

برنامه پزشکی خانواده روستا و نقش آن در مسائل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی جامعه

زهرآ جرجران شوشتری^{*}، معصومه دژمان^{*}، زهره محمودی^{**}، منیر برادران افتخاری^{***}،
شیرین جلالی نیا^{****}، پریسا شجاعی^{*****}، آمنه ستاره فروزان^{*****}

مقدمه: چارچوب اصلی فعالیت‌های پزشکی خانواده سلامت محوری بوده و هدف کلی آن حفظ و ارتقای سلامت جامعه است. به‌طورکلی، سلامت بر مبنای وضعیت ژنتیکی و عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و زیست محیطی تعیین می‌شود؛ اما در مقابل، بر توسعه جامعه و مؤلفه‌های مرتبط با آن، از جمله فرهنگ و اقتصاد و آموزش نیز تأثیرگذار است. لذا انتظار می‌رود که پیامدها و نتایج برنامه، نقش مهمی بر متغیرهای اقتصادی و فرهنگی و آموزشی جامعه داشته باشد. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی نقش برنامه در آموزش و اقتصاد و مسائل اجتماعی جمعیت تحت پوشش، از دیدگاه مدیران و تصمیم‌گیران و مردم انجام شد.

روش: این مطالعه پژوهشی کیفی است که با رویکرد تحلیل محتوا در سه دانشگاه علوم پزشکی منتخب، براساس نظرسنجی از افراد کلیدی صاحب‌نظر انجام شد. به‌طورکلی، ۱۲ بحث گروهی با مردم (۶۰ نفر)، ۶ بحث گروهی با پزشکان خانواده (۳۴ نفر)، ۱۴ مصاحبه فردی با افراد کلیدی غیروابسته به وزارت بهداشت و ۸ مصاحبه با افراد کلیدی وابسته به وزارت بهداشت صورت گرفت.

یافته‌ها: در مجموع، هفت طبقه شامل اهداف برنامه پزشکی خانواده، نقش برنامه بر اقتصاد و رفاه جامعه، نقش برنامه در فرهنگ و سبک زندگی شامل تغییر باورها و فرهنگ، تغذیه سالم، تحصیلات، برنامه پزشکی خانواده و تعیین کننده‌های اجتماعی، برنامه پزشکی خانواده و سرمایه اجتماعی شامل عدالت و مشارکت مردم و نهادها استخراج شد که در متن به تفصیل شرح داده شده است.

بحث: طبق نظر بیشتر شرکت‌کنندگان، برنامه پزشکی خانواده با برخی عوامل اقتصادی و اجتماعی در ارتباط است؛ ولی با فرهنگ و سبک زندگی ارتباط چندانی ندارد. از نظر شرکت‌کنندگان، بیشترین نقش برنامه در کاهش هزینه‌های درمانی و دسترسی آسان به خدمات است و از این طریق، موجبات بهبود کیفیت زندگی و رفاه افراد جامعه را فراهم کرده است.

کلیدواژه‌ها: پزشکی خانواده، عوامل اجتماعی، عوامل اقتصادی، عوامل فرهنگی.

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۲/۰۶/۱۵

* دانشجوی دکتری عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

** دکتر تخصصی بهداشت روان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. dejman.masoumeh@gmail.com (نویسنده مسئول)

*** دانشجوی دکتری عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، البرز، کرج ایران.

**** دکتر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

***** دانشجوی دکتری غدد درون‌ریز، معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

***** دانشجوی دکتری مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

***** دکتر تخصصی روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

مقدمه

ایده معرفی سلامت را، بعد از آموزش و پرورش، به عنوان جزء مهمی از توسعه انسانی، اولین بار در سال ۱۹۷۲ گراسمن معرفی کرد. به رغم چنین قدمتی، این ایده در سال‌های اخیر بیش از گذشته، مرکز توجه قرار گرفته است که طبق آن باید بین سلامت به عنوان کالای مصرفی و کالای سرمایه‌ای تمایز قائل شد. در جایگاه کالای مصرفی، بهبود سلامت در سطح فردی موجب ارتقای رضایت افراد و کارکرد بهتر می‌شود؛ اما چنانچه به سلامت به عنوان کالای سرمایه‌ای و در خدمت توسعه توجه کنیم، اختلال در آن در گستره اجتماعی موجب تضعیف نیروی کار و توسعه می‌شود. سلامت بر مبنای وضعیت ژنتیکی، عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و زیست محیطی تعیین می‌شود؛ اما سلامت جمعیت نیز در عوض، بر توسعه جامعه و مؤلفه‌های مرتبط با آن از جمله اقتصاد و آموزش تأثیر دارد (سورکه^۱، ۲۰۰۶). در این راستا، توجه به نابرابری‌های اجتماعی در بهره‌گیری از خدمات سلامت افزایش یافته و در بسیاری از مناطق جهان نیاز به اصلاحات با هدف افزایش بهره‌وری از سیستم مراقبت بهداشتی درمانی شروع شده است (هیپچت^۲ و کانست^۳، ۲۰۰۵). در کشور ما طراحی و اجرای برنامه پزشکی خانواده روستا از سال ۱۳۸۱، به منظور تداوم پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه و ضرورت و بهبود کارایی و اثربخشی بخش سلامت و تأمین دسترسی به خدمات و تعادل در پرداخت هزینه‌های بخش سلامت، بخشی از جریان اصلاح نظام سلامت محسوب می‌شود (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت ۱۳۹۰). این برنامه به منظور ارائه خدمات از طریق سطح‌بندی سطوح اجرا در این چارچوب بوده است. سابقه بیش از ۷۰ سال، در اجرای برنامه پزشکی خانواده در بسیاری از کشورها حاکی از آن است که این برنامه، از روش‌های بسیار مهم و مؤثر افزایش دسترسی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از خدمات سلامت است (هیپچت و کانست، ۲۰۰۵). اهداف مهم این برنامه، شامل عدالت در سلامت، ارائه خدمات به صورت تیمی، جلب مشارکت مردم در ارتقای سلامت، جلب مشارکت دیگر

1. Suhrcke

2. Habicht

3. Kunst

بخش‌های توسعه در برنامه‌های سلامت، ارائه خدمات سلامت در قالب نظام ارجاع، اصلاح شیوه زندگی مردم (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت ۱۳۹۰) است. این برنامه که متشکل از پزشک خانواده و تیم سلامت است، مسئولیت ارائه خدمات سطح اول سلامت را با کیفیت جامع و متناسب با نیاز مردم و نیز پیگیری سطوح بعد از ارجاع برای تأمین حفظ و ارتقای سلامت فرد و خانواده و جامعه روستایی دارد (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، ۱۳۹۰؛ جنتی و همکاران؛ مهرالحسنی و همکاران، ۲۰۱۲؛ شادپور، ک. ۱۳۸۵؛ معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷). این برنامه، موجب جلوگیری از مراجعه مکرر و غیرضروری به سطوح تخصصی‌تر و پیشگیری از اتلاف منابع مادی و انسانی و نیز کنترل هزینه‌های مراقبتی می‌شود (جنتی و همکاران؛ مهرالحسنی و همکاران، ۲۰۱۲).

