مقاله تحقیقی

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل
سال ۱۳۹۹، دوره ۲۲، صفحه ۱۳۴-۱۲۶

ارزیابی اجرای برنامه پزشک خانواده در مناطق شهری و روستایی استان مازندران با رویکرد فرآیندی

قاسم عابدی (PhD)[۱]، زینب اسماعیلی سراجی (MSc)[۲*]، قهرمان محمودی (PhD)[۳]، محمدعلی جهانی (PhD)[۴]، مهدی عباسی (MSc)[۵]

۱-مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲-گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده پزشکی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۳-مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستان، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۴-مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۵-گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

دریافت: ۹۸/۵/۶، اصلاح: ۹۸/۷/۹، پذیرش: ۹۸/۸/۱۶

خلاصه

سابقه و هدف: ارزیابی نظام‌های سلامت، زمینه‌ساز اصلاحات در ساختارها و فرآیندها به‌منظور دستیابی به نتایج بهتر است. لذا این پژوهش با هدف ارزیابی اجرای برنامه پزشک خانواده در مناطق شهری و روستایی استان مازندران با رویکرد فرآیندی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۲۳۸ نفر از مدیران و کارشناسان بهداشتی و کارشناسان بیمه سلامت که از ۱۲ شهرستان به صورت سرشماری انتخاب شدند، انجام گردید. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته با روایی و پایایی بالا که برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی را در سه حیطه ساختار، فرآیند و نتایج ارزیابی کند، جمع آوری و ارزیابی گردید.

یافته‌ها: میانگین امتیاز حیطه ساختاری (۴/۲۷±۰/۳۸) ، فرآیندی (۴/۳۳±۰/۴۱) و نتایج (۴/۳۱±۰/۳۹) برنامه پزشک خانواده روستایی به‌طور معنی‌داری بالاتر از برنامه پزشک خانواده شهری بود ($p<۰/۰۰۱$). مهم‌ترین بعد حیطه ساختاری در برنامه پزشک خانواده شهری، تجهیزات (۳/۳۵±۰/۷۶)، در حیطه فرآیندی، مراقبت بیماری‌های غیرواگیر (۳/۱۵±۱/۰۶) و در حیطه نتایج نیز تجویز منطقی دارو (۳/۰۷±۱/۰۲) بود. در برنامه پزشک خانواده روستایی، در حیطه ساختاری مهم‌ترین بعد، فضای فیزیکی (۴/۴۱±۰/۶۰) و در حیطه فرآیندی و نتایج نیز به ترتیب سلامت مادران و کودکان (۴/۲۰±۰/۹۰) و بهبود شاخص‌های آموزش بهداشت (۴/۳۳±۰/۷۶) اهمیت بیشتری داشتند.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج این مطالعه در ابعاد سه‌گانه ساختاری، فرآیندی و نتایج، برنامه پزشک خانواده روستایی وضعیت نسبتاً بهتری نسبت به برنامه پزشک خانواده شهری داشت.

واژه‌های کلیدی: پزشک خانواده، جمعیت شهری، جمعیت روستایی، ارزیابی فرآیند.

مقدمه

نظام‌های سلامت همواره به دنبال انجام اصلاحات اثربخش در ساختارها و فرآیندهای خود به‌منظور دستیابی به نتایج بهتر بوده‌اند. به عقیده بسیاری از متخصصین، سرمایه‌گذاری در اصلاحات مبتنی بر مراقبت‌های اولیه همواره کارآیی و اثربخشی بالایی داشته است (۲و۱). سازمان جهانی بهداشت، برنامه پزشک خانواده را در رأس تلاش نظام‌های سلامت برای بهبود کیفیت، هزینه اثربخشی و عدالت در مراقبت‌های سلامت معرفی کرده است (۳). در همین راستا، بر اساس قانون برنامه چهارم توسعه کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف شد تا پایان سال اول این قانون، برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع را در کشور اجرا نماید (۴). این برنامه در فاز روستایی از سال ۱۳۸۴ در کل کشور و در فاز شهری از سال ۱۳۹۱ در دو استان فارس و مازندران به‌صورت آزمایشی اجرا گردید (۵). هدف از اجرای برنامه پزشک خانواده، ارتقای سلامت افراد با هزینه اثربخش و کارایی مناسب، توسعه عدالت، ارتقاء رضایت گیرندگان خدمت و استقرار نظام ارجاع و سطح بندی خدمات بوده است (۵)، اما این برنامه اکنون با چالش‌های زیادی روبرو است. معکوس شدن درصد جمعیت شهری و روستایی، توسعه نامتناسب شهرها به‌ویژه حاشیه آن، تغییر سیمای بیماری‌ها، مشارکت پائین

▣ این مقاله حاصل پایان نامه زینب اسماعیلی سراجی دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و طرح تحقیقاتی به شماره ط-۱-۹۷-۹۶ دانشگاه دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می‌باشد.
*مسئول مقاله: زینب اسماعیلی سراجی
آدرس: ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری. تلفن: ۰۱۱-۴۲۲۷۰۳۰
E-mail: z.esmaeili1367@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.16.8]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.126]

