

نگاهی بر عملکرد پزشک خانوادگی روستایی در ایران*

علیرضا جباری^۱، غلامرضا شریفی‌راد^۲، آزاد شکری^۳، نجمه بهمن زیاری^۳، آیان کردی^۳

مقاله مروری

چکیده

هدف نهایی نظام ارایه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم می‌باشد. عدم پاسخگویی به نیازها و انتظارات سلامتی در چند دهه‌ی اخیر، اجرای برنامه‌های اصلاحی را ایجاب می‌کند. پزشک خانوادگی روستایی از جمله این اصلاحات در نظام سلامت ایران است که از سال ۱۳۸۴ به اجرا درآمد. هدف از این مطالعه، بررسی عملکرد برنامه‌ی پزشک خانوادگی روستایی از زمان آغاز این برنامه بود. مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی مروری نقلی بود که با جستجو در سایت‌های Google scholar، Google، SID، Magiran و Irandoc با کلید واژه‌های «پزشک خانواده»، «پزشک خانوادگی روستایی»، «Family physician»، «Family medicine»، «Rural family medicine»، «Rural family physician» انجام گرفت که در نهایت ۳۹ مقاله‌ی مرتبط با هدف مطالعه، استخراج و بررسی شد. در این مطالعه اهداف برنامه‌ی پزشک خانواده در چندین زیرمجموعه شامل نظام ارجاع، پاسخگویی، دسترسی، هزینه، پوشش خدمات، اولویت به خدمات سلامت‌نگر، تشکیل پرونده‌ی سلامت، کنترل کیفیت خدمات، رضایتمندی و نگرش کارکنان تیم سلامت و گیرندگان خدمت دسته‌بندی شد و عملکرد برنامه‌ی پزشک خانواده در دستیابی به این اهداف بررسی گردید. مطابق بررسی‌های انجام شده، برنامه عملکرد به نسبت خوبی پس از گذشت چند سال از اجرا داشت، ولی هنوز نظام ارجاع و ارایه‌ی پس‌خوراند از پزشکان متخصص به سطح یک، پیگیری عاقبت بیماران و تکمیل پرونده‌ی سلامت به درستی اجرا نمی‌شود. دسترسی تا حدودی بهبود یافت و هزینه‌های غیر ضروری کاهش پیدا کرد، با این حال هنوز بیش سلامت‌نگر مطلوب در اذهان نهادینه نشده است.

واژه‌های کلیدی: پزشک خانواده؛ اصلاحات نظام سلامت؛ ایران

دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۱۶

اصلاح نهایی: ۹۱/۱۱/۲۴

پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۲۴

ارجاع: جباری علیرضا، شریفی‌راد غلامرضا، شکری آزاد، بهمن زیاری نجمه، کردی آیان. نگاهی بر عملکرد پزشک خانوادگی روستایی در ایران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۷): ۱۱۴۵-۱۱۳۲.

مقدمه

مختلف جهان بوده است (۷).

در دو دهه‌ی اخیر، نظام‌های سلامت در کشورهای توسعه

سلامتی، محور توسعه‌ی اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه‌ی جوامع بشری بوده است و اهمیت ویژه در توسعه‌ی زیرساخت بخش‌های مختلف جامعه دارد. با توجه به این که سلامت، از حقوق اولیه‌ی افراد جامعه می‌باشد، دولت موظف به تأمین آن به طور برابر با رعایت عدالت است (۵-۱). بنابراین هدف نهایی نظام ارایه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم (۶) با دسترسی عادلانه‌ی همه‌ی افراد جامعه به خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد. از این رو دسترسی یکسان به خدمات بهداشتی درمانی همواره مورد توجه محققان در کشورهای

* این مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی می‌باشد.

۱- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استاد، آموزش بهداشت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: ayan.kordi@gmail.com

در حال حاضر مطالعات مختلفی در زمینه‌ی پزشک خانواده در ایران از آغاز برنامه‌ی پزشک خانواده صورت گرفته است، اما هیچ مطالعه‌ای عملکرد برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی روستایی ایران را به صورت جامع بررسی نکرده است تا با مطالعه‌ی آن، اطلاعات کلی در رابطه با وضعیت و نتیجه‌ی اجرای برنامه به دست آید. بنابراین این تحقیق، متفاوت از سایر مطالعات با هدف مطالعه‌ی جنبه‌های مختلف پزشک خانواده‌ی روستایی و عملکرد آن در ایران انجام گرفت.

روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر به صورت مروری نقلی در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۱، با مراجعه به سایت‌های، Google، Google Scholar، SID، Magiran و Irandoc و با استفاده از کلید واژه‌های، پزشک خانواده، پزشک خانواده‌ی روستایی و معادل لاتینی آن به صورت Family physician، family medicine، Rural family medicine انجام گرفت. هدف از این جستجو، یافتن کلیه‌ی مطالعاتی بود که به تشریح جنبه‌های مختلف پزشک خانواده از تاریخ پیدایش برنامه‌ی پزشک خانواده (سال ۱۳۸۴) تا زمان حال، پرداخته است. بنابراین در مجموع ۴۸ مطالعه استخراج شد، که پس از بررسی عنوان و چکیده‌ی مقالات در مرحله‌ی اول با حذف یافته‌های نامرتب، موارد تکراری، یافته‌های استخراج شده از کنفرانس‌ها و سمینارها و مقالاتی که در دسترس نبودند و در مرحله‌ی دوم بر اساس هدف مطالعه، چکیده و محتوا مورد بررسی قرار گرفتند و در نهایت ۳۹ مطالعه‌ی مناسب و همراستا با این تحقیق استخراج گردید و به تحلیل آن‌ها پرداخته شد.

شرح مقاله

در طرح پزشک خانواده، سلامت‌نگری محور فعالیت‌های پزشک بوده است و هدف کلی، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و ارائه‌ی خدمات سلامتی در حدود بسته‌ی تعریف شده، به فرد، خانواده، جمعیت و جامعه‌ی تحت پوشش، صرف نظر از تفاوت‌های سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و خطر بیماری است (۱۴-۱۲، ۶، ۲). در برنامه‌ی پزشک خانواده

یافته و در حال توسعه به سبب عدم پاسخگویی به نیازها و انتظارات سلامتی ملزم به اجرای برنامه‌های اصلاحی بوده‌اند. بدون شک اصلاحات در نظام سلامت ایران همانند همه‌ی نظام‌های سلامت در جهان، با وجود دستاوردهای متعدد در چند دهه‌ی اخیر اجتناب‌ناپذیر بوده است. علل اصلی ضرورت اصلاحات در نظام سلامت ایران را می‌توان تغییرات اپیدمیولوژیکی (افزایش بیماری‌های غیر واگیر و حوادث)، تغییرات دموگرافیکی، افزایش هزینه‌های سلامت، نابرابری‌ها در دریافت خدمات و پرداخت هزینه‌ها و چالش‌های مدیریت سلامت در سطوح مختلف نام برد، بنابراین با توجه به ظهور این عوامل اصلاحات از حدود سال ۱۳۸۱ با هدف تغییرات هدفمند مستمر برای بهبود کارایی، برقراری عدالت در برخورداری مردم از خدمات بهداشتی و درمانی، محافظت مردم در برابر مخاطرات مالی ناشی از بیماری‌ها، تأمین مالی پایدار و اصلاح نظام پرداخت آغاز شد. یکی از کارهایی که در این زمینه صورت گرفته است تدوین آیین‌نامه‌ی نظام ارجاع و پزشک خانواده بود که در سال ۱۳۸۴ در روستاها به اجرا گذاشته شد (۸). در حال حاضر در بسیاری از کشورها از جمله آمریکای شمالی، اروپای غربی و کانادا نیز پزشک خانواده، محور ارائه‌ی خدمات سلامت و مسؤول تیم سلامت است (۹). مطالعات در کشورهای توسعه یافته نشان داده است پزشکی خانواده با شاخص‌های رضایت، سلامت و هزینه‌ها ارتباط دارد (۱۰). بیمارانی که به پزشک خانواده مراجعه می‌کنند هزینه‌ی کل کمتری برای مراقبت‌های بهداشتی درمانی دارند. به طوری که تداوم ارائه‌ی خدمات پزشکی خانواده یکی از مهم‌ترین شاخص‌ها در ارتباط با هزینه‌ی کل مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است. مطالعات نشان داده است به طور کلی کشورهایی با سیستم توسعه یافته‌ی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه (مانند سوئد و هلند) درجه‌ی بالایی از شاخص‌های سلامت و رضایت‌مندی افراد در ارتباط با کل هزینه‌های سیستم به دست آورده‌اند. مطالعات دیگر نشان داد بیمارانی که به طور مداوم و به مدت یک‌سال توسط پزشک خود تحت مراقبت قرار گرفته‌اند، بستری در بیمارستان به میزان قابل توجهی در سال‌های بعدی کمتر بوده است (۱۱).

