M, et al. Satisfaction of family physicians (FPs) about the effective factors on activation of FP program and rural insurance in the northern provinces of Iran. J Babol Univ Med Sci. 2014;16(1):7-15.[In Persian].

19.Jabari A, Sharifirad Gh, Shokri A, Bahman Ziari N, Kordi A. Overview of the performance of rural family physician in Iran. Health Inf Manage 2013;9(7):1132-45. [in Persian]

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.11.9.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.19.11.67]

20.Khalafi A, Shirkhani B, Ghiasi A, Pourreeza A. In-field survey of attractions and repulsions of family medicine: family physicians' and medical students' attitudes. J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci. 2013;1(1):51-8. [in Persian]
21.Nasrollahpour Shirvani SD, Mikanik E, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Jafari N, Tahmasbi B, et al. Evaluation of the referral system situation in family physician program in northern provinces of Iran: 2012-2013. J Mazandaran Univ Med Sci. 2014;23(109):34-42. [in Persian]
22.Chaman R, Amiri M, Raei Dehaghi M. The national family physician and the quality of referral system. Payesh 2012;11(6):785-90. [in Persian]
23.Nasrollahpour Shirvani SD, Raeisee P, Motlagh ME, Kabir MJ, Ashrafian Amiri H. Evaluation of the performance of referral system in family physician program in Iran university of medical sciences: 2009. Hakim Res J. 2010;13(1):19-25. [in Persian]

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.11.9.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.19.11.67]