جامعه، ساختار ناکارآمد مراقبت‌های اولیه در شهرها و سهم پایین اعتبارات حوزه بهداشت از منابع عمومی کشور از مهم‌ترین این چالش‌ها هستند (۶و۵). ضعف‌های موجود در ساختار و اجرای برنامه نیز موجب شده تا دستیابی به اهداف تعیین شده کمتر از حد انتظار باشد (۸و۷). از این رو مطالعه دقیق این برنامه و اصلاح ساختار و فرآیندهای اجرایی آن ضروری به نظر می‌رسد. این برنامه نیز مانند تمام برنامه‌هایی که در نظام‌های سلامت اجرا می‌شوند، برای بهبود عملکرد باید به‌صورت نظام‌مند مورد ارزیابی و اصلاح قرار گیرد (۹). مطالعات بسیاری در کشور به ارزیابی برنامه پزشک خانواده پرداخته‌اند، Kabir و همکاران در مطالعه خود در سال ۱۳۹۶ میزان رضایت ارائه‌دهندگان خدمات از برنامه پزشک خانواده شهری را مورد سنجش قرار داده و نشان دادند که رضایت کلی ارائه‌دهندگان خدمت برابر ۳/۵ از ۵ امتیاز و بالاتر از حد متوسط بوده است (۱۰).

در پژوهش دیگری Abedi و همکاران در سال ۱۳۹۵ نقاط قوت برنامه پزشک خانواده شهری را در مواردی همچون دسترسی آسان به خدمات، سطح‌بندی خدمات و کاهش هزینه‌های غیرضروری تبیین کردند. همچنین نقاط ضعف برنامه نیز در مدیریت، منابع انسانی و فیزیکی، نظام ارجاع، پرونده الکترونیک سلامت، مکانیسم پرداخت، هماهنگی درون بخشی و نظام کنترل و ارزشیابی مشاهده شد (۷). Hooshmand و همکاران در مطالعه‌ای مهم‌ترین چالش‌های برنامه را سیستم اطلاعات، نظام پرداخت، ارزشیابی عملکرد و تسهیلات و امکانات بیان نمودند (۱۱). در مطالعه دیگری Kashfi و همکاران عملکرد پزشکان خانواده روستایی را در استان فارس در پنج حیطه مدیریت، عملکرد، قوانین و مقررات، مشارکت جامعه و نتایج مورد ارزیابی قرار دادند. در این مطالعه، کمترین و بیشترین امتیاز پزشکان خانواده در حیطه‌های مشارکت جامعه و نتایج بود (۱۲).

بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت، مدل Donabedian یک مدل مناسب برای ارزیابی برنامه‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی است (۱۳). این مدل بر سه حیطه ساختار، فرآیند و نتایج توجه دارد. حیطه ساختار، منابعی مانند تجهیزات و نیروی انسانی را شامل می‌شود که در تولید و تهیه خدمات مورد استفاده قرار می‌گیرند، حیطه فرآیند اقداماتی را در برمی‌گیرد که باعث موفقیت در استفاده از منابع برای تولید خدمات اثربخش می‌شوند. حیطه نتایج نیز پیامدهای مورد انتظار مانند میزان رضایت، درمان و مراقبت بیماری‌ها را شامل می‌شود (۱۴). از همین رو، در این مطالعه بر اساس مدل Donabedian، شاخص‌های هر حیطه تدوین شده و عملکرد برنامه از نظر میزان دستیابی به اهداف تعیین شده مورد ارزیابی قرار گرفته است.

آنچه مورد نیاز مدیران ارشد و سیاستگذاران نظام سلامت است، اطلاعات مبتنی بر شواهد علمی و جامع از وضعیت اجرای برنامه پزشک خانواده است. این اطلاعات زمینه تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری صحیح در خصوص ادامه و یا اصلاح این برنامه را فراهم می‌نماید. با این حال، مطالعات کمی به ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی در کشور با توجه به محتوی زنجیره‌ای و فرآیندی پرداخته‌اند. مطالعات مقایسه‌ای علاوه بر کمک به شناخت بهتر نقاط ضعف و قوت برنامه‌ها، با استفاده از الگوبرداری، انجام اصلاحات اثربخش را تسهیل می‌کند (۱۵). لذا مطالعه حاضر به‌منظور ارزیابی اجرای برنامه پزشک خانواده در مناطق شهری و روستایی استان مازندران با رویکرد فرآیندی انجام گردید.

مواد و روش ها

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۶ پس از تصویب در کمیته اخلاق دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1396.59 بر روی چهار گروه شامل کارشناسان مسئول مراکز بهداشت شهرستان‌ها (شامل واحدهای بهداشت خانواده، بیماری‌های واگیر و غیرواگیر)، کارشناسان (شامل کارشناسان واحدهای مذکور مراکز بهداشت شهرستان)، سازمان حمایت‌کننده (شامل مسئول و معاون سازمان بیمه سلامت شهرستان‌ها) و مدیران ارشد (شامل روسا و معاونین مراکز بهداشت شهرستان‌ها و رئیس و معاون فنی و معاون اجرایی مرکز بهداشت استان) انجام شد.