و نظام ارجاع، پزشک عمومی و تیم وی مسؤولیت سلامت افراد تحت پوشش را بر عهده دارد و پس از ارجاع نیز مسؤولیت پی‌گیری ادامه‌ی درمان با وی می‌باشد (۱۶، ۱۵).

پزشک خانواده‌ی روستایی

به منظور دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی، وزارت بهداشت و درمان، مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی را بر سه اصل اولویت خدمات پیشگیری، اولویت مناطق محروم و روستایی و اولویت خدمات سرپایی پایه‌ریزی کرد که در طول دهه‌ی ۱۳۶۰، در قالب شبکه‌های بهداشتی درمانی شکل گرفت (۱۲، ۶). در کشور ایران از سال ۱۳۶۴ با اجرای این طرح و سطح‌بندی خدمات در سه سطح در کلیه‌ی شهرستان‌ها دستاوردهای چشمگیری داشته است، با این حال عدم تحقق مناسب نظام ارجاع یکی از ضعف‌های بارز آن به شمار می‌رود (۱۸، ۱۷، ۱۵، ۱۲). با مصوبه‌ی مجلس شورای اسلامی در زمینه‌ی بیمه‌ی روستاییان، برنامه‌ی پزشک خانواده با شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور پیوند خورد (۱۹، ۱۵، ۹، ۳، ۱). برای ایجاد سیستم ارجاع در کشور و جلوگیری از مراجعه‌ی مردم به پزشکان متعدد، طرح بیمه‌ی درمان روستاییان و صدور دفترچه (۱۲، ۶) و برنامه‌ی پزشک خانواده، به منظور دسترسی راحت و مناسب به خدمات سلامت از اواسط سال ۱۳۸۴ با همکاری سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در روستاها و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر به اجرا درآمد (۲۰، ۸، ۳، ۱). در این طرح، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان بستر اجرایی و مجری اصلی برنامه و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به عنوان پشتیبان مالی برنامه عمل می‌کند (۲۱).

بر اساس بند (ب) ماده‌ی ۹۱ برنامه‌ی چهارم توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متعهد است تا پایان برنامه‌ی چهارم، پزشک خانواده را در کل کشور به اجرا درآورد» (۲۲، ۱۵، ۸، ۵، ۴). طبق این برنامه، جمعیت کل کشور باید تحت پوشش خدمات بهداشتی درمانی یا توان‌بخشی پایه و اولویت‌دار قرار گیرند و این خدمات توسط پزشکان عمومی که به عنوان پزشک خانواده جذب طرح می‌شوند ارایه می‌گردد (۲۲، ۴). از آنجایی

که نظام ارجاع، اساس ساماندهی سلامت بوده و زمینه و فرهنگ نظام ارجاع در روستاها وجود داشت، این طرح ابتدا در روستاها پیاده شد (۶). در همین راستا در شروع برنامه، دستورالعمل ۰۱ برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۸۴ طراحی و ابلاغ شد و چندین بار به روزرسانی گردید به طوری که در سال ۱۳۹۱ نسخه‌ی ۱۳ آن در حال طراحی است.

در ادامه‌ی طرح ملی بیمه‌ی روستایی، با اهداف ایجاد نظام ارجاع در کشور، افزایش پاسخگویی در بازار سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیر ضروری در بازار سلامت و کاهش هزینه‌های دریافت خدمات بهداشتی درمانی از سوی مردم، کاهش اقلام دارویی مصرفی، افزایش پوشش خدمات، اولویت دادن به بینش سلامت‌نگر به جای درمان‌نگر در ارایه‌ی خدمت، تشکیل پرونده‌ی سلامتی برای آحاد جامعه و افزایش امکان کنترل کیفیت خدمات، با محوریت پزشک خانواده اجرا شد (۲۳، ۲۰، ۱۵).

عملکرد برنامه‌ی پزشک خانواده

با تحلیل مطالعات صورت گرفته در زمینه‌ی برنامه‌ی پزشک خانواده در این تحقیق، اهداف این برنامه به صورت پیاده‌سازی نظام ارجاع، پاسخگویی، دسترسی، هزینه، پوشش خدمات، اولویت به خدمات سلامت‌نگر، تشکیل پرونده‌ی سلامت، کنترل کیفیت خدمات و در نهایت رضایت‌مندی و نگرش کارکنان تیم سلامت و گیرندگان خدمت، دسته‌بندی شد و در ادامه، عملکرد برنامه‌ی پزشک خانواده در دستیابی به این اهداف بررسی گردید که در ادامه به آن اشاره خواهد شد.

نظام ارجاع

فرایند نظام ارجاع در برنامه با مراجعه‌ی بیماران از خانه بهداشت به پزشکان خانواده و در صورت نیاز، ارجاع بیماران به سطح دو بنا به تشخیص پزشکان خانواده انجام می‌گیرد. در حالی که ۹۶ درصد پزشکان شیراز، تشخیص سریع و به موقع بیماری‌ها و ارجاع بیماران را مهم‌ترین وظیفه‌ی پزشکان خانواده دانسته‌اند و ۵۶ درصد آن را عامل مهم بهبود دسترسی به خدمات درمانی مناسب می‌دانند (۲۴)، بسیاری از قواعد نظام ارجاع در نظام شبکه‌ی دانشگاه‌های علوم پزشکی به

بازخورد از طرف پزشک متخصص به پزشکان خانواده ارسال نمی‌شود (۲۷، ۲۶، ۴). رضایت پزشکان شاهرود از عملکرد سطح دو در سطح متوسط ارزیابی شده است (۲). همین طور پزشکان شیراز، ۲۶ درصد از میزان همکاری سطح دو از نحوه‌ی پذیرش به موقع بیماران ارجاع داده شده رضایت داشتند و تنها ۴/۳ درصد از آنان از کیفیت و کمیت پس‌خوراند راضی بودند (۲۴). در جدول ۱ مواردی از مشکلات موجود در نظام ارجاع و ارایه‌ی پس‌خوراند به سطح یک آورده شده است (۱۲).