در این برنامه، پزشک خانواده حداقل مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی دارد و مسئولیت خدمات سلامت را در بسته تعریف شده (بسته خدمت) بدون تبعیض سنی و جنسی، متناسب با ویژگی‌های اقتصادی و اجتماعی در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش خود قرار می‌دهد. پزشک خانواده موظف است در صورت لزوم، برای حفظ و ارتقای سلامت، از ارجاع فرد به مراجع بالاتر استفاده کند و نیز مسئولیت پیگیری تداوم خدمات را به عهده خواهد داشت (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، ۱۳۹۰). پزشک خانواده علاوه بر درمان بیماری‌ها، آموزش‌ها و مشاوره‌های ضروری را برای پیشگیری از بیماری‌ها و رسیدن به میزان سلامت روحی و جسمی مقبول ارائه می‌دهد؛ بنابراین باید به‌طور عمیق و باعلاقه، در کل مسائل زندگی و نیازهای بهداشتی جامعه درگیر شوند و در مراقبت از بیماران، همه جنبه‌های پزشکی، فرهنگی، مذهبی، وضعیت بیمار و خانواده و وضعیت جامعه را مدنظر قرار دهند (ایرز و همکاران، ۱۹۹۹). بدین منظور، انتظار می‌رود برنامه پزشک خانواده با ارائه و اجرای بسته سلامتی، از نظر اقتصادی و اجتماعی و آموزشی نیز تأثیراتی در جامعه داشته باشد.

در طول سال‌های اخیر، مطالعات مختلفی اثربخشی و کارایی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع را بررسی کرده است (فرزدی و همکاران، ۱۳۸۸). تمرکز این برنامه‌ها بیشتر بر نتایج اجرای برنامه در جمعیت هدف و ارتقای شاخص‌های سلامتی بوده است. برخی مطالعات نیز ضعف‌ها و قوت‌ها و تهدیدهای پیش روی برنامه را بررسی کرده‌اند (جتی و همکاران؛ مهرالحسنی، ۲۰۱۲؛ وکیلی و همکاران، ۲۰۱۰؛ شادپور، ۱۳۸۵) و مطالعاتی نیز توانمندی‌ها و مهارت‌های مورد نیاز پزشکان خانواده را بررسی کرده‌اند (باصری و همکاران، ۲۰۱۰)؛ اما تا به حال، مطالعه‌ای که تأثیر برنامه پزشکی خانواده را به‌عنوان برنامه سلامت از نظر اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی بررسی کند، انجام نشده است. بنابراین، این مطالعه با هدف ارزیابی نقش برنامه بر آموزش و اقتصاد و مسائل اجتماعی جمعیت تحت پوشش در روستا، از دید مدیران و تصمیم‌گیران و مردم انجام شد.

چهارچوب نظری

تحولات ایجاد شده در سال‌های اخیر، سبب شده است که به‌جای نگرش به بیمار، این اعتقاد به‌وجود می‌آید که تأثیر متقابل گروه‌های جمعیتی و مشکلات بهداشتی‌شان، ارتباط تنگاتنگی با تعامل بین محیط و عوامل شخصیتی افراد و نیز سبک زندگی آن‌ها دارد (حسینی‌جناب، ۱۳۸۲).

مراقبت‌های اولیه بهداشتی به‌عنوان وسیله‌ای با تأکید بر تغییر در نگرش جهانی به مقوله سلامت از درمان محوری به سلامت محوری و از خدمات بیمارستانی به مراقبت در جامعه و از بهداشت فردی به بهداشت عمومی توسعه یافت تا سلامت را به عامل‌های تعیین‌کننده آن پیوند دهد که غالباً بیرون از بخش سلامت قرار دارند (شادپور، ۱۳۸۵). بنابراین، با توجه به چارچوب اصلی فعالیت‌ها و اهداف برنامه پزشکی خانواده، انتظار می‌رود که این برنامه در عوامل اقتصادی، خصوصاً در کاهش هزینه‌های درمان، نقش مؤثری داشته باشد. نیز انتظار این است که از طریق ارائه آموزش به مردم، بر عوامل فرهنگی تأثیر نهد و از

طریق جلب مشارکت مردمی با در نظر گرفتن عوامل تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، بر عوامل اجتماعی تأثیر داشته باشد. بر این اساس، مطالعه حاضر تأثیر برنامه را به‌عنوان نوعی برنامه سلامت، بر عوامل گفته شده با رویکرد تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت ارزیابی کرده است.

در این مدل (شکل ۱)، عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به‌عنوان عوامل ساختاری و همچنین تعیین کننده‌های اجتماعی واسطه شامل وضعیت مادی، روانی، اجتماعی و عوامل رفتاری یا بیولوژیکی بر سلامت تأثیر می‌گذارند؛ اما از طرف دیگر، نظام بهداشتی و سلامت به‌طور مختلف، نظیر تأثیر بر بیماری و ناتوانی و مواجهه و آسیب‌پذیری، ممکن است بر این تعیین کننده و درنهایت بر سلامتی تأثیر بگذارد (سولار^۱ و ایروین^۲، ۲۰۰۷).



شکل ۱. چارچوب نظری ارتباط متقابل تعیین کننده‌های سلامت و نظام سلامت.

1. Solar

2. Irwin

روش

این مطالعه در سال ۱۳۹۲، با رویکرد ارزیابی آثار اجتماعی و سلامت، طبق مدل عوامل اجتماعی تعیین کننده‌های سلامت (سولار و ایروین، ۲۰۰۷) و با استفاده از روش تحقیق کیفی انجام شد. این تحقیق، به روش کیفی با هدف درک واقعیات اجتماعی نهفته در تجربیات افراد است و به دنبال کشف دیدگاه‌ها و احساسات و تجارب مردم و مفاهیمی است که در محور زندگی مردم قرار دارد (اس‌الو^۱ و کینگاس‌اچ^۲، ۲۰۰۸)؛ لذا با توجه به اینکه شناخت کافی در خصوص تأثیرات برنامه پزشکی خانواده بر جامعه از نظر عوامل آموزشی و اقتصادی و اجتماعی وجود ندارد، از روش تحقیق کیفی با استفاده از تکنیک‌های مصاحبه فردی و بحث گروهی استفاده شد.

مطالعه در سه دانشگاه علوم پزشکی، شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی کردستان، اصفهان، مشهد انجام شد. نحوه انتخاب مکان‌های مطالعه براساس نظرسنجی از افراد کلیدی صاحب نظر در ستاد وزارت بهداشت و برحسب معیارهای گسترش جغرافیایی، قدمت دانشگاه، تپ دانشگاه و براساس ارزیابی عملکرد برنامه پزشکی خانواده از خوب تا بد بوده است. به دلیل کسب اطلاعات و تجربه‌های غنی از مشارکت کنندگان، نمونه‌گیری به صورت هدفمند براساس تجارب و اطلاعات افراد از برنامه پزشکی خانواده انجام شد. بدین گونه، مصاحبه فردی با مسئولان برنامه پزشکی خانواده در ستاد استان و شهرستان و افراد کلیدی خارج از نظام سلامت از شورای هماهنگی شهرستان، براساس معرفی مسئول گسترش شبکه شهرستان، انجام شد.

نحوه انتخاب مردم روستا در بحث گروهی، براساس نمونه‌گیری در دسترس با هماهنگی بهورزان هر روستا و بحث گروهی با تمام پزشکان خانواده روستاهای تحت پوشش به صورت سرشماری انجام شد. نحوه انجام کار بدین ترتیب بود که ابتدا، از هر دانشگاه دو شبکه بهداشت شهرستان براساس معیارهای مسئول گسترش استان برحسب موفق و ناموفق بودن

1. Elo S

2. Kyngas H

برنامه پزشکی خانواده (به منظور انتخاب نمونه‌ها از دو طیف مختلف عملکردی) به عنوان مکان‌های اجرای مطالعه برگزیده شد و از هر شهرستان، با نظر مسئول گسترش شهرستان، دو مرکز بهداشتی درمانی روستایی، به صورت تصادفی، برای مصاحبه با مردم انتخاب شد. در این مطالعه، از تکنیک مصاحبه فردی برای مسئولان گسترش استان، مسئولان گسترش شهرستان‌های منتخب، رئیس مرکز بهداشت شهرستان‌های منتخب و افراد کلیدی شورای روستا و از بحث گروهی برای مصاحبه با پزشکان خانواده روستا و دو گروه از مردم روستاهای منتخب به تفکیک زن و مرد استفاده شد. در مرحله بعد، پس از تحلیل اولیه نتایج، به منظور تکمیل اطلاعات و بررسی چگونگی ارتباط اهداف برنامه پزشکی خانواده با تأثیر مورد انتظار برنامه بر عوامل اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی، دو مصاحبه فردی و نیز بحث گروهی با مسئولان ستاد کشوری گسترش شبکه و برنامه پزشکی خانواده انجام شد. به طور کلی، ۱۲ بحث گروهی با مردم (۶۰ نفر)، ۶ بحث گروهی با پزشکان خانواده (۳۴ نفر)، ۱۴ مصاحبه فردی با افراد کلیدی غیروابسته به وزارت بهداشت و ۱۳ مصاحبه با افراد کلیدی وابسته به وزارت بهداشت انجام شد (در مجموع ۱۲۱ نفر). معیارهای ورود افراد کلیدی به مطالعه، شامل اطلاع افراد از برنامه پزشکی خانواده و رضایت برای شرکت در مصاحبه است.