۱۲ شهرستان پرجمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران شامل شهرستان‌های آمل، رامسر، تنکابن، چالوس، نوشهر، نور، نکا، بهشهر، گلوگاه، بابلسر، قائم‌شهر و ساری برای انجام مطالعه انتخاب شدند. معیار ورود برای مدیران ارشد، حداقل یک سال تجربه در واحد مربوطه و عضویت در کمیته راهبردی پزشک خانواده بود. برای گروه کارشناسان مسئول و کارشناسان نیز حداقل یک سال تجربه در پست مربوطه و ارتباط با برنامه‌های پزشک خانواده بود. مدیران بیمه سلامت شهرستان نیز به‌عنوان یکی از ذینفعان اصلی برنامه و به دلیل مشارکت آن‌ها در جبران خدمت و نظام پرداخت و همچنین نظام پایش و ارزشیابی برنامه، در این مطالعه شرکت داشتند. معیار ورود برای این مدیران، حداقل یک سال تجربه و آگاهی از برنامه پزشک خانواده بود.

داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای محقق ساخته که میزان موفقیت برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی را در سه حیطه ساختار، فرآیند و نتایج از دیدگاه مدیران و کارشناسان مربوطه مورد ارزیابی قرار دهد، جمع آوری شد. حیطه ساختاری دارای ۲۶ سؤال، فرآیند ۲۴ سؤال و نتایج ۳۶ سؤال بود، سؤالات در مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت به‌صورت خیلی خوب (۵ امتیاز)، خوب (۴ امتیاز)، تقریباً خوب (۳ امتیاز)، ضعیف (۲ امتیاز)، و خیلی ضعیف (۱ امتیاز) تنظیم شدند.

برای روایی صوری پرسشنامه از محاسبه Impact Score استفاده شد، روایی محتوایی نیز با استفاده از نظرات ۱۰ نفر از خبرگان انجام شد و نسبت و شاخص روایی محتوا تائید شد و پس از اعمال اصلاحات مورد تائید آن‌ها قرار گرفت. برای تعیین پایایی نیز از روش آلفای کرونباخ در یک نمونه ۳۰ نفری از شرکت‌کنندگان استفاده گردید. این میزان برای سؤالات حیطه ساختاری (α=۰/۸۵۴)، حیطه فرآیند (α=۰/۸۶۳)، حیطه نتایج (α=۰/۸۱۲) محاسبه شد، پایایی کل پرسشنامه نیز ۰/۸۴۷ به دست آمد. ارائه معرفی‌نامه، محرمانه ماندن اطلاعات فردی شرکت‌کنندگان و تشریح موضوع پرسشنامه برای شرکت‌کنندگان رعایت شد. همچنین نتایج حاصل از این مطالعه برای استفاده در اختیار مدیران ارشد دانشگاه علوم پزشکی مازندران و سازمان‌های مرتبط قرار خواهد گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمون های آماری کولموگروف اسمیرنوف، فریدمن، کروسکال والیس و من ویتنی تجزیه و تحلیل شدند و $p<۰/۰۵$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تعداد ۱۱۹ نفر از شرکت‌کنندگان (۵۰٪) در حوزه شهری و ۱۱۹ نفر (۵۰٪) در حوزه روستایی مشغول به فعالیت بودند. حدود نیمی از شرکت‌کنندگان بیشتر از ۲۰

[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.16.8]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.126]

سال سابقه کاری داشتند و بیش از نیمی از آن‌ها (۵۷٪) دارای مدرک تحصیلی لیسانس بودند (جدول ۱). از نظر شرکت کنندگان، میانگین امتیاز برنامه پزشک خانواده روستایی در حیطه‌های ساختاری (۴/۲۷±۰/۳۸)، فرآیندی (۴/۳۳±۰/۴۱) و نتایج (۴/۳۱±۰/۳۹)، به طور معنی دار بالاتر از امتیاز برنامه پزشک خانواده شهری در این حیطه‌ها بوده است (p<۰/۰۰۱) (جدول ۲).

مقایسه میانگین رتبه‌ها در ابعاد هر حیطه نشان می‌دهد که مهم‌ترین ابعاد حیطه ساختاری در برنامه پزشک خانواده شهری به ترتیب ابعاد تجهیزات (۳/۳۵±۰/۷۶) و فضای فیزیکی (۳/۳۲±۰/۷۴) بودند. در حیطه فرآیندی، ابعاد مراقبت بیماری‌های غیرواگیر (۳/۱۵±۱/۰۶) و پایش و ارزشیابی (۳/۱۳±۱/۰۸) و در حیطه نتایج نیز، تجویز منطقی دارو (۳/۰۷±۱/۰۲) اهمیت بیشتری داشته است. در برنامه پزشک خانواده روستایی، در حیطه ساختاری مهم‌ترین بعد، فضای فیزیکی (۴/۴۱±۰/۶۰)، در حیطه فرآیندی و نتایج نیز به ترتیب، سلامت مادران و کودکان (۴/۲۰±۰/۹۰) و بهبود شاخص‌های آموزش بهداشت (۴/۳۳±۰/۷۶) بود (جدول۳).

