

تصویر سلامت

دوره ۵ شماره ۱ سال ۱۳۹۳ صفحه ۸ - ۱

ارزیابی میزان انطباق برنامه پزشک خانواده ایران با ابعاد سیاست‌گذاری از دیدگاه متخصصین نظام سلامت

محمد رضا نریمانی^{۱*}، علی جنتی^۲، رضا قلی وحیدی^۳، لادن مردانی^۴

چکیده

زمینه و اهداف: برنامه پزشک خانواده یکی از مهم‌ترین اهداف برنامه چهارم توسعه در حوزه سلامت کشور بوده که بر اساس سیاست‌های بهداشتی کشور تدوین گردیده است. بنابراین تعیین میزان انطباق آن با سیاست‌های تعیین شده، تصویری شفاف، از چگونگی فعالیت‌ها را به سیاست‌گذاران برای تصمیم‌گیری در جهت تقویت و یا اصلاح و ادامه برنامه ارائه می‌دهد. این مطالعه با هدف بررسی میزان انطباق برنامه پزشک خانواده با ابعاد سیاست‌گذاری از دیدگاه متخصصین نظام سلامت طراحی گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی از نوع اکتشافی مقطعی است؛ جامعه آماری آن را متخصصین درگیر برنامه پزشک خانواده در شهر تبریز تشکیل میدادند و حجم نمونه به صورت تمام شماری بوده و برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته بود، استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از نمودار، درصد فراوانی و میانگین و در سطح آمار استنباطی از آزمون تی با یک نمونه استفاده گردید.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که برنامه پزشک خانواده بیشترین انطباق را با ابعاد اثربخشی، تناسب و تأثیرگذاری سیاست‌گذاری در نظام سلامت داشته ولی با ابعاد کارایی، کفایت و پایش سیاست‌گذاری در نظام سلامت کمترین انطباق را دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های مطالعه برنامه پزشک خانواده بیشترین انطباق را با ابعاد اثربخشی، تناسب و تأثیرگذاری سیاست‌گذاری در نظام سلامت داشته ولی با ابعاد کارایی، کفایت و پایش سیاست‌گذاری در نظام سلامت کمترین انطباق را دارد. بنابراین بررسی علل و عوامل مؤثر در انطباق اندک برنامه پزشک خانواده با این ابعاد توجه بیشتری است.

کلیدواژه‌ها: پزشک خانواده، سیاست‌گذاری، متخصصین سلامت

۱. کارشناس ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز - ایران

(Email: M.narimani2006@gmail.com)

۲. استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز - ایران

۳. دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز - ایران

۴. کارشناس، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز - ایران

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت برخوردار از بالاترین استاندارد تندرستی را یکی از حقوق اساسی هر انسان دانسته که همه انسان ها بدون تبعیض نژادی، مذهبی، باور سیاسی، اقتصادی، یا اجتماعی باید از آن برخوردار شوند. مسئولیت تندرستی مردم هم بر عهده دولت است که با اتخاذ سیاست ها تدابیر بهداشتی درست برآورده می شود (۱).

سیاستگذاری در بخش سلامت به معنای تعیین خط مشی و جهت گیری کلان نظام سلامت با تأکید بیشتر روی مراقبت اولیه و پیشگیری است (۲) که توجه به این، باعث کاهش بار بیماری‌زایی و هزینه مراقبت سلامت به خصوص در دراز مدت می شود (۳). برای تحقق این امر و اتخاذ سیاست های بهینه در راستای نیل به اهداف تندرستی و کارایی سیستم های مراقبت سلامت، بیشتر کشورها بعد از ارزیابی خدمات مراقبت‌های اولیه، اجرای طرح پزشک خانواده را پیشنهاد کردند (۴).