پزشکان خانواده نقش اصلی در انتخاب پزشکان متخصص سطح دو را ایفا می‌کنند، بنابراین با ارجاع بیمار به سطح دو پس‌خوراند سطوح بالاتر به سطوح پایین‌تر و بازگشت مجدد بیماران به سطح اول در حد انتظار رعایت نشده است (۲۵، ۱۸، ۱۷). در شاهرود و یاسوج نیز در بسیاری از موارد،

درستی اجرا نمی‌شود، به طوری که بسیاری از بیماران ارجاعی به سطح دوم، بدون ارجاع از سطح خانه‌های بهداشت به مراکز بهداشتی مراجعه می‌کنند و تعداد کمی از آنان بعد از دریافت خدمات سطح دوم به پزشکان ارجاع دهنده‌شان باز می‌گردند. طبق اظهارات بیماران، بیشتر آنان به علت عدم آگاهی به سطح اول باز نمی‌گردند. به طور کلی فرایند ارجاع در مراجعه به پزشکان خانواده با ارجاع از خانه‌ی بهداشت، ارجاع بیماران به سطح دو، بنا به تشخیص پزشکان خانواده، ایفای نقش پزشکان خانواده در انتخاب پزشکان متخصص سطح دو، ارایه‌ی پس‌خوراند سطوح بالاتر به سطوح پایین‌تر و بازگشت مجدد بیماران به سطح اول در حد انتظار رعایت نشده است (۲۵، ۱۸، ۱۷). در شاهرود و یاسوج نیز در بسیاری از موارد،

جدول ۱: مشکلات موجود در ارجاع برنامه‌ی پزشک خانواده

واحد‌ها یا پرسنل سطح یک ارجاع	مردم
عدم تکمیل پرونده‌ی سلامت جمعیت تحت پوشش	آگاهی ناکافی (پایین) مردم در خصوص ضوابط پزشک خانواده و بیمه‌ی روستایی
تکمیل ناقص کادر ارجاع دفترچه‌ی بیمه توسط پزشکان خانواده	مراجعه‌ی مستقیم مراجعین به سطح دو
ضعف در فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی به جامعه	مراجعه‌ی همراهان بیمار به پزشک خانواده
ضعف پرسنل تیم پزشک خانواده در ارجاع به موقع و ضروری به رشته‌ی تخصصی مرتبط	مشکلات مربوط به ایاب و ذهاب بیماران
مشخص نمودن اقدامات انجام گرفته در سطح یک ارجاع	مراجعه‌ی مکرر و غیر ضروری بیماران زن به پزشکان متخصص
	مشکلات اقامتی روستاییان در شهر تا هنگام ویزیت
	مشکلات مربوط به دسترسی روستاییان کوچ نشین (اقامت فصلی در مناطق مجری طرح پزشک)
	در ارجاع به سطوح تخصصی
	عدم استطاعت مالی بیماران برای مراجعه به سطوح بالاتر
واحد‌ها یا پرسنل سطح دو ارجاع	مدیریت
ضعف پس‌خوراند متخصص طرف قرارداد	فقدان پزشکان متخصص مورد نیاز
همکاری ضعیف پزشکان متخصص طرف قرارداد	محدود بودن مراکز ارایه‌ی خدمات در سطح دو ارجاع
رفتار نامناسب با افراد ارجاع شده	پایین بودن تعرفه‌ی خدمات برای متخصصین سطح دو ارجاع
آگاهی ناکافی پرسنل ارایه دهنده‌ی خدمات	آگاهی ناکافی مسئولین سیاسی اجرایی شهرستانی و استانی از برنامه‌ی پزشکان خانواده و نظام ارجاع
عدم رعایت ارجاع افقی توسط پزشکان متخصص	نبود الزام قانونی جهت ارایه‌ی پس‌خوراند از سطح دو به ۱
عدم حضور برخی پزشکان متخصص مطابق برنامه‌ی تنظیم شده	طولانی بودن مسیر ارجاع بیماران از سطح یک به سطوح تخصصی‌تر
ناکافی بودن مدت زمان حضور پزشکان متخصص در درمانگاه	عدم ارایه‌ی خدمت به مراجعین تحت پوشش برنامه‌ی پزشک خانواده توسط بیمارستان‌های
تخصصی بیمارستان	شهرستان‌های مجاور
عدم ثبت کد ارجاع و تشخیص در برگه‌های درخواست آزمایش و رادیولوژی	تأثیر نداشتن چگونگی عملکرد پزشکان متخصص سطح دو ارجاع در نظام پرداخت و تشویق آنان
عدم اعتماد برخی پزشکان متخصص به ارایه‌ی خدمات در سطح یک	مشکلات مربوط به ارجاع مجدد یا معاینات دوره‌ای در سطح تخصصی

پزشکان و ماماها و پوشش بیمه‌ای در مراکز بهداشتی درمانی روستایی داشته است (۲۶). در کرمان نیز افزایش دسترسی گیرندگان را تضمین کرده است (۲۹).

هزینه

از نکات مورد توجه دیگر در برنامه، جلوگیری از هزینه‌های سنگین و غیر ضروری و رفع آن‌ها با درمان در سطوح اولیه‌ی بیماری می‌باشد. برنامه‌ی پزشک خانواده و بیمه‌ی روستایی در کرمان و یاسوج تا حدودی مراجعات غیر ضروری به سطح بالاتر را کاهش داده که باعث کاهش هزینه‌های سنگین سطح دوم شده است (۲۹، ۲۷). درصد کسورات پس از اجرای برنامه در کرمان کاهش یافته (۲۹) و در نهایت رضایت روستاییان اصفهان در حیطه‌ی هزینه‌ها ۶۵/۱ درصد می‌باشد (۲۰).

پوشش خدمات

از الزامات برنامه‌ی پوشش خدمات روستاییان و تأمین داروها و لوازم مورد نیاز برنامه می‌باشد. اما در این رابطه شهرستان شاهرود در تأمین ملزومات و تجهیزات مورد نیاز ضعیف عمل کرده است (۴). روستاییان اصفهان از امکانات موجود ۳۷/۶ درصد رضایت داشتند (۲۰). بهورزان شاغل در خانه‌ی بهداشت نیز ۵۶/۸ درصد از میزان پیگیری پزشک خانواده در تأمین اقلام دارویی که باید در خانه‌ی بهداشت در اختیار بیماران نیازمند قرار داده شود رضایت داشتند (۳۰).

اولویت به پوشش سلامت نگر به جای درمان نگر پایه و اساس برنامه‌ی پزشک خانواده بر سلامت نگر بودن آن است و اولویت سلامت‌نگری و پیشگیری بر درمان را بازگو می‌نماید. در حالی که ۴۵ درصد پزشکان شهرستان یاسوج اظهار داشتند در این طرح به مراقبت‌های بهداشتی اولیه اولویت داده نمی‌شود (۴).

تشکیل پرونده‌ی سلامتی

به طور میانگین ۸۶ درصد پزشکان یاسوج مهم‌ترین مزیت طرح را تشکیل پرونده‌ی پزشکی برای درمان بیمه‌شدگان دانسته‌اند، چرا که اطلاعات ثبت شده در کارتکس برای پیگیری و درمان مؤثر است (۲۷). این در حالی است که انتظارات از طرح پزشک خانواده در شهرستان شاهرود از تکمیل پرونده‌ی سلامت به خوبی برآورده نشده است. با

درمان بر عهده‌ی پزشک خانواده خواهد بود. با این حال دیده می‌شود از بین بیماران ارجاع شده به سطح دو در استان‌های شمالی، ۴۶ درصد بنا به تشخیص و درخواست پزشک و ۵۶ درصد به درخواست بیمار بود، همچنین انتخاب پزشک متخصص تنها در ۳۲/۹ درصد آن‌ها توسط پزشک خانواده صورت گرفته است. از کل بیماران ارجاع داده شده به این سطح، تنها برای ۱۷ درصد رونوشت لیست بیماران ارجاعی به خانه‌ی بهداشت مربوطه ارسال شده بود (۱۷). در دانشگاه علوم پزشکی ایران ۲۸ درصد موارد، پزشک خانواده در انتخاب پزشک متخصص نقش داشت و ۳۴/۷ درصد موارد ارجاعی به سطح دو، بنا به تشخیص پزشک بود و در بقیه‌ی موارد به اصرار بیمار صورت گرفته است. از ۶۰ درصد پس‌خوراند ارایه شده توسط پزشکان متخصص در استان‌های شمالی ۳۲ درصد دارای کیفیت مطلوب، ۳۶ درصد کیفیت نسبتاً مطلوب و ۳۲ درصد کیفیت نامطلوب بوده‌اند (۱۷) و در دانشگاه علوم پزشکی ایران، از ۳۰ درصد پس‌خوراند، ۳۶/۸ درصد کیفیت ضعیف، ۳۶/۸ درصد متوسط و ۲۶/۴ درصد کیفیت مطلوب داشتند (۱۸).