از نظر مدیران سازمان بیمه سلامت برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی به ترتیب در حیطه‌های ساختاری (۳/۱۲±۰/۶۳) و نتایج (۴/۳۷±۰/۳۰) بیشترین موفقیت را داشته‌اند. مدیران ارشد نیز معتقد بودند بیشترین موفقیت هر دو برنامه پزشک خانواده شهری (۳/۲۷±۰/۷۷) و روستایی (۴/۳۳±۰/۳۸) در حیطه فرآیندی بوده است. کارشناسان مسئول نیز حیطه ساختاری را موفق‌ترین حیطه برنامه شهری (۳/۱۸±۰/۶۲) و روستایی (۴/۳۴±۰/۳۷) می‌دانستند. با این وجود، تفاوت بین نظرات گروه‌های شرکت‌کننده در هیچ کدام از حیطه‌های مورد بررسی معنی‌دار نبود (p>۰/۰۵). (جدول ۴).

جدول ۱. توزیع فراوانی و ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی استان مازندران

متغیرهای دموگرافیک	آماره توصیفی	تعداد(درصد)
حوزه عملکردی	شهری	۱۱۹(۵۰)
	روستایی	۱۱۹(۵۰)
سابقه شغلی	کمتر از ۵ سال	۹(۳/۷)
	۱۰-۵ سال	۲۵(۱۰/۵)
	۱۵-۱۰ سال	۳۵(۱۴/۷)
	۲۰-۱۵ سال	۵۹(۲۴/۷)
	بیشتر از ۲۰ سال	۱۱۰(۴۶/۲)
گروه شرکت‌کنندگان	بیمه سلامت	۷۲(۳۰/۲)
	مدیران ارشد	۲۲(۹/۲)
	کارشناسان مسئول	۴۸(۲۰/۱)
	کارشناسان	۹۶(۴۰/۳)
نوع سازمان	بهداشت و درمان	۱۲۸(۵۳/۷)
	بیمه سلامت	۱۱۰(۴۶/۲)
تحصیلات	فوق‌دیپلم	۱۲(۵)
	لیسانس	۱۳۶(۵۷/۱)
	فوق لیسانس	۶۴(۲۶/۸)
	پزشک عمومی	۲۶(۱۰/۹)

جدول ۲. میانگین و نمره حیطه‌های برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی استان مازندران

حیطه	حوزه	Mean±SD	کل	آماره z من-ویتنی
حیطه ساختاری*	شهری	۳/۱۸±۰/۶۳	۳/۷۳±۰/۷۵	-۱۲/۲۳
	روستایی	۴/۲۷±۰/۳۸		
حیطه فرآیندی*	شهری	۳/۰۵±۰/۷۶	۳/۷۴±۰/۸۵	-۱۱/۷۶
	روستایی	۴/۳۳±۰/۴۱		
حیطه نتایج*	شهری	۳/۱۵±۰/۷۹	۳/۶۸±۰/۸۹	-۱۱/۵۷
	روستایی	۴/۳۱±۰/۳۹		
کل*	شهری	۳/۱۲±۰/۶۸	۳/۷۱±۰/۸۰	-۱۱/۸۸
	روستایی	۴/۳۰±۰/۳۳		

*p<۰/۰۰۱

[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.16.8]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.126]

جدول ۳. میانگین نمرات حیطه‌ها و ابعاد برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی استان مازندران

حیطه و ابعاد	حوزه پزشک خانواده شهری		حوزه پزشک خانواده روستایی	
	Mean±SD	p-value	Mean±SD	p-value
حیطه ساختاری				
تجهیزات	۳/۳۵±۰/۷۶		۴/۳۳±۰/۵۸	
فضای فیزیکی	۳/۳۲±۰/۷۴		۴/۴۱±۰/۶۰	
نیروی انسانی	۳/۱۹±۰/۷۳	p<۰/۰۰۱	۴/۲۲±۰/۵۴	p<۰/۰۰۱
آگاهی و مهارت کارکنان	۳/۱۶±۰/۷۷		۴/۳۵±۰/۴۷	
بسته خدمات	۳/۱۵±۰/۹۴		۴/۳۰±۰/۷۳	
تأمین مالی	۲/۸۹±۰/۸۱		۴/۰۴±۰/۷۴	
حیطه فرآیندی				
مراقبت بیماری‌های غیرواگیر	۳/۱۵±۱/۰۶		۴/۱۵±۰/۸۸	
پایش و ارزشیابی	۳/۱۳±۱/۰۸		۴/۱۶±۰/۹۸	
سلامت مادران و کودکان	۳/۱۳±۱/۰۷		۴/۲۰±۰/۹۰	
بهداشت مدارس	۳/۰۸±۱/۱۱	p=۰/۳	۴/۱۷±۰/۹۸	p=۰/۹
مراقبت بیماری‌های واگیر	۳/۰۸±۱/۱۱		۴/۱۹±۰/۹۵	
بهداشت محیط و حرفه‌ای	۳/۰۲±۱/۱۰		۴/۱۵±۱/۰۵	
آموزش بهداشت	۲/۹۸±۱/۰۸		۴/۲۰±۰/۹۷	
حیطه نتایج				
تجویز منطقی دارو	۳/۰۷±۱/۰۲		۴/۳۱±۰/۷۰	
بهبود شاخص‌های بهداشت مدارس	۳/۰۳±۱/۰۳		۴/۲۹±۰/۷۵	
بهبود شاخص‌های مراقبت بیماری‌های غیرواگیر	۳/۰۰±۰/۹۹		۴/۲۶±۰/۷۶	
بهبود شاخص‌های سلامت مادران و کودکان	۳/۰۰±۱/۰۵		۴/۲۵±۰/۹۶	
بهبود شاخص‌های بهداشت محیط و حرفه‌ای	۳/۰۰±۱/۰۷	p<۰/۰۰۱	۴/۲۲±۰/۹۷	p=۰/۸
بهبود شاخص‌های آموزش بهداشت	۲/۹۶±۰/۹۸		۴/۳۳±۰/۷۶	
بهبود شاخص‌های مراقبت بیماری‌های واگیر	۲/۹۶±۱/۰۳		۴/۲۱±۰/۸۶	
میزان رضایت کلی از برنامه	۲/۹۳±۱/۰۵		۴/۳۱±۰/۷۳	
ارجاع منطبق بر نیاز	۲/۹۱±۰/۹۳		۴/۲۴±۰/۵۶	
ارجاع معکوس از سطح دو	۲/۶۷±۱/۰۵		۴/۱۷±۰/۸۴	