در ایران نیز به دلیل وجود مشکلات عدیده بهداشتی و شیوع بیماری های عفونی، قلبی و عروقی و لزوم اثربخش تر و کارا تر کردن خانه های بهداشت با استفاده از پزشکان خانواده و اشتغال پزشکان عمومی بیکار که تعداد آن ها به بیش از ۱۰۰۰۰ نفر می رسد (۵)؛ برنامه پزشک خانواده از اواسط سال ۱۳۸۴ به منظور ایجاد سیستم ارجاع در کشور و جلوگیری از مراجعه مردم به پزشکان متعدد، سازماندهی و ارتقای بیمه درمان روستاییان و صدور دفترچه برای آن‌ها، در برنامه چهارم توسعه در دستور کار دولت قرار گرفته (۶) و اجرای آن به منظور افزایش دسترسی و بهره مندی عادلانه آحاد مردم به مقوله سلامت به عنوان یکی از برنامه های اصلاحی در نظام سلامت ایران تأکید گردید (۷).

چندین سال از اجرای برنامه پزشک خانواده در ایران می گذرد و هرچند که افزایش پاسخگویی و افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت و کاهش هزینه های غیر ضروری در بازار سلامت از جمله اهداف طرح پزشک خانواده بوده (۸)، ولی در مطالعات محدودی که در زمینه اثربخشی برنامه پزشک خانواده در کشور انجام گرفته، نه تنها در رابطه با انطباق این برنامه با ابعاد سیاستگذاری سخنی به میان نیامده، بلکه نقاط ضعف مهمی را که در اجرای این برنامه از دیدگاه ذینفعان مطرح شده را گزارش شده است، که مهم ترین آن‌ها "ناقص بودن نظام ارجاع و عدم ارایه بازخورد مناسب توسط پزشک متخصص به پزشک خانواده"، "عدم پیش بینی واقع بینانه امکانات و توانایی پزشک خانواده و حجم بالای کاری" و "ناکافی بودن دریافتی پزشکان" می باشد (۶).

از آنجایی که ارزیابی و تعیین میزان انطباق برنامه با مسیر تعیین شده و نمایاندن نقاط ضعف و قوت آن می‌تواند تصویری شفاف‌تر، از چگونگی فعالیت‌ها را به مدیران و

مجریان ارائه نماید تا آن‌ها بتوانند آگاهانه تصمیمات لازم را در جهت تقویت و یا اصلاح و ادامه برنامه بگیرند و از طرفی در برنامه های اصلاحی بخش سلامت، مقوله ارزیابی سلامت در چهار چوب استراتژیک سیاست‌گذاری در نظام سلامت از اهمیت خاصی برخوردار است و برای ارزیابی آن؛ معیارهای زیادی از جمله اثربخشی (Effectiveness)، کارایی (Efficiency)، تأثیرگذاری (Impact)، کفایت یا شایستگی (Adequacy)، تناسب یا ارتباط (Relevance) و پایش و پیشرفت (Review progress) مورد توجه قرار می گیرد؛ لذا این مطالعه با هدف بررسی میزان انطباق برنامه پزشک خانواده با ابعاد سیاستگذاری در نظام سلامت از دیدگاه متخصصین مربوطه در تبریز انجام گرفت، تا شاید با تعیین عوامل مؤثر بر این سیاستگذاری‌ها گام مثبتی در جهت ارتقای برنامه برداشت و اثربخشی، کارایی، تأثیرگذاری، کفایت یا شایستگی، تناسب یا ارتباط و پیشرفت برنامه را تضمین نموده و مشکلات موجود در برنامه پزشک خانواده را کمرنگ تر نمود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع اکتشافی مقطعی است که در شهر تبریز انجام گرفته؛ جامعه آماری آن را کلیه افراد مطلع و متخصص در سیستم سلامت شامل کلیه اعضای هیئت علمی گروه های آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، بهداشت عمومی و ارتقاء سلامت، پزشکی اجتماعی، مامایی و افراد شاغل در حوزه پزشک خانواده مرکز بهداشت استان، مسئولین مدیریتی مراکز بهداشت استان همچنین کارکنان سازمان های بیمه و رفاه تشکیل می دادند. با توجه به اینکه هدف تعیین دیدگاه متخصصین سلامت در رابطه با انطباق برنامه پزشک خانواده با استانداردهای سیاستگذاری در استان آذربایجان شرقی است، برای نیل به این هدف با توجه به تعداد کم جامعه آماری حجم نمونه به صورت تمام شماری صورت گرفت.