پاسخگویی

پاسخگویی فرایندی است که ضمن آن همه‌ی اعضای سازمان باید در برابر اختیارات و وظایف محوله جوابگو باشند و نشانگر شوق و اراده‌ای است که در راستای وادار ساختن سازمان‌ها و گروه‌ها (رسمی یا غیر رسمی) به پاسخگویی و مسؤولیت‌پذیری در قبال وظایفی که بر عهده دارند ناشی می‌شود. در واقع عنصر اصلی در پیاده‌سازی اصلاحات نظام سلامت و بهبود عملکرد سیستم است که هدف از آن اطمینان از انطباق ارایه‌ی خدمات با استانداردها است (۲۸). مطالعه‌ای که در این زمینه صورت گرفته، پاسخگویی پزشک خانواده را در ارایه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی سطح اول تا حدودی موفق دانسته بود (۲۹).

دسترسی

یکی از وظایف نظام بهداشتی درمانی، تأمین دسترسی سهل و سریع جامعه به خدمات می‌باشد. یعنی خدمات در نزدیک‌ترین مکان به محل کار و زندگی خدمت گیرندگان برده شود. که در این زمینه پزشک خانواده تأثیر مثبتی در دسترسی به

... از نظر دندان‌پزشکان، کارشناسان، کاردانان بهداشتی و بهروزان به ترتیب ۶۸/۹ و ۵۴ درصد بود (۳۰).

دهگردشی

اعضای تیم سلامت موظفاند به طور مرتب به خانه‌های بهداشت و روستاهای قمر رفته و خدمات سلامت ارائه داده و درمان بیماران را پیگیری کنند. این دهگردشی‌ها در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه‌ی پزشک خانواده در استان همدان به طور عمده (۹۱/۵۳ درصد) انجام می‌شود اما ۷۶ درصد دهگردشی‌ها مطلوب و ۲۴ درصد نامطلوب بوده است. محقق مهم‌ترین علت عدم انجام دهگردشی را عدم وجود به موقع وسیله‌ی نقلیه دانسته است. انجام دهگردشی و کیفیت آن بستگی به وضعیت استخدام ماما و پزشک، وجود نیروی کامل تیم سلامت در مرکز بهداشتی درمانی، تعداد روستاهای قمر، تعداد خانه‌های بهداشت تحت پوشش، نوع جاده‌ی روستایی، وضعیت وسیله‌ی نقلیه از نظر دولتی و خصوصی بودن، تعداد و نوع خودرو، تعداد بازدید واحدهای ستادی مرکز بهداشت شهرستان، تعداد بازدید واحدهای ستادی مرکز بهداشت استان دارد (۳۱).

تأثیر برنامه‌ی پزشک خانواده بر شاخص‌ها

یکی از اهداف اصلاحات در نظام سلامت، ارتقای شاخص‌های سلامت افراد جامعه می‌باشد. روند هشت شاخص بهداشت مادر و کودک از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۶ نشان داده است که اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده تأثیر مثبتی بر این شاخص‌ها از جمله درصد مرده‌زایی، درصد متولین با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، میزان مرگ و میر کودکان کمتر از یک ماه، میزان مرگ و میر کودکان کمتر از یک سال، میزان مرگ و میر کودکان کمتر از پنج سال و مرگ و میر کودکان کمتر از پنج سال بر اثر اسهال و استفراغ داشته؛ اما در میزان مرگ و میر مادران بر اثر عوارض بارداری و زایمان در ۱۰۰ هزار تولد زنده بدین گونه نبوده است (۱۳).

همچنین بررسی تأثیر اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ (قبل و بعد از اجرای برنامه) نشان داد که، روند استفاده از اکثر روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ در شهرستان ساری رو به رشد

این که ۹۴/۷ درصد پزشکان برای ۸۰ تا ۱۰۰ درصد بیماران، پرونده‌ی سلامتی تشکیل داده‌اند اما تنها ۳۱/۶ درصد آن به طور کامل بوده است (۴)، کارشناسان، کاردانان بهداشتی و بهروزان به ترتیب ۶۵ و ۵۰/۹ درصد رضایت از کیفیت تشکیل پرونده‌ی سلامت و انجام معاینات سالانه از قبیل گرفتن شرح حال، انجام معاینات، آموزش و توصیه‌های داده شده و ... داشتند (۳۰).

کیفیت خدمات

کیفیت خدمات بهداشتی درمانی یکی از موضوعات و مسایل مهم در سال‌های اخیر بوده و از جوانب گوناگونی مورد بررسی قرار گرفته است. بنابراین یکی از هدف‌های برنامه‌ی پزشک خانواده، افزایش کیفیت خدمات ارائه شده و کنترل کیفیت است. سطح رضایت روستائیان اصفهان در کیفیت خدمات ۳۵/۶ درصد بود (۲۰). در مجموع پس از اجرای طرح ملی پزشک خانواده و بیمه‌ی روستایی، از نظر دندان‌پزشکان، کارشناسان، کاردانان بهداشتی و بهروزان به ترتیب ۹۰ درصد و ۸۶/۶ درصد تأثیر خوبی در کمیت و کیفیت ارائه‌ی خدمات بهداشتی درمانی و توجه به رفع نیازهای واقعی مردم داشته است و رضایت از نحوه‌ی پایش و ارزشیابی پزشک خانواده از عملکرد اعضای تیم سلامت داخل مرکز و خانه‌های بهداشت از دیدگاه کارشناسان بهداشتی ۶۴/۸ درصد به دست آمده است (۳۰).

پیگیری

در برنامه‌ی پزشک خانواده، مسؤلیت پیگیری بیماران و ارجاعات به سطح دو بر عهده پزشک خانواده می‌باشد و در موارد نادر وضعیت ارجاع بیماران از طریق ارتباط تلفنی پیگیری می‌شود (۱۸، ۱۷، ۱۴، ۴). به طور کلی این طرح همچنان در پیگیری عاقبت بیماران موفق نبوده است (۲۶). دندان‌پزشکان، کارشناسان، کاردانان بهداشتی و بهروزان به ترتیب ۷۸/۳ و ۶۴/۵ رضایت بالا از کمیت و کیفیت پیگیری پزشک خانواده جهت حل مشکلات سلامتی مردم یا بیماران از قبیل افراد در معرض خطر، بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، پیگیری سرنوشت بیماران ارجاع داده شده و ... داشتند. رضایت از میزان پیگیری و حضور پزشک خانواده در ارتقای سلامت مردم مانند مدارس، اماکن تهیه و توزیع مواد غذایی و

بهورزان از کارکردهای فنی پزشکان خانواده ۴/۱۷ و از عوامل مدیریتی ۳/۲۹ بوده است (۳۰). همچنین کمترین میزان رضایت پزشکان خانواده کمیت حق‌الزحمه و پرداخت به موقع آن بود (۲۵).