جمع‌آوری داده‌ها با روش مصاحبه نیمه ساختار یافته در خصوص ارزیابی نقش برنامه پزشکی خانواده در منطقه، بر عوامل اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی انجام شد. مصاحبه‌ها براساس راهنمای پرسش‌ها انجام شد که متناظر با اهداف مطالعه طراحی شده بود؛ بدین گونه که ابتدا به منظور درک و شناخت شرکت کنندگان از برنامه پزشکی خانواده، تعریف و اهداف برنامه از آنان پرسیده می‌شد و در ادامه، نقش برنامه در ابعاد اقتصادی از نظر هزینه‌ها و ابعاد فرهنگی از نظر آموزش و تحصیلات و ابعاد اجتماعی از نظر نقش مردم در مشارکت و تصمیم‌سازی مشکلات و نیازهای خود ارزیابی شد. در حین مصاحبه، براساس پاسخ شرکت کنندگان و به منظور درک عمیق‌تر دیدگاه‌ها از پرسش‌های جست‌وجوگرانه استفاده می‌شد.

تمامی مصاحبه‌ها را چهار نفر محقق تیم انجام دادند که با روش تحقیق کیفی آشنا بودند. بحث‌های گروهی را نیز دو نفر تسهیلگر و ناظر انجام دادند. تمام حرکات غیرکلامی و مفاهیم کلی مصاحبه را ناظر یادداشت می‌کرد و بعد از هر مصاحبه، برای تحلیل داده‌ها در اختیار تسهیلگر قرار می‌داد. تمام مصاحبه‌ها در مکانی آرام، در مراکز بهداشت یا مراکز بهداشتی درمانی در استان‌ها و ستاد کشور انجام شد. مصاحبه‌ها با کسب اجازه از شرکت کنندگان ضبط و سپس به متن نوشتاری تبدیل شد. مدت زمان هر یک بین ۴۵ تا ۷۵ دقیقه بود.

تمام ملاحظات اخلاقی شامل کسب رضایت آگاهانه، حق کناره‌گیری از مطالعه، حفظ گمنامی و محرمانه ماندن اطلاعات و اجازه ضبط صدای افراد رعایت شد. بدین صورت که قبل از شروع مصاحبه، شرکت کنندگان فرم رضایت‌نامه کتبی را تکمیل و امضا کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل محتوای کیفی انجام شد (هسیه، اچ.اف^۱ و شانون، اس.ای^۲، ۲۰۰۵). ابتدا، هر استان جداگانه تحلیل شد و به این منظور، در ابتدا همه مصاحبه‌ها به صورت متن درآمد و سپس متن‌ها چندین بار بازخوانی و کدهای اولیه مشخص شد. فرایند کدگذاری داده‌ها را خط‌به‌خط بررسی کردند و تلاش کردند تا حد امکان، از زبان خود پاسخ دهندگان توصیف شود. در مرحله بعد، کدهایی که به لحاظ معنایی مشابه بود در طبقات یکسان قرار گرفت. طبقات به دست آمده از نتایج سه استان با هم مقایسه شده و در نهایت، کدها و طبقات با عنوان طبقات بزرگ‌تر به عنوان مفاهیم دسته‌بندی شد. برای اطمینان از اعتبار یافته‌ها، دو محقق هم‌زمان کدگذاری مصاحبه‌ها را انجام دادند و علاوه بر این، از دو تکنیک مصاحبه فردی و بحث گروهی برای سه‌گوشه‌سازی و نمونه‌گیری از دو طیف عملکردی برنامه استفاده شد (مایز، ان^۳ و پاپ، سی^۴، ۲۰۰۰؛ پاتان، ام. کیو^۵، ۱۹۹۰).

1. Hsieh, H. F

2. Shannon, S. E

3. Mays, N

4. Pope, C

5. Patton, M. Q

یافته‌ها

مشخصات افراد شرکت کننده در مطالعه، در سه استان و ستاد وزارت بهداشت، در جدول ۱ ارائه شده است.

در تحلیل انجام شده در مجموع، هفت طبقه شامل اهداف برنامه پزشکی خانواده از دید شرکت کنندگان، نقش برنامه در اقتصاد و رفاه جامعه، نقش برنامه در فرهنگ و سبک زندگی شامل تغییر باورها و فرهنگ‌سازی، تغذیه سالم، توانمندسازی زنان، تحصیلات، برنامه پزشکی خانواده و تعیین کننده‌های اجتماعی، برنامه پزشکی خانواده و سرمایه اجتماعی (عدالت و مشارکت مردم و نهادها) استخراج شد.

۱- اهداف برنامه پزشکی خانواده از دید شرکت کنندگان

از دید افراد کلیدی وابسته به وزارت بهداشت، هدف از برنامه پزشکی خانواده، برقراری عدالت در سلامت، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، بهبود سیستم ارجاع برای افزایش رفاه و کاهش هزینه‌ها، ارتقای بهداشت و درمان در حد مطلوب در نواحی روستایی از طریق تیم سلامت، ارائه خدمات بهداشتی برای افراد کم درآمد روستایی، یکسان کردن سیستم ارجاع و فعال‌سازی مراکز بهداشتی و درمانی برای جلوگیری از مراجعه روستائیان به شهر، برقراری عدالت و امکان استفاده از خدمات به طور یکسان تعریف شد. گرچه بعضی مسئولان معتقدند که به علت ضعف‌های برنامه، از قبیل کمبود پزشک و عدم رضایت و ماندگاری پزشکان، رسیدن به اهداف برنامه کاملاً میسر نشده و زیرساخت‌سازی قبل از اجرای برنامه کاملاً انجام نشده است.

هدف برنامه از دید افراد کلیدی غیروابسته به وزارت بهداشت، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی بیشتر برای روستائیان، ایجاد امکانات بیشتر، کاهش هزینه‌های درمان، بهبود زندگی و رفاه در روستا، حل مشکلات مردم و ایجاد آسایش و سلامتی در آینده برشمرده شد. از دید افراد کلیدی، برنامه به وجود پزشک به طور اختصاصی برای جمعیت

تعریف شده روستا به منظور بهبودی مسائل بهداشتی و محیطی روستاها تعریف شد. بیشتر مردم سه استان نیز هدف برنامه را دسترسی آسان و ارزان به پزشک و درمان، برخورداری از بهداشت محیط، فراهم کردن سلامتی بچه‌ها، برقراری عدالت در سلامت و رفاه برای روستائیان، پیشگیری و درمان بیماری‌های مزمن در منطقه و رفاه حال بیشتر سالمندان گفته‌اند. در هر سه استان، بعضی مردم بیان کردند که حضور پزشک و دسترسی آسان است؛ ولی سیستم ارجاع دفترچه‌ها برای روستائیان مشکل ایجاد می‌کند و موجب نارضایتی از برنامه شده است. به طور اختصاصی، بعضی مردم کردستان بیان کردند که پزشک خانواده در مناطق محروم از بهداشت، مثل کردستان که به خصوص با عراق هم مرز است و زمینه انتقال بیماری‌های شایع و واگیردار را دارد، بسیار ضروری به نظر می‌رسد و حضور و در دسترس بودن پزشک، موجب رضایت مردم شده است.