[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.16.8]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.126]

جدول ۴. اختلاف میانگین نمرات شرکت‌کنندگان به برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی استان مازندران

حیطه و گروه شرکت کنندگان	حوزه پزشک خانواده شهری			حوزه پزشک خانواده روستایی		
	Mean±SD	آماره آزمون	p-value	Mean±SD	آماره آزمون	p-value
حیطه ساختاری						
بیمه سلامت	۳/۱۲±۰/۶۳			۴/۲۵±۰/۴۲		
مدیران ارشد	۳/۲۲±۰/۶۶	۲/۱۱	۰/۵۴۹	۴/۲۳±۰/۳۶	۲/۸۹	۰/۴۰۸
کارشناسان مسئول	۳/۱۸±۰/۶۲			۴/۳۴±۰/۳۷		
کارشناسان	۳/۲۰±۰/۵۴			۴/۴۰±۰/۳۱		
حیطه فرآیندی						
بیمه سلامت	۳/۱۰±۰/۷۰			۴/۳۶±۰/۳۸		
مدیران ارشد	۳/۲۷±۰/۷۷	۰/۷۴	۰/۸۶۳	۴/۳۳±۰/۳۸	۰/۸۷	۰/۸۳۱
کارشناسان مسئول	۲/۹۰±۰/۸۵			۴/۲۷±۰/۵۳		
کارشناسان	۳/۳۷±۰/۵۶			۴/۳۱±۰/۴۳		
حیطه نتایج						
بیمه سلامت	۳/۱۰±۰/۸۰			۴/۳۷±۰/۳۰		
مدیران ارشد	۳/۱۳±۰/۸۲	۳/۶۹	۰/۲۹۶	۴/۲۷±۰/۳۸	۲/۱۲	۰/۵۴۷
کارشناسان مسئول	۲/۸۳±۰/۷۹			۴/۲۷±۰/۵۰		
کارشناسان	۳/۰۲±۰/۶۷			۴/۳۵±۰/۴۹		
کل						
بیمه سلامت	۳/۱۰±۰/۶۶			۴/۳۲±۰/۳۰		
مدیران ارشد	۳/۱۹±۰/۷۲	۳/۰۵	۰/۳۸۴	۴/۲۷±۰/۳۱	۱/۰۸	۰/۷۸۲
کارشناسان مسئول	۲/۹۵±۰/۷۱			۴/۲۹±۰/۴۳		
کارشناسان	۳/۱۷±۰/۵۷			۴/۳۵±۰/۳۴		

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج تحقیق در تمام حیطه‌ها میانگین نمره برنامه پزشک خانواده روستایی بالاتر از پزشک خانواده شهری بوده و این تفاوت معنی‌دار بوده است. مقایسه میانگین رتبه‌ها نشان داد که مهم‌ترین ابعاد حیطه ساختاری در برنامه پزشک خانواده شهری به ترتیب ابعاد تجهیزات و فضای فیزیکی بودند، در حیطه فرآیندی، ابعاد مراقبت بیماری‌های غیرواگیر و پایش و ارزشیابی، در حیطه نتایج نیز تجویز منطقی دارو وضعیت بهتری داشته است، در برنامه پزشک خانواده روستایی، در حیطه ساختاری مهم‌ترین بعد فضای فیزیکی بوده و در حیطه فرآیندی و نتایج نیز به ترتیب سلامت مادران و کودکان و بهبود شاخص‌های آموزش بهداشت وضعیت بهتری داشته‌اند.