رضایت‌مندی گیرندگان از برنامه‌ی پزشکان خانواده

رضایت‌مندی گیرندگان خدمت از برنامه‌ی پزشک خانواده شاخص مهم کیفیت می‌باشد که نشان دهنده‌ی میزان موفقیت در اجرای برنامه و جلب رضایت آنان می‌باشد. ارزیابی رضایت گیرندگان خدمت شهرکرد نشان داد، ۸/۳ درصد کاملاً ناراضی، ۴۱/۸ درصد نسبتاً ناراضی، ۴۸/۱ درصد نسبتاً راضی و ۱/۸ درصد کاملاً راضی بوده‌اند. در مجموع درصد بیشتری از روستاییان از برنامه‌ی پزشک خانواده راضی بودند و افرادی که آگاهی کمتری از برنامه داشتند، رضایت بیشتری را ابراز کردند (۱۹).

۳۴/۵۲ درصد از مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی استان مرکزی از کلیت برنامه‌ی پزشک خانواده، رضایت بالا و یا خیلی بالا ابراز داشتند. این سطح از رضایت در مورد عملکرد پزشک خانواده ۳۴/۵۲ درصد، مامای

بوده و توفیقات نسبی حاصل شده است (۵).

تا حدودی بهبودی در شاخص‌های عملکرد فنی، تسهیلات و نیروی انسانی و گردش مالی برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی کرمان وجود دارد، با این حال به علت ضرورت گسترش برنامه به مناطق شهری با جمعیت بیشتر نیاز به توجه بیشتر به ارتقا و بهبودی شاخص‌ها در این برنامه دیده می‌شود (۲۹).

رضایت‌مندی کارکنان سلامت از برنامه‌ی پزشک خانواده

اعضای تیم سلامت به عنوان عناصر کلیدی در برنامه‌ی پزشک خانواده از اهمیت بالایی برخوردار هستند، و جلب رضایت آن‌ها برای ارایه‌ی مطلوب خدمات از نکات کلیدی است چرا که سطح رضایت، تعیین کننده‌ی سطح کیفیت عملکرد می‌باشد که در نهایت باعث جلب رضایت گیرندگان می‌شود. در جدول ۲ سطح رضایت‌مندی پزشکان و ماماها‌ی همکار پزشکان نشان داده شده است (۳۲).

میانگین نمره‌ی رضایت اعضای تیم سلامت داخل مراکز از کارکردهای فنی پزشکان خانواده ۴/۲۸ (از ۵ نمره حداکثر) و از عوامل مدیریتی ۳/۴۳ بوده است. میانگین نمره‌ی رضایت

جدول ۲: سطح رضایت‌مندی پزشکان و ماماها‌ی همکار از برنامه‌ی پزشک خانواده

ماماها‌ی همکار پزشک خانواده	پزشکان خانواده	
۵۲/۴۸	۱۲/۳۳	رضایت‌مندی از مسایل مالی
۵۳/۶۲	۴۵/۴۲	رضایت‌مندی از میزان و زمان مرخصی
۴۶/۷۲	۴۹/۹۴	رضایت‌مندی از تسهیلات
۳۳/۷۰	۳۶/۶۶	رضایت‌مندی از زمان ارایه‌ی خدمت
۶۷/۱۰	۶۳/۲۶	رضایت‌مندی از مکان ارایه‌ی خدمت
۵۱/۹۱	۵۱/۶۶	رضایت‌مندی از نیروی انسانی مرتبط
۴۰/۱۵	۲۲/۵۳	رضایت‌مندی از کیفیت اطلاع‌رسانی به مردم
۴۰/۸۰	۴۸/۷۸	رضایت‌مندی از سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی و مؤسسات مرتبط
۴۸/۸۳	۴۸/۰۳	رضایت‌مندی از تجویز دارو
۱۶/۶۳	۱۷/۶۲	فضای کافی در محل ارایه‌ی خدمت
۱۶/۸۲	۱۷/۲۹	تمیزی و مناسب بودن محل کار
۱۷/۲	۱۵/۴۸	فراهم بودن تجهیزات مورد نیاز در محل
۱۶/۴۴	۱۲/۸۵	مناسب بودن کیفیت وسایل موجود
۵۴/۱۹	۲۵/۳۳	رضایت‌مندی به طور کلی از طرح

اهداف آن، در آگاهی گیرندگان خدمت از اهمیت بالایی برخوردار است. بیشترین فراوانی منبع در دسترس برای کسب اطلاعات، بهورزان، کارمندان مراکز بهداشتی درمانی می‌باشد (۲۰). منابع کسب اطلاعات از برنامه‌ی پزشک خانواده در شهرکرد ۲/۳ درصد از اعضای شورای شهر، ۳۴ درصد کارمندان مرکز بهداشتی درمانی روستا، ۲/۷ درصد از پزشک خانواده، ۵/۵ درصد از رسانه‌های گروهی و ۶/۸ درصد از بهورزان و پزشک خانواده بوده است. اطلاع‌رسانی به افراد درباره‌ی برنامه در حد متوسط بوده است (۱).

مهارت و نیاز آموزشی پزشکان

رضایت روستاییان اصفهان از مهارت کارکنان ۷۴/۴ درصد بوده است (۲۰). ۵۴/۳ درصد از پزشکان خانواده در استان یزد، فاصله‌ی بین آموزش‌های تئوری دوران دانشجویی و انتظاراتی که مجریان طرح پزشک خانواده از آن‌ها داشتند را خیلی زیاد و زیاد ذکر کرده‌اند. همچنین ۴۰/۵ درصد فاصله‌ی بین مهارت‌های عملی فراگرفته در دوران دانشجویی با مهارت‌های مورد نیاز طرح پزشک خانواده را خیلی زیاد و زیاد ذکر نمودند (۱۶). مطابق نظر پزشکان یزد در موضوعات مدیریتی به ترتیب اولویت: مقررات مالی، نحوه‌ی توزیع کارانه، مقررات اداری مالی دستورالعمل‌ها و بخش‌نامه‌های طرح پزشک خانواده، نحوه‌ی جلب مشارکت‌های مردمی، نحوه‌ی پایش و ارزیابی واحدهای ذریبط، مدیریت مرکز بهداشتی درمانی، مشارکت دادن افراد در برنامه‌ریزی‌ها، نحوه‌ی اداره‌ی جلسه و برخورد با ارباب‌رجوع و همچنین در رابطه با نظام ارجاع، اخذ پذیرش از بیمارستان، سیاست‌های کلی نظام سلامت، اولویت‌های سلامتی و ... نیاز به آموزش احساس می‌کنند (۳۵).

ارتباط پزشک و بیمار دو بعد ابزاری و بیانی دارد. جنبه‌ی ابزاری آن مستلزم مهارت پزشک در استفاده از تکنیک‌های

تیم پزشک خانواده ۳۷/۱ درصد، کارکنان آزمایشگاه مرکز مجری برنامه ۳۶/۸ و کارکنان داروخانه مرکز مجری برنامه ۳۸/۳ درصد بود. در نهایت برنامه در سطح استان موفق بوده است اما همچنان نقایصی در سیستم وجود دارد (۳۳).