جدول ۱. مشخصات افراد شرکت کننده در مطالعه، در سه استان کردستان و خراسان و اصفهان و ستاد وزارت بهداشت.

| جمع | افراد کلیدی غیروابسته وزارت بهداشت | | افراد کلیدی غیروابسته به وزارت بهداشت | | بحث گروهی پزشکان | | بحث گروهی زنان | | بحث گروهی مردان | | استان | |
|-----|--|-------|---|-------|-----------------------|-------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|---------|---------------------------------|
| | سابقه کار* | تعداد | سابقه کار* | تعداد | سابق تعداد کار* | تعداد | سال تعداد تحصیلات* | تعداد | سال تعداد تحصیلات* | تعداد | تعداد | |
| | | | | | | | | | | | | |
| ۲۱ | ۱۷ | ۲ | ۱۶/۵ | ۲ | ۶/۸ | ۵ | ۹ | ۷ | ۱۰ سال | ۵ | موفق | اصفهان |
| ۱۶ | ۱۲ | ۲ | ۲۲/۵ | ۲ | ۱/۵ | ۴ | ۳ | ۴ | ۰ (بی سواد) | ۴ | غیرموفق | |
| ۱۸ | ۸ | ۱ | ۱۸ | ۳ | ۲ | ۵ | ۱۰ | ۴ | ۶ سال | ۵ | موفق | کردستان |
| ۲۱ | ۱۷ | ۱ | ۲۰ | ۲ | ۲/۴ | ۸ | ۹/۵ | ۵ | ۹ سال | ۵ | غیرموفق | |
| ۲۰ | ۱۰ | ۱ | ۱۶/۶ | ۲ | ۲ | ۷ | ۰ (بی سواد) | ۵ | ۲/۴ سال | ۵ | موفق | خراسان |
| | ۹ | ۱ | ۲۰/۳ | ۳ | ۲/۱ | ۵ | ۰ (بی سواد) | ۶ | ۰ (بی سواد) | ۵ | غیرموفق | |
| ۵ | ۱۲ | ۵ | | | | | | | | | | ستاد گسترش شبکه وزارت بهداشت |
| ۱۰۱ | | ۱۳ | | ۱۴ | | ۳۴ | | ۳۱ | | ۲۹ | | جمع |

* میانگین

۲- نقش برنامه در اقتصاد و رفاه جامعه

اقتصاد: بیشتر افراد شرکت کننده معتقد بودند برنامه پزشکی خانواده تأثیر خاصی بر اقتصاد جامعه نداشته است. وقتی از پرسش‌های جست‌وجوگرانه در خصوص فعالیت‌های برنامه در زمینه درآمدزایی و تغییر درآمد و هزینه‌های مردم سخن به میان آمد، بیان شد که برنامه تأثیری بر درآمدزایی نداشته است. فقط در باخرز مشهد و حاجی‌آباد اصفهان که از روستاهای موفق بوده‌اند، مردم بیان کردند که کلاس‌های آموزش حرفه‌ای با همکاری مرکز برای مردم برگزار شده؛ اما به درآمدزایی منجر نشده است.

از نظر کاهش هزینه هم موارد ذکر شده، توسط بیشتر شرکت کنندگان مشترک بوده است. از دید آنان، دسترسی آسان به پزشکی، برخورداری از خدمات و امکانات درمانی رایگان باعث کاهش هزینه رفت‌وآمد و جلوگیری از اتلاف وقت شده است. علاوه بر این، دفترچه‌های رایگان بیمه روستایی، هزینه درمان و دارو را کم کرده و این امر، به خصوص در عمل‌های جراحی پرهزینه مؤثر بوده است. علاوه بر این، بیشتر مسئولان گفته‌اند که آموزش و آگاهی به مردم باعث شده تا این هزینه‌های برگشتی صرف کیفیت بهتر زندگی شود؛ ولی یگانه مشکل، سیستم ارجاع بوده که در صورت رعایت نشدن بازهم هزینه‌های گزافی به دلیل اعتبار نداشتن دفترچه‌ها در مناطق شهری، برای روستائیان به بار می‌آورد.

از نظر مسئولان ستادی، اهداف اولیه و بلندمدت برنامه پزشکی خانواده کاهش هزینه‌های مراجعه به متخصص و خدمات بیمارستانی به علت برخورداری مردم روستا از بیمه‌های روستایی و کاهش پرداخت پول از جیب مردم بوده است؛ اما افراد شرکت کننده معتقد بودند برنامه در زمینه اقتصادی ضعف فنی دارد و این را ناشی از تعداد کم مطلعان اقتصاد بهداشت در کشور می‌دانستند. «در بسته آموزشی می‌گوییم خدمات باید خدمات کارا باشد؛ اما اینکه چگونه باید آن را محاسبه و اجرا و ارزیابی کنیم، مشخص نیست. معلوم نیست ارائه دهنده خدمت ما چگونه باید عمل کند. می‌گوییم خدمات بیمه باید هزینه‌ها را کاهش دهد؛ اما آن را اندازه‌گیری نکرده‌ایم یا اینکه نمی‌دانیم آیا دلیل آن برنامه

پزشک خانواده است [یا چیز دیگری]؟ چه، در طراحی یا اجرا مشخص نکرده‌ایم؛ فقط آن را گزارش کردیم» (مسئول ستاد در وزارت بهداشت).

رفاه جامعه: بیشتر شرکت کنندگان، رفاه در منطقه را براساس دسترسی بیشتر به پزشک و خدمات سلامت و کاهش هزینه‌ها تعریف کرده‌اند و معتقد بودند که این امر، باعث افزایش کیفیت زندگی مردم شده است. در کردستان، مردم بر این عقیده بودند که هزینه‌ها کاهش یافته و ارتباط خوب با پزشک باعث آرامش و آسایش بیشتر مردم شده است. در اصفهان نیز، بیشتر شرکت کنندگان بحث تنظیم خانواده و تعداد کم فرزند و رفتن کمتر به شهر برای مراجعه به پزشک را از عوامل رفاه بیشتر ناشی از برنامه دانسته‌اند.

از دید افراد کلیدی غیروابسته به وزارت بهداشت و مردم در مشهد نیز، دسترسی آسان به خدمات و صرفه‌جویی در وقت، پیشرفت روستا با حضور پزشک، شناسایی و درمان بیماری در مراحل اولیه و تأثیر آن بر هزینه‌ها، دسترسی به آزمایشگاه برای بررسی بیماری، تأثیر مثبت بر تغذیه و بهداشت فردی و ورزش بیشتر را دلیل کیفیت بهتر زندگی و رفاه می‌دانستند.

۳- نقش برنامه در فرهنگ و سبک زندگی

از زیر طبقات این مفهوم، تغییر باورها و فرهنگ‌سازی، تغذیه سالم، توانمندسازی زنان و تحصیلات بوده است. بیشتر شرکت کنندگان تغییر باورها و فرهنگ‌سازی را بسیار مشکل و نیازمند زمان دانستند؛ اما به‌طور کلی معتقد بودند این برنامه تأثیر کمی بر این مقوله داشته است. مسئولان کشوری بر این نظر بودند که انتظار می‌رفت برنامه بر تغییر شیوه زندگی مردم نقش داشته باشد و اینکه امروزه، با توجه به بیماری‌های غیرواگیر، آنچه نیاز است تغییر باور و فرهنگ مردم در خصوص شیوه زندگی به‌منظور پیشگیری از این نوع بیماری‌هاست؛ اما معتقد بودند ارزیابی خاصی در این خصوص، انجام نشده است: «حالا عواملی دیگری را به‌عنوان فرهنگ نیاز داریم، مانند تغییر شیوه زندگی مردم و سیگار نکشیدن و ورزش کردن. از پزشک انتظار می‌رود تا با آموزش متناسب با فرهنگ مردم، در این خصوص اقدام کند» (مسئول ستاد وزارت بهداشت).