نتایج این مطالعه نشان داد که برنامه پزشک خانواده روستایی به‌طور معنی‌دار موفق‌تر بوده است. در مطالعه Khedmati و همکاران نیز نشان داده شد که برنامه پزشک خانواده روستایی در دستیابی به برخی شاخص‌های مورد بررسی موفق‌تر از برنامه پزشک خانواده شهری بوده است (۱۶). مطالعات کمی به ارزیابی نظام‌مند برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی در ایران پرداخته‌اند، بسیاری از مطالعات تنها بر اساس یک جنبه خاص این برنامه‌ها را ارزیابی کرده‌اند. در مطالعه Jabbari و همکاران با استخراج و مرور ۳۹ مقاله مرتبط نتیجه گرفتند که برنامه پزشک خانواده روستایی علیرغم وجود نقاط ضعفی مانند آموزش ناکافی تیم سلامت، محدود بودن زمان دسترسی به پزشک، حجم کاری زیاد و عدم تخصیص امکانات رفاهی مناسب، توانسته است عملکرد خوبی در نظام ارجاع، پاسخگویی، بهبود دسترسی، کاهش هزینه‌ها، پوشش خدمات، اولویت به خدمات سلامت‌نگر و رضایتمندی و نگرش کارکنان تیم سلامت و گیرندگان خدمت داشته باشد (۱۷). در طرف مقابل، هر چند برنامه پزشک خانواده شهری دستاوردهایی مانند افزایش جمعیت تحت پوشش، ویزیت رایگان در سطح اول، افزایش دسترسی به خدمات و بهبود نظام سطح‌بندی خدمات داشته است (۱۸و۶)، اما نتایج مطالعات دیگر نشان داد که برنامه پزشک خانواده شهری با ساختار و روش اجرای فعلی نمی‌تواند در دستیابی به پیامدهای مد نظر دستاورد چشمگیری داشته باشد.

در مطالعه Keshavarzi و همکاران نشان داده شد که بیش از ۸۷ درصد مدیران و متخصصان بهداشتی استان‌های مازندران و فارس معتقدند که عملکرد برنامه پزشک خانواده شهری در حد متوسط و کم بوده است. تنها حدود ۱۳ درصد این مدیران اعتقاد داشتند که عملکرد این برنامه در حد خوب است (۱۹). نتایج این مطالعه نشان داد که کمترین امتیاز در هر دو برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی در حیطه ساختاری مربوط به دریافت به هنگام و بهینه اعتبارات موردنیاز از مقامات بالادستی (تأمین مالی) بوده است. در مطالعه Mohammadian و همکاران بحث تأمین منابع مالی و نظام پرداخت، مهم‌ترین چالش برنامه پزشک خانواده معرفی شد (۲۰). در مطالعه Mohammadi Bolbanabad و همکاران از ضعف در کارکرد بیمه‌ها و ضعف در سیاست‌گذاری به‌عنوان دلایل این مشکل یاد شده است (۲۱). این نتیجه در مطالعه Abedi و همکاران نیز مشاهده شد که

[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.16.8]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.126]

ضعف برنامه در مکانیسم پرداخت و سازمان‌های خریدار خدمت را شناسایی کردند (۷)، از طرفی افزایش بار مراجعات به مراکز مجری در تشدید این مشکل نقش داشته است. پس از اجرای برنامه پزشک خانواده بار مراجعات به مراکز مجری افزایش یافته است (۲۲و۱۸)، که به معنی نیاز بیشتر به منابع و امکانات است. این عوامل دریافت بهینه اعتبارات را دچار مشکل کرده است. با توجه به تأکید اسناد بالادستی مانند برنامه‌های توسعه و طرح تحول نظام سلامت به اجرای این برنامه، به نظر می‌رسد اختصاص ردیف بودجه‌ای مشخص بتواند مشکلات مالی آن را کاهش دهد. نکته مهم این است که اجرای برنامه پزشک خانواده تأثیر مثبتی بر کاهش هزینه‌های غیرضروری داشته است (۲۳)، لذا سرمایه‌گذاری در این برنامه، می‌تواند موجب کاهش هزینه‌های نظام سلامت گردد.

در حیطه فرآیندی، کمترین موفقیت برنامه پزشک خانواده شهری مربوط به عدم آموزش کافی و متناسب با بسته خدمات پزشک خانواده برای اعضای تیم سلامت بود. در مطالعه Mehrolhassani و همکاران نیز نشان داده شد که آموزش‌های ارائه شده برای اعضای تیم سلامت در برنامه پزشک خانواده روستایی اثربخشی لازم را ندارند (۲۴). Mohammadi Bolbanabad و همکاران نیز نشان دادند که کمبود آموزش دانشگاهی برای اعضای تیم سلامت، درمان محور بودن آموزش‌ها و ضعف در آموزش بدو خدمت سه چالش اصلی برنامه پزشک خانواده در این حوزه است (۲۱). ضروری است که مدیران دوره‌های آموزشی متناسب و اثر بخش را برای اعضای تیم سلامت برگزار نمایند و مهارت‌های علمی و عملی آن‌ها را در فواصل منظم مورد ارزیابی قرار دهند. از طرفی، در مطالعاتی نشان داده شده است که دستورالعمل‌های اجرایی برنامه پزشک خانواده نیز به‌صورت مداوم در حال تغییر است (۲۴و۲۰و۶) که این موضوع ممکن است اعضای تیم سلامت را دچار سردرگمی کرده و در کیفیت ارائه خدمات توسط آن‌ها ایجاد مشکل نماید.