میزان آگاهی و نگرش گیرندگان خدمت

میزان آگاهی افراد مورد بررسی در شهرستان شهرکرد نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده به ترتیب، ۳۰/۹ درصد ضعیف، ۵۳/۴ درصد متوسط، ۱۴/۵ درصد خوب و ۱/۳ درصد عالی بود. در مجموع آگاهی بیشتر افراد جمعیت روستایی شهرستان شهرکرد در مورد مزایای برنامه‌ی پزشک خانواده ضعیف بوده و نسبت به برنامه بی‌تفاوت بودند. در جدول ۳، نگرش روستاییان شهرکرد و اصفهان نشان داده شده است (۳۴، ۱۹، ۱۵، ۳). روستاییان شهر اصفهان نیز میزان آگاهی و نگرش متوسط نسبت به این طرح دارند (۲۰). با وجود گذشت بیش از ۳ سال از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده، بیمه‌شدگان روستایی آشنایی کمی در ارتباط با آن و تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی از دفترچه‌ی بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران دارند. با این عدم آگاهی ممکن است بسیاری از خدمات مورد نیاز را دریافت نکنند یا بعضی خدمات غیر ضروری دریافت کنند (۳۳).

منبع کسب اطلاعات گیرندگان

۳۴/۳ درصد افراد دلیل اصلی خود برای انتخاب بیمه‌ی روستایی و برنامه‌ی پزشک خانواده را ارزان بودن ویزیت و دارو در مرکز بهداشتی درمانی اعلام کردند که نمره‌ی میانگین آگاهی این افراد ۲۹/۶۶ درصد بود، در مقابل افرادی که دلیل خود را مزایای زیاد برنامه‌ی پزشک خانواده در حفظ سلامت خانواده می‌دانستند، نمره‌ی میانگین آگاهی بالاتری (۳۷/۶۶) داشتند.

منبع کسب اطلاعات درباره‌ی برنامه‌ی پزشک خانواده و

جدول ۳: نگرش روستاییان شهرکرد و اصفهان بر حسب درصد

نگرش خیلی خوب	نگرش خوب	نگرش متوسط	نگرش ضعیف	نگرش خیلی ضعیف	
۰/۵	۲۵/۵	۶۴/۴	۹/۱	۰/۵	روستاییان شهرکرد
۰/۸	۳۰/۴	۷۵/۵	۱۰/۳	۱/۰	روستاییان اصفهان

به گروه مورد می‌باشد (۳۶).

نقاط قوت و ضعف برنامه

برنامه‌ی پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و سیاستگذاران، پزشکان خانواده، ماماها‌ی همکار پزشک خانواده، بهورزان و گیرندگان خدمت بررسی شده است و نقاط قوت و ضعف آن تعیین گردیده که به ترتیب در جدول ۴ و ۵ مشاهده می‌نماید (۶).

درمانی و بعد بیانی، ارتباط پزشک و بیمار، منعکس کننده‌ی هنر طبابت است که شامل برقراری ارتباط صمیمی و گرم با بیمار و احساس همدلی با اوست. بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی در پزشکان تفاوت بسیاری در نمرات آگاهی و نگرش آنان قبل و بعد از شرکت در کارگاه آموزشی و میانگین نمره‌ی رضایت‌مندی بیماران بعد از مداخله نشان داشته است که نشان دهنده تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی

جدول ۴: نقاط قوت برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی روستایی از دیدگاه مدیران و سیاستگذاران، پزشکان خانواده، ماماها‌ی همکار پزشک خانواده، بهورزان و گیرندگان خدمت

گیرندگان خدمت	بهورزان	ماماها‌ی همکار پزشک خانواده	پزشکان خانواده	مدیران و سیاستگذاران	
✓	✓	✓	✓		کاهش هزینه‌های درمان
✓	✓	✓	✓	✓	دسترسی آسان روستاییان به دارو، پزشک و ماما
✓			✓		معاینات سالیانه و تشکیل پرونده‌ی خانوار
✓	✓				مراقبت بهتر و مؤثرتر از مادران و کودکان زیر ۶ سال
	✓	✓	✓	✓	بیماریابی و تشخیص زود هنگام بیماری‌ها
		✓		✓	ارتقای شاخص‌های سلامت
				✓	دلگرمی بهورزان و مربیان خانه‌ی بهداشت

جدول ۵: نقاط ضعف برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی روستایی از دیدگاه مدیران و سیاستگذاران، پزشکان خانواده، ماماها‌ی همکار پزشک خانواده، بهورزان و گیرندگان خدمت

گیرندگان خدمت	بهورزان	ماماها‌ی همکار پزشک خانواده	پزشکان خانواده	مدیران و سیاستگذاران	
				✓	عدم تأمین شغلی ثابت
				✓	عدم توجه پزشکان و متخصصان از این طرح
				✓	عدم آموزش کافی مسایل بهداشتی به پزشکان
		✓	✓	✓	عدم پرداخت به موقع حقوق پزشکان و ماماها‌ی شاغل
	✓	✓	✓		عدم توجه روستاییان به طرح پزشک خانواده
		✓	✓		عدم حمایت مناسب از نظر تخصیص امکانات رفاهی
			✓		ایجاد تداخل با برنامه‌ی سلامت و ساعات کاری زیاد پزشکان
	✓	✓			افزایش حجم کار
✓	✓				محدود بودن زمان دسترسی به پزشک خانواده
	✓				برخورد نامالایم روستاییان با کادر درمان
✓					مشکل در پذیرش بیمار توسط بیمارستان‌ها
✓					عدم انتخاب متخصصین توسط خود بیمار
✓					مراجعات زیاد و ازدحام بیماران در خانه‌ی بهداشت

(۲)، Sans-Corrales و همکاران (۱۰) و جنتی و همکاران (۶)، هدف از طرح‌ریزی برنامه‌ی پزشک خانواده، پیاده‌سازی نظام ارجاع، افزایش پاسخگویی، دسترسی و پوشش خدمات، کاهش هزینه، اولویت به خدمات سلامت‌نگر، تشکیل پرونده‌ی سلامت، کنترل کیفیت خدمات و رضایت‌مندی گیرنده و ارائه دهندگان خدمات از طریق شناخت وضعیت افراد در قالب منزل، خانواده و اجتماع می‌باشد. مطالعه‌ی حاضر بیان می‌کند به طور کلی پس از گذشت چندین سال از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی روستایی، این برنامه عملکرد نسبتاً خوبی داشته است با این وجود هنوز هم نظام ارجاع به درستی اجرا نمی‌شود و پس‌خورانها از پزشکان متخصص به پزشکان خانواده ارسال نمی‌شود، در موارد ارسال شده نیز درصد کمی دارای کیفیت مطلوب بوده‌اند. پیگیری عاقبت بیماران از طرف پزشکان خانواده ضعیف بوده است. با این که برنامه تا حدودی دسترسی را بهبود بخشیده و هزینه‌های غیر ضروری را کاهش داده است با این حال نتوانسته بینش سلامت‌نگر مطلوب را در اذهان نهادینه سازد. مطابق نظر پزشکان، پرونده‌ی سلامت از مزیت‌های برنامه می‌باشد با این حال ضعف در تکمیل با کیفیت آن دیده می‌شود. اعضای تیم سلامت، رضایت در سطح متوسط و گیرندگان خدمت رضایت بیشتر و آگاهی کمتری نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی روستایی داشتند. مطابق اظهارات ۳۲ پزشک خانواده در مطالعه‌ی Manca و همکاران، علل بروز این ناکارآمدی در برنامه از طرف پزشکان را مربوط به حجم کار و فشار زمان، نابرابری درآمد، عدم دسترسی به متخصصان، روش‌ها، آزمایش‌ها و دیگر منابع، عدم حمایت از طرف دانشگاه، فقدان کنترل کاغذبازی‌ها، تماس‌های تلفنی مکرر، توقعات و انتظارات بی‌جای بیماران و بروکراسی‌های مربوط به ادارات بیمه و حتی وسیله‌ی نقلیه، نسبت داد (۳۷). به گونه‌ای که در مطالعات انجام گرفته در کانادا و تحقیقات بین‌المللی نیز نگرانی‌هایی در رابطه با حجم کار بیش از حد، فشار زمانی، کاغذبازی (۳۸) و بروکراسی و فقدان سیستم کنترلی (۳۹) بیان شده بود. از محدودیت‌های این مطالعه، تعداد اندک مقالات در

۶۰ درصد پزشکان شهرستان یاسوج معتقدند که برای موارد اورژانس در طرح پزشک خانواده پیش‌بینی‌های لازم انجام نشده است (۲۷).