افراد کلیدی غیروابسته به وزارت بهداشت، بیان کردند برنامه تأثیر غیرمستقیم بر فرهنگ دارد. بدین معنا که با تأمین سلامت خانواده، زمینه برای افزایش آگاهی و شعور و فرهنگ مردم بیشتر شده است. یکی از افراد کلیدی در سرخس مشهد، معتقد بود فرهنگ‌سازی کافی نبوده و باورهای مردم در زمینه‌های بهداشتی و درمانی تغییر کلی نکرده است و تغییرات بسیار سطحی است.

در حاجی‌آباد اصفهان، برخی پزشکان بر این باور بودند که گاهی بعضی آموزش‌های ارائه شده نامناسب بوده و این موضوع موجب بی‌اعتمادی مردم، به‌خصوص درباره تغییر شیوه‌های تغذیه‌ای قدیمی می‌شود. برای مثال، در خصوص آموزش تغذیه، مردم بر این باورند که افراد مسن با شیوه تغذیه‌ای سنتی، سالم‌تر از خود آن‌ها هستند.

از مصداق‌های دیگر تغییر فرهنگ که شرکت کنندگان ارائه کردند، بحث سن ازدواج زنان و زایمان ایمن بوده است. در این خصوص، ذکر شد که فرهنگ ازدواج در سن پایین به‌خصوص برای دختران در روستا تغییر کرده و سن ازدواج افزایش یافته است؛ اما آنان این مسئله را ناشی از تأثیر مستقیم برنامه پزشکی خانواده نمی‌دانستند. در این زمینه، تفاوتی در دیدگاه‌های افراد شرکت کننده در سه استان ملاحظه نشد. در زمینه بهداشت باروری نیز بعضی پزشکان و مردم و افراد کلیدی، معتقد به تأثیر برنامه بودند. در نطنز اصفهان، یکی از افراد کلیدی غیروابسته به وزارت بهداشت بیان کرد: «زایمان‌ها قبلاً در خانه انجام می‌شده؛ ولی الان با آموزش‌های تیم سلامت، همه زایمان‌ها در بیمارستان انجام می‌شود.»

از نظر تأثیر برنامه بر فرهنگ جامعه، بیشتر شرکت کنندگان بیان کردند که برنامه پزشکی خانواده باعث شده است فرهنگ اعتماد مردم به پزشک بیش از پیش جا بیفتد؛ اما برخلاف این نظریه، پزشکان مشهد معتقدند که در جایی مثل سرخس، بی‌اعتمادی به خدمات پزشکی ارزان و پزشک خانواده روستا، باعث شده بعضی افراد هرگز به پزشک عمومی مراجعه نکرده و از این برنامه استفاده بهینه نکنند.

افراد کلیدی غیروابسته به وزارت بهداشت بر این باورند که آموزش‌ها و مشاوره‌های بهداشتی و پزشکی توسط پزشک، در زمینه‌های مختلف، به همراه فراهم شدن امکانات و خدمات بهداشتی و دسترسی آسان، سواد بهداشتی را بسیار افزایش داده است. همچنین، باعث حساسیت و کنجکاوای عامه مردم در زمینه‌های بهداشتی و درمانی شده است که خود، در تغییر فرهنگ جامعه روستایی در موضوعاتی از قبیل جمع‌آوری بهداشتی زباله، حفاظت از آلودگی فیزیکی مواد غذایی، رسیدگی به بهداشت فردی (حمام و لباس پاکیزه)، کنترل‌های دوره‌ای سالمندان، پیشگیری از برخی بیماری‌های شایع با رعایت موارد بهداشتی آموزش داده شده، رسیدگی به فاضلاب، جلوگیری از آلودگی آب و استفاده نکردن از آب‌های آلوده و رفع آلودگی احتمالی، کمک به جلوگیری از بیماری‌های مسری فصلی، پیاده‌روی، زایمان در بیمارستان و آموزش تغذیه برای بیماری‌های خاص، تأثیر فراوانی داشته است.

سبک زندگی، تغذیه: در تمام گروه‌ها و مصاحبه‌های انجام شده بحث‌های پویایی در زمینه خدمات پزشک خانواده و سبک زندگی با تأکید بر سبک تغذیه و عادات غذایی مرتبط با آن ارائه شد. بیشتر شرکت کنندگان بر این باورند که برنامه پزشک خانواده بر عادات تغذیه‌ای آنان تأثیر داشته است. در مراکزی که برنامه پزشک خانواده موفقیت‌آمیز ارزیابی نمی‌شد، از جمله در کردستان، تأثیر این برنامه بر بهبود تغذیه عمدتاً ناشی از مداخلات مستقیم دست‌اندرکاران بهداشت گفته شده است.

«به مراکز ارائه مواد غذایی در روستا مراجعه کردیم و در صورت مواجهه با موارد خلاف، به فرد تذکر داده یا مغازه را تعطیل کردیم» (بحث گروهی پزشکان، کردستان). در مقابل، در مراکز موفق، به موضوع آگاه‌سازی مردم و ارتقای توانایی آن‌ها در اصلاح عادات تغذیه‌ای و رفتارهای بهداشتی اشاره شده است: «اگر مقایسه کنید، می‌بینید چقدر زندگی روستائیان تغییر کرده است. اکنون بحث سلامت و بهداشت در تمام عرصه‌های زندگی روستائیان نفوذ کرده» (بخشدار مشهد).

«به ما آموزش دادند که در خرید مواد غذایی به تاریخ مصرف توجه کنیم و اگر نانویی یا جایی که مواد غذایی دارد آلوده باشد، گزارش دهیم و پیگیری کنیم» (بحث گروهی مردان، مشهد).

در بیشتر مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی به انسجام و وجود برنامه و مداخلات سازمان یافته درباره سبک زندگی و تغذیه اشاره شد.

«قبلاً هم بهورزها این کار را انجام می‌دادند؛ ولی اکنون مداخلات انسجام دارد و جزئی از برنامه پزشکی خانواده شده است» (بحث گروهی پزشکان، کردستان).

موضوع موانع اصلاح رفتارهای بهداشتی و عادات تغذیه‌ای، تنها در یکی از مصاحبه‌ها اشاره شده است. موضوعاتی از قبیل نداشتن دسترسی و نداشتن منابع و امکانات مالی، از مواردی بود که به عنوان موانع اصلاح عادات غلط بیان شد.

«بسیاری از مسائل گفته می‌شود؛ ولی مثلاً چون نمک معمولی ارزان‌تر است، مردم نمک یددار نمی‌خرند» (بحث گروهی پزشکان کردستان).

تحصیلات: مسئولان ستادی وزارت بهداشت نیز بر این عقیده بودند که نقش زیادی از برنامه، در زمینه افزایش میزان تحصیلات جامعه تحت پوشش از برنامه نمی‌رود و جامعه در این مسیر، روند روبه‌رشدی داشته است.

«میزان تحصیلات خودبه‌خود افزایش می‌یابد. زمانی در مقطع ابتدایی، بهورز به‌سختی پیدا می‌شد؛ اما الان میزان تحصیلات بهورزان به فوق‌دیپلم و حتی لیسانس و فوق‌لیسانس هم افزایش یافته است» (مسئول ستاد وزارت بهداشت).