در برنامه پزشک خانواده روستایی، پایین‌ترین امتیاز در حیطه فرآیندی مربوط به اجرای برنامه مراقبت بیماری‌های غیرواگیر طبق استاندارد مندرج در دستورالعمل بود. در مطالعه Hosseini gardian و همکاران نشان داده شد که در برنامه پزشک خانواده روستایی تنها ۱۷ درصد بیماران دیابتی تحت پوشش از مراقبت مطلوب برخوردار بودند (۲۵)، نتایج این مطالعه مشابه پژوهش حاضر، لزوم بهبود عملکرد برنامه در حوزه مراقبت بیماری‌های غیرواگیر را نشان می‌دهد، ایران طبق سند ملی بیماری‌های غیرواگیر متعهد به کاهش ۲۵٪ از خطر مرگ‌های زودرس ناشی از بیماری‌های غیرواگیر شده است. استفاده از ظرفیت شبکه بهداشتی کشور و برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی به دلیل گستردگی آن و همچنین ارتباط مداوم این مراکز با افراد جامعه کمک‌کننده خواهد بود. در حیطه نتایج، در هر دو برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی کمترین امتیاز به ارجاع معکوس از سطح دو به پزشکان خانواده داده شد، در بسیاری از مطالعات دیگر، نقص در ارجاع معکوس مورد تأکید بوده است. Khedmati و همکاران در یک مطالعه مروری نشان دادند که هر دو برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی در بازخورد ارجاع از سطوح بالاتر دچار مشکل هستند (۱۶)، در مطالعه Safizadehe Chamokhtari و همکاران نیز نشان داده شد ضعف‌های ساختاری و فرآیندی نظام ارجاع مانند کمبود امکانات و تجهیزات، عدم اجرای پرونده الکترونیک سلامت، مشکلات نظام پرداخت و مکانیسم ناقص مشارکت بیمه‌ها برنامه را با چالش‌های زیادی مواجه کرده است (۱۸). Mohammadi Bolbanabad و همکاران نیز در مطالعه خود ضعف برنامه پزشک خانواده را در ارجاع معکوس بیماران تائید کردند و سه عامل طولانی بودن مسیر ارجاع، عدم وجود بازخورد از سطوح بالاتر و عدم رعایت نظام ارجاع توسط مردم، کارکنان و پزشکان را مهم‌ترین نقطه‌ضعف‌های نظام ارجاع معرفی کردند (۲۱).

نتایج تحقیق نشان داد که در ابعاد سه‌گانه ساختار، فرآیندی و نتایج، پزشک خانواده روستایی وضعیت نسبتاً بهتری نسبت به خانواده شهری دارد، با توجه به نتایج مطالعه، پیشنهاد می‌شود فرآیندهای نظام ارجاع معکوس مورد بازبینی قرار گرفته و راهکارهای اصلاحی جهت مشارکت بیشتر پزشکان متخصص و بخش خصوصی به کار گرفته شود و استفاده از فرآیندهای نظارتی و کنترلی مناسب و همچنین تعیین میزان پس‌خوراند پزشکان در سطوح بالاتر به‌عنوان شاخصی جهت جبران خدمت، می‌تواند کمک‌کننده باشد. در برنامه مراقبت بیماری‌های غیر واگیر نیز با توجه به رشد عوامل خطر آن در سال‌های اخیر، توجه بیشتر مدیران جهت برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری اصولی و مبتنی بر شواهد ضروری است.

تضاد منافع

نویسندگان بیان می‌دارند که تضاد منافعی وجود نداشته است.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از همکاری و مساعدت مراکز بهداشت شهرستان‌های استان مازندران، سازمان بیمه سلامت استان مازندران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری و همچنین مدیران محترم معاونت‌های پژوهشی، درمان و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مازندران و کلیه همکاران محترم که در انجام این پژوهش، پژوهشگر را یاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.16.8]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.126]

Evaluating the Implementation of Family Physician Program in Urban and Rural Areas of Mazandaran Province Based on Process Approach

Gh. Abedi (PhD)[1], Z. Esmaeili Seraji (MSc)*[2], Gh. Mahmoodi (PhD)[3], M.A. Jahani (PhD)[4], M. Abbasi (MSc)[5]

1.Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, I.R.Iran

2.Department of Health Services, School of Medicine, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, I.R.Iran

3.Hospital Administration Research Center, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, I.R.Iran

4.Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran

5.Department of Health Economics and Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 22; 2020; PP: 126-134

Received: Jul 28th 2019, Revised: Oct 1st 2019, Accepted: Nov 7th 2019.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Assessing health systems paves the way for reforms in structures and processes to achieve better results. Therefore, the present study was conducted to evaluate the implementation of family physician program in urban and rural areas of Mazandaran province using process approach.

METHODS: This cross-sectional study was conducted in 2017 among 238 managers, health experts and health insurance experts who were selected by census from 12 cities. Data were collected and evaluated using a researcher-made questionnaire with high validity and reliability, which evaluates urban and rural family physician program in three domains of structure, process and outcomes.

FINDINGS: The mean score of the domain of structure (4.27±27.38), process (4.33±0.41) and outcomes (4.31±0.39) of rural family physician program was significantly higher than urban family physician program ($p<0.001$). In the urban family physician program, the most important dimension in the domain of structure was equipment (3.35±0.76), in the domain of process was care for non-communicable diseases (3.15±1.06) and in the domain of outcomes was reasonable prescription of medicine (3.07±1.02). In the rural family physician program, the most important dimension in the domain of structure was physical space (4.41±0.60) and in the dimensions of process and outcomes, the health of mothers and children (4.20±0.90) and the improvement of health promotion indicators (4.33±0.76) were more important, respectively.