چالش‌های پیش رو

بر اساس آمار بانک اطلاعات پزشکان، در سال ۱۳۸۱، تعداد ۲۷۸۴۳ نفر پزشک عمومی در کشور وجود داشته‌اند. با محاسبه‌ی تعداد نیروی انسانی وارد و خارج شده از حرفه‌ی پزشکی و همچنین فرض مساوی بودن تعداد مهاجر به داخل و خارج از کشور، تعداد پزشکان عمومی در سال ۱۳۸۸ معادل ۳۷۹۷۷ نفر برآورد شد. برای جمعیت معادل ۷۳۷۳۰۳۵۴ نفر در سال ۱۳۸۸ اجرای طرح پزشک خانواده، در حدود ۳۲۷۶۹ نفر پزشک عمومی برای ارائه‌ی خدمات این طرح در کل کشور نیاز دارد. برای جمعیت حدود ۲۳ میلیون نفری ساکن روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت، تعداد پزشک خانواده‌ی مورد نیاز، معادل ۱۱۵۰۰ نفر است. طبق اطلاعات موجود (گزارش مرداد ۱۳۸۸) تعداد پزشک عمومی فعال به عنوان پزشک خانواده ۵۲۰۴ نفر است (۲۲). مطالعه‌ای در کرمان نشان داد پس از اجرای برنامه‌ی هر ساله، روند افزایشی در ریزش پزشکان خانواده و ماماها‌ی همکار دیده شده که ممکن است به دلایل مختلفی چون ادامه‌ی تحصیل و نزدیک شدن به امتحان دستیاری و مسایل محیطی، وضعیت استخدامی پزشکان خانواده، کم‌ثباتی شغلی و امنیت شغلی پایین باشد (۲۹).

۵۴ درصد از پزشکان شیراز، کشور را فاقد بستر فرهنگی مناسب برای ایجاد تخصص پزشک خانواده دانسته و ۱۰۰ درصد آنان به نقش رسانه‌های گروهی در تأمین بستری مناسب برای این امر تأکید نموده‌اند (۲۴). به طور میانگین ۷۰ درصد پزشکان یاسوج اصلی‌ترین محدودیت و نارسایی این طرح را محدود بودن مددجو در انتخاب پزشک خانواده می‌دانند (۲۷).

بحث

مطابق مطالعات نجیمی و همکاران (۲۰)، امیری و همکاران

در مطالعات بعدی خود در رابطه با میزان پاسخگویی، دسترسی، میزان پوشش خدمات و تأثیر برنامه بر شاخص‌های سلامت در برنامه‌ی پزشک خانواده در روستا تمرکز بیشتری داشته باشند. از آنجایی که پزشکان و سایر اعضای تیم سلامت نسبت به برنامه و اهداف آن آگاهی کمی دارند پیشنهاد می‌شود برای افزایش کیفیت و اجرای هر چه بهتر برنامه، دوره‌های آموزشی در این زمینه برگزار گردد. همچنین جهت افزایش آگاهی و بینش افراد و فرهنگ‌سازی در خصوص این برنامه در بین گیرندگان خدمت، آموزش سراسری مورد نیاز است.

ابعاد مختلف برنامه‌ی پزشکی خانواده‌ی روستایی برای دستیابی به نتایج جامع بود. اکثر مطالعات در تعدادی از استان‌های خاص بوده و در سایر استان‌ها مطالعه‌ای یافت نشد تا با قاطعیت به کل برنامه‌ی پزشک خانواده تعمیم داده شود. همچنین بسیاری از مطالعات در زمینه‌ی وضعیت نظام ارجاع و پیگیری بیماران ارجاعی صورت گرفته است در حالی که مطالعات بسیار اندکی در رابطه با پاسخگویی، دسترسی و میزان پوشش خدمات این برنامه انجام گرفته است. همین طور در رابطه با تأثیر برنامه بر شاخص‌های سلامت، مطالعه کمی صورت گرفته است. بنابراین پیشنهاد می‌شود محققین

References

1. Tavasoli E, Alidousti M, KHadivari R, Sharifirad G, Hasanzadeh A. Relationship between knowledge and attitudes of rural people with information resources about family physician program in shahrekord. *J Health Syst Res* 2010; 6(3): 498-505. [In Persian].
2. Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: The mutual satisfaction of physicians and health care team members. *Razi Journal of Medical Sciences* 2012; 18(92): 23-30. [In Persian].
3. Alidosti M, Tavassoli E, Khadivi R, Sharifirad Gh. A survey on Knowledge and attitudes of Rural Population towards the Family Physician Program in Shahrekord city. *Health Inf Manage* 2010; 7(4): 625-36. [In Persian].
4. Chaman R, Amiri M, Raei M, Alinejad M, Nasrollahpour Shirvani SD. National Family Physician Program in Shahroud: Assessing Quality of Implementation and Condition of Settings. *Hakim* 2011; 14(2): 123-9. [In Persian].
5. Alipour A, Habibian N, Tabatabaee SR. Evaluation the Impact of Family Physician Care Program on Family Planning in Sari from 2003 to 2007. *Iran J Epidemiol* 2009; 5(1): 52-9. [In Persian].
6. Janati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. *Knowledge & Health Journal* 2010; 4(4): 39-44. [In Persian].
7. Karimi I, Salarian A, Anbari Z. A comparative study on equity in access to health services in developed countries and designing a model for Iran. *J Arak Univ Med Sci* 2010; 12(4): 92-104. [In Persian].
8. Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring Performance of Family Physicians in Yazd. *Toloo Behdasht* 2009; 8(1-2): 16-25. [In Persian].
9. Jolaei H, Alizadeh M, Falah Zadeh M, Baseri A, Sayyadi M. Assessment of clinical skills province of Family Physicians clinical test based on the observed (OSCE) *Journal of Medical Education Development Center. Strides Dev Med Educ* 2010; 7(2): 92-8.
10. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarín-Rúa MI, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract* 2006; 23(3): 308-16.
11. De Maeseneer JM, De PL, Gosset C, Heyerick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Ann Fam Med* 2003; 1(3): 144-8.
12. Gholizadeh E, Moosa Zadeh M, Amiresmaeili M, Ahangar N. Challenges the second level referral program in family practice: a qualitative study. *J Med Counc I R Iran* 2011; 29(4): 309-21.
13. Raeissi P, Ebadi Fard Azar F, Roudbari M, Shabani Kia H. The Impact of Family Physician Program on Mother and Child Health Indices in Rural Population Auspices of Mashhad University of Medical Sciences and Health Care Services, Iran; 2009. *J Health Adm* 2011; 14(43): 27-36.
14. Gholaamzade-Nikjo R, Janati A, Portalleb A, Gholizade M. Survey of Mashhad family physicians satisfaction with family medicine programme. *Zahedan J Res Med Sci* 2012; 13(10): 39. [In Persian].