در هر سه استان، افراد کلیدی می‌گفتند برنامه پزشکی خانواده به‌خودی‌خود تأثیر بارزی بر میزان تحصیلات و سواد نداشته است؛ ولی اعتقاد داشتند در بعضی مناطق حضور مؤثر افراد تحصیل کرده تیم سلامت، باعث ایجاد انگیزه تحصیل در بچه‌های روستا شده است. در کردستان، یکی از افراد کلیدی بیان کرد که از انگیزه‌های مهم تحصیل برای مردم، نفع اقتصادی است و وجود پزشک در روستا انگیزه تحصیل را بیشتر کرده است. علاوه بر این،

مردم نیز رفاه اقتصادی خانواده را عامل تحصیل برای اعضای خانواده دانستند و بیان کردند که در صورت سالم بودن جامعه، افراد خانواده بیشتر به دنبال سواد و تحصیلات خواهند رفت. کمتر از نیمی از شرکت کنندگان بیان کردند که نقش رسانه‌ها در افزایش آگاهی و اطلاعات مردم، در کنار آموزش‌های پزشک خانواده و افزایش میزان سواد بسیار بارز و بااهمیت بوده است.

زنان موفق روستای اصفهان و نیز زنان غیرموفق کردستان، معتقد بودند از قبل نیز افزایش میزان سواد و تحصیلات در منطقه مرسوم بوده و برنامه هیچ تأثیری نداشته است. «در روستاهای اصفهان قبلاً اجازه تحصیل به دختر به خصوص خارج از روستا داده نمی‌شد؛ ولی الان حتی تحصیلات دانشگاهی نیز در دختران روستا دیده می‌شود» (بحث گروهی زنان، اصفهان). در روستایی غیرموفق در مشهد نیز نظر یکی از مسئولان این بود که در این زمینه، برنامه تأثیر چندانی نداشته و آمارهای ارائه شده ممکن است ساختگی باشد. البته برخی پزشکان عنوان کرده‌اند که برنامه پزشک خانواده فرصت مناسبی برای پزشکان، به منظور آمادگی برای ادامه تحصیل بوده است.

۴- تعیین کننده‌های اجتماعی

این طبقه از مصاحبه‌ها با افراد کلیدی ستاد وزرات بهداشت استخراج شد و شرکت کنندگان استان‌ها به این موضوع اشاره نکرده‌اند. به نظر مسئولان ستاد وزارت بهداشت، یکی از ابعاد سلامت که در نظام مراقبت‌های اولیه باید به آن توجه شود، عوامل اجتماعی و بحث تعیین کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت مانند فقر، سواد، درآمد، جنسیت و... است. بدین معنا که عوامل اجتماعی مستقیم یا غیرمستقیم، به عنوان ریسک فاکتور بر سلامت مؤثر باشد؛ لذا نظام سلامت باید به آن حساس باشد و این موضوع را مستلزم داشتن دانش مرتبط با علم جامعه‌شناسی می‌دانستند. اما معضل موجود را نبود دانش کافی در خصوص مداخلات مؤثر در این زمینه و نیز فقدان بسته آموزشی و برنامه عملیاتی در اجرای این مداخلات برشمردند. «ما می‌گوییم نظام سلامت در هر رده‌ای، باید در خصوص

عوامل اجتماعی مداخله کند. در حال حاضر، تنها مهارت اجتماعی، آموزش بهداشت است؛ اما این کار به مهارت نیاز دارد؛ اینکه چگونه با مردم و مسئولان صحبت کنیم، تکنیک می‌خواهد. مثلاً ما داریم که وقتی می‌خواهی واکسن بزنی این‌گونه بزنی، پس این خدمت خاص هم نیاز به مهارت و دانش دارد؛ اما آیا در بسته پزشکی خانواده سرفصلی در این خصوص داریم؟ آیا وظیفه پزشکی این است که در این خصوص مداخله کند؟ در حال حاضر، سیمای بیماری کشور بیماری‌های غیرواگیر است که به تغییر شیوه زندگی و تکنیک تغییر الگوی غذایی نیاز دارد؛ لذا به روش نیاز دارد و در سطح بالاتر به سیاست‌گذاری توسط سیاست‌گذاران؛ اما ما سوادش را نداریم که چگونه آن را عملیاتی کنیم و اگر هم داشتیم، عملیاتی شدنش تنها به‌اختیار ما نیست و به هماهنگی بین بخشی نیاز دارد» (مسئول ستاد گسترش وزارت بهداشت).

اشاره شد که مداخله اجتماعی به هماهنگی بین بخشی نیاز دارد. بدین منظور، در بسته‌های آموزشی پزشکی از وی به‌عنوان مسئول تیم اجرایی درخواست می‌شود که شورا و کمیته‌ای متشکل از دهیار روستا، معلم، روحانی و... تشکیل و گزارش جلسات آن را هر دو هفته بفرستد؛ اما بعد از چند سال، به‌علت جابه‌جایی مداوم پزشکان و نبود نظارت بر آموزش یک‌هفته‌ای پزشکان، مشخص نیست که پزشکان در این زمینه چقدر آموزش می‌بینند یا چه اندازه آن را اجرایی می‌کنند. گرچه نمونه‌هایی در خصوص رفع مشکل بهداشتی روستا با مشارکت دیگر بخش‌ها وجود دارد؛ اما این‌ها بسیار محدود و موردی بوده است.

۵- سرمایه اجتماعی و برنامه

در زمینه سرمایه اجتماعی نیز زیرطبقه‌های عدالت و مشارکت مردم و نهادها استخراج شد. عدالت: اکثر شرکت کنندگان بر این باور بودند که عدالت در ارائه خدمات وجود دارد و برنامه باعث کاهش تبعیض جنسیتی در منطقه شده است؛ اما معتقد بودند دلیلی مبنی بر اینکه برنامه به گسترش عدالت در همه زمینه‌ها منجر شده باشد، وجود ندارد.

اما در کردستان، بعضی افراد کلیدی وابسته به وزارت بهداشت معتقد بودند در زمینه برقراری عدالت در ارائه خدمات موفق نبودیم. در این استان، پزشکان وضعیت حاکم بر جامعه و فرهنگ مردم را مانع برقراری عدالت می‌دانستند. برای مثال، یکی از پزشکان بیان کرد که اگر پزشک بومی باشد، در ارائه خدمت ممکن است بی‌عدالتی به‌وجود بیاید یا در صورت تفاوت موقعیت مالی افراد، ممکن است بی‌عدالتی در ارجاع به‌وجود بیاید.

«در روستا دو گروه آیینی وجود دارد. وقتی من از آن‌ها نباشم برایم فرقی نمی‌کند؛ ولی اگر بومی باشم، ممکن است تبعیض قائل شوم یا برعکس. بومی‌ها ممکن است بیشتر به پزشک مراجعه کنند» (بحث گروهی پزشکان کردستان).

«کسی را که تمکن مالی دارد، راحت‌تر می‌توان ارجاع داد تا مثلاً چوپانی که از نظر مالی فقیر است» (پزشکان کردستان).

از نظر بیشتر مردم، در دریافت خدمات عدالت برقرار بوده است.

۶- مشارکت مردم

بیشتر مردم و افراد کلیدی غیروابسته به وزارت بهداشت در هر سه استان، معتقد بودند بدون اجرای برنامه هم مشارکت مردمی در روستا وجود دارد و اگر درخواستی از مرکز بهداشتی درمانی یا شورای روستا در خصوص اجرای برنامه‌ای وجود داشته باشد، مشارکت می‌کنند؛ اما این موضوع را ناشی از نقش برنامه پزشک خانواده نمی‌دانستند. از نظر مسئولان ستاد کشوری، جلب مشارکت‌های مردمی، از اهداف برنامه بوده و گزارش‌های جمع‌آوری شده از ۴۲ دانشگاه مربوط به دستاوردهای برنامه، مؤید این نکته است. در این زمینه، فقط ۱۶ دانشگاه فعال بوده‌اند که در بیشتر آن‌ها با بیان کلی، نقش فعال برنامه در مشارکت مردمی عنوان شده است، مانند مشارکت دادن مردم در امور سلامت (تشکیل هیئت امنای روستاها با مسئولیت پزشک خانواده)، برنامه‌ریزی و حل مشکلات سلامت با مشارکت هیئت امنای روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، جلب مشارکت مردمی در رفع مشکلات مرتبط با

سلامتی با تشکیل جلسات هیئت‌امنا، شناسایی مشکلات بهداشتی روستا و انتقال آن به مراجع ذی‌ربط از طریق جلسات هیئت امنای روستایی.