CONCLUSION: Based on the results of this study in three domains of structure, process and outcomes, the rural family physician program was relatively better than the urban family physician program.

KEY WORDS: *Family Physician, Urban Population, Rural Population, Process Evaluation.*

Please cite this article as follows:

Abedi Gh, Esmaeili 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.

***Corresponding Author: Z. Esmaeili Seraji (MSc)**
Address: Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, I.R.Iran
Tel: +98 11 4227030
E-mail: z.esmaeili1367@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.16.8]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.126]

References

1.Esmaeili R, Hadian M, Rashidian A, Shariati M, Ghaderi H. Family medicine in Iran: facing the health system challenges. Glob J Health Sci. 2014;7(3):260-6.

2.Gutierrez C, Scheid P. The history of family medicine and its impact in US health care delivery. Primary Care Symposium;2002:p.1-31. Available from: https://www.aafpfoundation.org/content/dam/foundation/documents/who-we-are/cfhm/FMImpactGutierrezScheid.pdf

3.Sarvestani RS, Kalyani MN, Alizadeh F, Askari A, Ronaghy H, Bahramali E. Challenges of Family Physician Program in Urban Areas: A Qualitative Research. Arch Iran Med. 2017;20(7):446-51.

4.Majdzadeh R. Family physician implementation and preventive medicine; opportunities and challenges. Int J Prev Med. 2012;3(10):665-9.

5.Nasrollahpour Shirvani SD. The Implementation of Family Physician Program in I.R. Iran: Achievements and Challenges. J Babol Univ Med Sci. 2014;16(S1):15-26. [In Persian]

6.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. J School Public Health Inst Public Health Res. 2016;14(2):17-38. [In Persian]

7.Abedi G, Marvi A, Soltani Kentaie A, Abedini E, Asadi Aliabadi M, Safizadehe Chamokhtari K, 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. [In Persian]

8.Behzadifar M, Behzadifar M, Heidarvand S, Gorji HA, Aryankhesal A, Taheri Moghadam S, et al. The challenges of the family physician policy in Iran: a systematic review and meta-synthesis of qualitative researches. Fam Pract. 2018;35(6):652-60.

9. Bahrami MA, Vatankhah S, Tabibi SJ, Tourani S. Designing a Health System Performance Assessment Model for Iran. Health Information Management 2011;8(3):285-305. [In Persian]

10. Kabir MJ, Ashrafian Amiri H, Rabiee SM, Keshavarzi A, Hoseini S, Nasrollahpour Shirvani SD. Health care providers, satisfaction in the urban family physician program of Iran. The J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2018;16(2):92-100. [In Persian]

11.Hooshmand E, Nejatzadegan Z, Ebrahimipour H, Bakhshi M, Esmaili H, Vafaeenajar A. Rural family physician system in Iran: Key challenges from the perspective of managers and physicians, 2016. Int J Healthcare Manage. 2019;12(2):123-30.

12.Kashfi SM, Yazdankhah M, Kashfi SH, Jeihooni AK. The performance of rural family physicians in Fars province, Iran. J Family Med Prim Care. 2019;8(1):269-73.

13.Ghaffari F, Jahani Shourab N, Jafarnejad F, Esmaily H. Application of Donabedian quality-of-care framework to assess the outcomes of preconception care in urban health centers, Mashhad, Iran in 2012. J Midwifery Reprod Health. 2014;2(1):50-9.

14.Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed?. JAMA. 1988;260(12):1743-8.

15.Vartiainen P. On the principles of comparative evaluation. Evaluation. 2002;8(3):359-71.

16.Khedmati J, Davari M, Aarabi M, Soleymani F, Kebriaeezadeh A. Evaluation of Urban and Rural Family Physician Program in Iran: A Systematic Review. Iran J Public Health. 2019;48(3):400-9.

17.Jabari A, Sharifirad G, Shokri A, Bahmanziari N, Kordi A. Overview of the performance of rural family physician in Iran. Health Inf Manage J. 2013;9(7):1132-45.

18.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. [In Persian]

[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.16.8]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.126]

19.Keshavarzi A, Kabir MJ, Ashrafian H, Rabiee SM, Hoseini 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. [In Persian]

20.Mohammadian M, Vafaee Najar A, Nejatzadehgan 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. [In Persian]

21.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. [In Persian]

22.Janati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani MR, Vakili S. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program. J knowlege & health. 2010;4(4):38-43. [In Persian]

23.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. [In Persian]

24.Mehrolhassani MH, Sirizi MJ, Poorhoseini SS, Yazdi Feyzabadi V. The challenges of implementing family physician and rural insurance policies in Kerman province, Iran: a qualitative study. Health and Development Journal. 2012;1(3):193-206. [In Persian]

25.Hosseini gardian M, Sadaghianifar A, Rasouli J, Entezar mahdi R. Investigating the quality of care index associated with diabetic patients covered by Urmia rural physician in 2017. J Urmia Univ Med Sci. 2019;29(10):726-35. [In Persian]

[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.16.8]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.126]