15. Tavasoli A, Raeisi M, Alidoosti M, Motlagh Z. Relationship between Knowledge of Rural People with Choice Reasons Family Physician Program in Villager Population Shahr-e-kord(2010). *J Jahrom Univ Med Sci* 2012; 10(19): 43-8. [In Persian].
16. Shiri M, Asgari H, Talebi M, Karamalian H, Rohani M, Narimani S. Educational Needs Assessment of Family (General) Physicians Working in Rural Health Centers of Esfahan Districts in Five Domains. *Iran J Med Educ* 2011; 10(5): 726-34. [In Persian].
17. Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, Shabestani Monfared A, et al. 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].
18. 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 Medical Journal* 2010; 13(1): 19-25. [In Persian].
19. Alidoosti M, Tavassoli E, Delaram M, Najimi A, Sharifirad G. The relationship between satisfaction and knowledge about family-doctor program in Shahr-e-Kord. *Zahedan J Res Med Sci* 2011; 13(6): 36-9. [In Persian].
20. Najimi A, Alidoosti M, Sharifirad G. Study of Knowledge, Attitude, and Satisfaction toward the Family Physician Program in Rural Regions of Isfahan, Iran. *J Health Syst Res* 2012; 7(6): 883-90. [In Persian].
21. Shariati M, Moghimi D, Rahbar M, Kazemein H, Mirmohammadkhani M, Emamian M. Family physician in the health plan in 1404 Islamic Republic of Iran. Tehran, Iran: National Institutes of Health Research; 2011. [In Persian].
22. Farzadi F, Mohammad K, Maftoon F, Labbaf Ghasemi R, Tabibzade Dezfoli N. General practitioner supply: family physician program and medical workforce. *Payesh* 2009; 8(4): 415-21. [In Persian].
23. Mohaghegh MA, Nasrollahpour Shirvani S, Ashrafian Amiri H, Kabir M, Shabestani Monfared A, Nahvi Juy, et al. Familiarity of rural people engaged in rural assurance towards principles, facilities, and conditions of rural assurance in family physician (FP) program in northern provinces of Iran – 2008. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2010; 2(2-3): 33-8. [In Persian].
24. Kavari SH, Keshtkaran A. Evaluation of physicians and paramedical doctor's viewpoints on the family physician as a lost link in the medical system of Iran. *Middle East Journal of Family Medicine* 2004; 4(4). [In Persian].
25. Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Nahvijui A. Satisfaction of Family Physicians (FPs) about Effective Factors on Activation of FP Program in Medical Universities. *J Guilan Univ Med Sci* 2010; 19(76): 48-55. [In Persian].
26. Khayyati F, Esmaeil Motlagh M, Kabir MJ, Kazemeini H, Gharibi F, Jafari N. The Role of Family Physician in Case Finding, Referral, and Insurance Coverage in the Rural Areas. *Iranian J Publ Health*, 2011; 40(3): 136-9. [In Persian].
27. Masoudi Asl I. Perspective of the Family Practice Physicians Committee contracted Imam Khomeini (RA). *Journal of Social Medicine* 2003; 3(14): 10-4. [In Persian].
28. Brinkerhoff DW. Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy Plan* 2004; 19(6): 371-9.
29. KHosravi S, Amiresmaeili M, Yazdi Feyzabadi V. Performance evaluation and insurance plans of rural family physicians: case study of kerman medical sciences university. *Proceedings of the Role of Family Physicians in Health Systems Congress*; 2012 Jun 13-14; Mashhad, Iran; 2012..
30. Motlagh M, Nasrollahpour Shirvani S, Ashrafian Amiri H, Kabir M, Shabestani Mounfared A, et al. Satisfaction of health teams about the function of family physician in medical universities of Northern provinces, Iran. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2011; 9(3): 180-7. [In Persian].
31. Halimi I, Azizi T. Survey of Family Physicians and the influencing factors in host family physicians in health centers in Hamadan in 2010. *Proceedings of the 6th Congress of Iran Epidemiology*; 2010 Jul 13-15; Tehran, Iran; 2010. p. 211. [In Persian].
32. Asgari H, Kheirmand M, Rohani M, Sadoughi S, Malekpour Z. Satisfaction of physicians and midwives participating in the rural family physician and insurance scheme with the plan in Isfahan province, 2010. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2012; 10(2): 11-20. [In Persian].
33. Taheri M, Amani A, Zahiri R, Mohammadi M. Patient satisfaction with Urban and Rural Insurance and Family Physician Program in Iran. *Journal of Family and Reproductive Health* 2011; 5(1): 11-8. [In Persian].
34. Tavasoli A, Alidoosti M, KHadivari R, Sharifirad G. Factors influencing family physician coverage and its relationship with knowledge and attitude of the rural population of shahr e kord city. *Proceedings of the 6th Congress of Epidemiology of Iran*; 2010 Jul 13-15; Shahroud, Iran; 2010. p. 209. [In Persian].

35. Karimi M, Mirzaei M, Rahim Z. Educational needs of family physicians in Yazd province. Yazd University of Medical Sciences Education Development Center 2011; 6(1): 39-46. [In Persian].
36. Managheb SE, Jaafarian J, Firouzi H. The effect of communication skills training based on Calgary-Cambridge guideline on knowledge, attitude and practice of family physician of Jahrom University of medical sciences 2007. J Jahrom Univ Med Sci 2008; 6(6): 74-84. [In Persian].
37. Manca DP, Varnhagen S, Brett-MacLean P, Allan GM, Szafran O, Ausford A, et al. Rewards and challenges of family practice: Web-based survey using the Delphi method. Can Fam Physician 2007; 53(2): 278-86, 277.
38. Simoens S, Scott A, Sibbald B. Job satisfaction, work-related stress and intentions to quit of Scottish GPS. Scott Med J 2002; 47(4): 80-6.
39. Landon BE, Aseltine R, Jr., Shaul JA, Miller Y, Auerbach BA, Cleary PD. Evolving dissatisfaction among primary care physicians. Am J Manag Care 2002; 8(10): 890-901.



Overview of the Performance of Rural Family Physician in Iran*

Alireza Jabari¹; Gholamreza Sharifirad²; Azad Shokri³; Najmeh Bahmanziari³;
Ayan Kordi³

Review Article

Abstract

The ultimate goal of the health care system of any country is to promote public health. Reforming programs were required because of failure to respond to the needs and expectations of health in recent decades. Rural family physician was a part of these reforms of the health system, which was implemented in 2006. The aim of this study was to evaluate the performance of the rural family physician program since it was started. This review was done by searching in Google, Google scholar, SID, Magiran, Iran-doc with the following keywords: Family physician, rural family physician, family medicine, rural family medicine. 32 related articles were extracted and analyzed. The objectives of family physician program were classified in several sub-goals series including referral system, accountability, access, cost, coverage, priority-based health services, formation of health record, control the quality of services, satisfaction and attitudes of health team staff and service recipients and the family physician performance in achieving this goals. Generally, after a few years of implementation, the program has performed relatively well but the referral system and presenting feedback from specialists, patients follow-up and completing health record was not implemented properly. Access was improved and unnecessary costs were reduced although good holistic health insight has not institutionalized yet.

Keywords: Physicians, Family, Health Care Reforms, Iran

Received: 5 Jan, 2013

Accepted: 12 Feb, 2013

Citation: Jabari A, Sharifirad Gh, Shokri A, Bahmanziari N, Kordi A. **Overview of the Performance of Rural Family Physician in Iran.** Health Information Management 2013; 9(7): 1145.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

* This article was an independent research with no financial aid.

1- Assistant Professor, Health Care Management, Health Management and Economic Research Center, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Professor, Health Education, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- MSc Student, Student Research Committee, Health Care Management, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: ayan.kordi@gmail.com