پزشکان نیز بیان کردند، مردم به‌علت اعتماد به پزشکان تیم ارائه خدمات، در صورت درخواست مشارکت می‌کنند؛ اما معمولاً به‌علت وضعیت اقتصادی‌شان کمتر مشارکت مالی می‌کنند.

افراد کلیدی وابسته به وزارت بهداشت نیز مشارکت با نهادها را بسیار مشکل و آن را وابسته به فرد بیان کرده‌اند. در این خصوص، پزشکان اصفهان و مشهد بیان کردند که در جلب مشارکت مردمی موفق بودند؛ اما توفیقی در گسترش هماهنگی بین بخشی نداشتند. خصوصاً اینکه جابه‌جایی دائم پزشکان را مانع از شناخت منطقه و هماهنگی با دیگر ارگان‌ها می‌دانستند.

«فکر می‌کنم که ارتباط بین ارگان‌ها اشکال دارد. به‌عنوان مثال، ما مشکل زباله را در جلسه شورا مطرح می‌کنیم؛ ولی یک سال طول می‌کشد تا ارگان‌های دیگر مثل شهرداری را راضی کنیم که آقا جای این سطل زباله‌ها اینجا خوب نیست. همکاری بین ارگان‌ها خیلی ضعیف است» (رئیس شورا، اصفهان).

«جلسات بسیاری با دهدار و شوراها داریم. یکی از روستاها مشکل نظافت داشت که با فرمانداری نامه‌نگاری کردیم و حل شد یا بحث آب آشامیدنی یا سگ‌های ولگرد. همه این‌ها حل شده است» (از پزشکان اصفهان).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

رتنا جامع علوم انسانی

بحث

چارچوب اصلی فعالیت‌های پزشکی خانواده، سلامت محوری بوده و هدف کلی آن حفظ و ارتقای سلامت جامعه است. به‌طورکلی، سلامت بر مبنای وضعیت ژنتیکی، عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و زیست محیطی تعیین می‌شود؛ اما در مقابل سلامت جمعیت نیز بر توسعه جامعه و مؤلفه‌های مرتبط با آن از جمله فرهنگ و اقتصاد و آموزش تأثیر

دارد (سورکه و همکاران، ۲۰۰۶). لذا بر این مبنای انتظار می‌رود که پیامدها و نتایج برنامه تأثیر مهمی بر عوامل اقتصادی و فرهنگی و آموزشی جامعه داشته باشد. براساس جست‌وجوهای انجام شده، این پژوهش جزو اولین پژوهش‌هایی است که با هدف ارزیابی نقش برنامه پزشکی خانواده بر آموزش و اقتصاد و مسائل اجتماعی جمعیت تحت پوشش از دیدگاه مدیران و تصمیم‌گیران و مردم در ایران انجام شده است. بر مبنای نتایج مطالعه حاضر، بیشتر شرکت‌کنندگان بر این باور بودند که دسترسی آسان به پزشک، برخورداری از خدمات و امکانات درمانی رایگان باعث کاهش هزینه رفت‌وآمد و جلوگیری از اتلاف وقت شده است. علاوه بر این، دفترچه‌های رایگان بیمه روستایی، هزینه دارو و درمان را کاهش داده است که این موضوع، به خصوص در عمل‌های جراحی پرهزینه، مؤثر بوده است. از نظر نقش برنامه در ارتقای فرهنگ و سواد جامعه، شرکت‌کنندگان اظهار کردند که ارتقای فرهنگی یا تغییر فرهنگی بسیار مشکل و نیازمند زمان است؛ اما به‌طور کلی بیشتر معتقد بودند این برنامه تأثیر کمی بر این مقوله داشته است. در خصوص فرهنگ سوادآموزی نیز بعضی افراد کلیدی غیروابسته به وزارت بهداشت، خصوصاً در اصفهان، بیان کردند که فرهنگ امکان تحصیل دختر خارج از روستا جافتاده و هم‌اکنون، تحصیلات دانشگاهی نیز برای دختران مستقر در روستا دیده می‌شود که ربطی به تأثیر برنامه نداشته است.

بر مبنای نتایج مطالعه، بیمه روستایی و سیستم ارجاع با استفاده از این بیمه‌ها، در کاهش هزینه‌های درمان و نیز رفت‌وآمد و مراجعه به شهر، کاملاً مؤثر بوده و به‌نوعی تأثیر اقتصادی داشته است. مشکلی که همواره از طرف همه افراد کلیدی و مردم مرکز توجه بود، مشکل پذیرش دفترچه‌های بیمه روستایی توسط پزشکان متخصص بوده است. نتایج مطالعات کشورهای مختلف، خصوصاً کشورهای با وضعیت اقتصادی مطلوب، نشان داده است که وضعیت سلامت بر متغیرهای آموزشی و اقتصادی در جامعه تأثیرگذار بوده و میزان احتمال مشارکت به‌عنوان نیروی کار را افزایش می‌دهد. سلامت در جامعه تحت پوشش پزشکان خانواده، به ایجاد شغل و خرید اجناس و خدمات کمک کرده و حتی

ممکن است برای دیگر سازمان‌های ارائه خدمت نیز مانند بیمارستان یا مراکز مراقبت، درآمذزایی داشته باشد (سورکه و همکاران، ۲۰۰۵). در مطالعه‌ای که در آمریکا انجام شد، تخمین زده شده است که برنامه پزشکی خانواده تمام وقت تأثیرات اقتصادی بر جامعه می‌گذارد و این میزان در محدوده جامعه تحت پوشش حدوداً بین ۶۹۶,۹۰۴ - ۱۸۹,۸۹۲ دلار در یک سال برآورد شده است (رابرت گراهام کتتر) (نسخه ۱۱/۱ پزشکی خانواده، معاونت بهداشت، ۱۳۹۰).

بیشتر شرکت کنندگان در مطالعه حاضر معتقد بودند که عدالت در ارائه خدمات وجود دارد و این برنامه، باعث کاهش تبعیض جنسیتی در منطقه شده است؛ اما دلیلی عینی مبنی بر اینکه برنامه به گسترش عدالت در همه زمینه‌ها منجر شود، وجود ندارد (هوگو، ۲۰۱۰). برابری به معنای نبود نابرابری سیستماتیک بین گروه‌های جمعیتی است. در سیستم سلامت، به معنای توزیع غیرتصادفی وضعیت سلامت در درون و بین جمعیت است. این امر، از عدالت در اقتصاد و اجتماع و تعیین کننده‌های سلامت محیط، در سیاست‌هایی که در توزیع این عدالت در سلامت مؤثرند، ناشی می‌شود. پزشکان خانواده، اغلب، خود را متعهد به مردم و فراتر از فرد توصیف می‌کنند و در نتیجه به دنبال توزیع عدالت و برابری در جامعه‌اند. پزشک خانواده متخصص سیستم مراقبت‌های اولیه است که خدمات مراقبت‌های اولیه را انجام می‌دهد، نه خدمات تخصصی و این، بیشترین سهم را برای سلامت جامعه ایفا می‌کند. پزشکان خانواده در درجه اول مسئول ارائه خدمات جامع برای هر فرد به دنبال مراقبت‌های پزشکی، بدون در نظر گرفتن سن و جنس و بیماری آن‌ها هستند و خدمات را برای دستیابی به عدالت در مراقبت‌های بهداشتی ارائه می‌کنند.

در زمینه مشارکت مردمی در روستا نیز بیشتر مردم و افراد کلیدی غیروابسته به وزارت بهداشت در سه استان، معتقد بودند مشارکت مردمی در روستا وجود دارد و اگر درخواستی از مرکز بهداشتی درمانی یا شورای روستا در خصوص اجرای برنامه‌ای وجود داشته باشد، مشارکت می‌کنند. اما این موضوع را ناشی از تأثیر برنامه پزشکی خانواده

نمی‌دانستند. مشارکت فعال جامعه از فعالیت‌های مهم مراکز مراقبت‌های اولیه بهداشتی به‌منظور رسیدن به هدف «سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰» است. براساس هدف ملی، حداقل سلامتی که به هر شهروند توانایی تولید اقتصادی و برخورداری از زندگی اجتماعی مفید را بدهد، جزو اهدافی است که از طریق مراکز ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه باید به آن دست یافت (شارما^۱ و روی^۲، ۱۹۸۶). مشارکت فعال به‌معنای این است که مردم آگاهی لازم را در زمینه شناخت مشکلات سلامتی خود به‌دست آورند و بتوانند نیازهای خود را شناسایی و براساس اولویت‌ها و منابع در دسترس خود برنامه‌ریزی و مداخله و پیشرفت فعالیت‌ها را پایش و کنترل کنند. بر مبنای اهداف برنامه پزشکی خانواده، انتظار می‌رود که این امر در طول اجرای برنامه اجرا شده باشد و مردم یا نمایندگان آن‌ها در خصوص نحوه این مشارکت توضیح دهند. اما براساس نتیجه این مطالعه، شرکت کنندگان یا اطلاع‌ی در این خصوص نداشتند یا بعضی از مشارکت‌ها را موردی و براساس نیاز دیگر سازمان‌ها بیان کردند.

براساس اهداف و عملیات اجرایی برنامه پزشکی خانواده انتظار نمی‌رود که این برنامه، نقش مستقیمی در افزایش سواد و تحصیلات رسمی جمعیت تحت پوشش خود داشته باشد. گرچه تئوری سرمایه انسانی پیش‌بینی می‌کند که افراد با تحصیلات بالا، از کارایی بالاتری برخوردار باشند؛ همچنین برخورداری از سلامت خوب در کودکی عملکرد شناختی کودکان را افزایش و غیبت از مدرسه را کاهش می‌دهد. لذا، انتظار می‌رود کودکان با سلامت بهتر، وضعیت تحصیلاتی بهتری داشته و در نتیجه بهره‌وری بیشتری دارند. مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که ارتباط قوی بین سلامت بزرگسالان و تحصیلات وجود دارد که عمدتاً مربوط به تأثیر میزان تحصیلات بر سلامت است؛ اما تاحدی این ارتباط ممکن است ناشی از تأثیرات سلامت بر تحصیلات نیز باشد که عمدتاً به‌دلیل نقش وضعیت سلامت بر رشد شناختی کودکان است (سورکه و همکاران، ۲۰۰۶). بر این

1. Sharma

2. Roy

اساس، انتظار می‌رود برنامه پزشکی خانواده نیز با تأثیر بر وضعیت سلامت، در ارتقای میزان سواد جامعه نیز نقش داشته باشد. همچنین حضور پزشکان مخصوصاً پزشکان زن در روستا می‌تواند، الگوی مناسبی برای ترغیب دختران و زنان برای تحصیلات در سطوح بالاتر باشد. همچنان که مردم و نمایندگان دیگر سازمان‌ها نیز بر این نکته اذعان داشتند. براساس نظر شرکت کنندگان میزان سواد و تحصیلات دختران در روستا در مقایسه با سالیان گذشته، افزایش یافته است؛ اما نمی‌توان ارتباطی بین نقش برنامه پزشکی خانواده و این متغیر یافت. گرچه بیشتر شرکت کنندگان بر این باورند که برنامه در افزایش سواد بهداشتی مردم مؤثر بوده است.

به‌طور کلی می‌توان نتیجه‌گیری کرد که براساس اهداف برنامه، انتظار می‌رود برنامه پزشکی خانواده نقش مؤثری در عوامل اقتصادی خصوصاً در کاهش هزینه‌های درمان و عوامل فرهنگی از طریق ارائه آموزش به مردم و عوامل اجتماعی از طریق جلب مشارکت مردمی و در نظر گرفتن عوامل تعیین کننده‌های اجتماعی بر سلامت داشته باشد؛ اما به‌علت مشکلاتی که در روند اجرای برنامه وجود داشت، مانند اجرای سریع برنامه در وضعیت بحرانی بدون در نظر گرفتن مشکلات موجود در برنامه و تهیه نکردن بسته‌های آموزشی و اجرایی در خصوص موضوعات گفته شده برای پزشکان و تیم اجرایی، برنامه نقش فعالی در خصوص عوامل یاد شده نداشته است.

قدردانی

این طرح را مرکز گسترش شبکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأمین اعتبار کرده است. بدین وسیله از همکاری و مشارکت جناب آقای دکتر فرزادفر، خانم عصمت جمشیدبیگی، خانم فاطمه مالکی و همکاران گسترش شبکه استان‌های کردستان و اصفهان و مشهد تشکر و قدردانی می‌شود.

- باصری، ع. و همکاران (۱۳۸۹)، ارزیابی مهارت‌های بالینی پزشکان خانواده استان فارس با استفاده از آزمون بالینی مبتنی بر مشاهده (OSCE)، گام‌های توسعه در آموزش پزشکی، ۷: ۲ تا ۲۷.
- حسینی‌جناب، و. (۱۳۸۲)، پزشک خانواده کیست؟، مجله درد، س ۳، ش ۲۷: ۵۱ تا ۵۰.
- مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت (۱۳۹۰)، دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، نسخه ۱۱/۱.
- شادپور، ک. (۱۳۸۵)، اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، مجله حکیم، ۹(۱): ۱ تا ۱۸.
- مهرالحسنی، م. و همکاران، (۱۳۸۹)، چالش‌های اجرای سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان کرمان: مطالعه کیفی، مجله بهداشت و توسعه، ۱(۳): ۱۹۳ تا ۲۰۶.
- جنتی، ع. و همکاران (۲۰۱۰)، ارزیابی نقاط قوت و نقاط ضعف طرح پزشک خانواده، فصلنامه دانش و تندرستی، ۴: ۲ تا ۲۱.
- Erez, R., Rabin, S., Shenkman, L., & Kitai, E. (1999). A family physician in an Ultraorthodox Jewish village. *Journal of Religion and Health*, 38(1), 67-72.
- Habicht, J &. Kunst, A. E. (2005). Social inequalities in health care services utilisation after eight years of health care reforms: a cross-sectional study of Estonia, 1999. *Social science & medicine*, 60(4), 777-787.
- Hsieh, H-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.
- Jannie, F., M. hugo, Ian. D. couper, Thigiti. j, loeligers (2010). Equity in health care: Does family medicine have a role? WHY EQUITY? *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 2(1), 3.
- Mays, N. & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7226), 50.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*: SAGE Publications, inc.
- Roy, S., & Sharma, B. (1986). Community participation in primary health care. *Health and Population Perspectives and Issues*, 9(4), 165-191.

- Solar, O., & Irwin, A. (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health.
- Suhreke, M., McKee, M., Stuckler, D., Arce, R. S., Tsoлова, S., & Mortensen, J. (2006). The contribution of health to the economy in the European Union. Public Health, 120(11), 994-1001.
- The Family Physician as Economic Stimulus.policy studies in family medicine and primary care. Robert Graham Center; [cited 12/102012]; . Retrieved from