جمع آوری داده ها بوسیله یک پرسشنامه محقق ساخته ای صورت گرفت که دارای ۳۸ سؤال بود که از لحاظ محتوایی با ۶ بعد سیاستگذاری (کارایی، اثربخشی، کفایت یا شایستگی، تناسب یا ارتباط، میزان تأثیر گذاری و میزان پیشرفت) مرتبط بود و از کتاب "Health Program Evaluation" (1981) استخراج و طراحی شده بود. این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت تنظیم شده است و هر یک از گویه ها از لحاظ ارزش اندازه‌گیری دارای فواصل مساوی بودند. پاسخ‌دهندگان برای اعلام میزان موافقت خود با هریک از گویه ها، از عبارت (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم) استفاده می کردند و بعد از ارزش گذاری هر کدام از گزینه ها (به گزینه خیلی زیاد نمره ۵، به گزینه زیاد نمره ۴ و به گزینه متوسط نمره ۳،

بررسی قرار گرفت و بعد شاخص روایی محتوا (CVI) تک تک سؤالات در هر سه زمینه مرتبط بودن، وضوح و سادگی محاسبه و میانگین شاخص های روایی محتوای سؤالات بالاتر از ۰/۷۹ بود و دیگر نیازی به حذف سوال نبود. همچنین برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده گردیده و برای این منظور پرسشنامه در دو نوبت به فاصله ده روز به یک نمونه تصادفی ۱۵ نفره داده شد؛ سپس با استفاده از شاخص ضریب همبستگی، اعتبار پایایی پرسشنامه محاسبه شد. (ضریب همبستگی = ۰/۸۴). پس از تکمیل پرسشنامه، ابتدا پرسشنامه کدگذاری شده و اطلاعات مربوط به پرسشنامه در نرم افزار SPSS وارد و بعد این نمرات و امتیازات با استفاده از فرمول ذیل به نمرات نرمال تبدیل گردید تا به راحتی قابل تفسیر و تجزیه و تحلیل باشد.

$$NS = \frac{X - \text{Min}}{\text{Max} - \text{Min}} \times 100$$

NS = امتیاز نرمال هر کدام از گویه ها
 X = امتیاز تعلق گرفته به هر کدام از گویه ها توسط متخصصین
 Min = حداکثر امتیاز که هر کدام از گویه ها در پرسشنامه می تواند برای خود در بر داشته باشد
 Max = حداکثر امتیازی که هر کدام از گویه ها در پرسشنامه می تواند برای خود در بر داشته باشد.
 ۱۰۰ = ضریب فرمول نرمال کردن.

بدین ترتیب، امتیازات به دست آمده به نمرات نرمال تبدیل گردید و اساس تجزیه تحلیل های بعدی را تشکیل داد. برای طبقه بندی سطوح امتیازات در هر کدام از ابعاد سیاست گذاری از دیدگاه متخصصین، امتیازات به دست آمده بر اساس مقیاس نمرات ۹ بخشی نیتکو (۱۹۸۳) طبقه بندی گردید (۱۰۰-۹۶/۵۱ بسیار عالی، ۹۶/۵۱-۸۹/۵۱ عالی، ۸۹/۵۰-۷۷/۵۱ خیلی خوب، ۷۷/۵۰-۶۰/۵۱ خوب، ۶۰/۵۰-۴۰/۵۱ متوسط، ۴۰/۵۱-۲۳/۵۱ نسبتاً ضعیف، ۲۳/۵۰-۱۱/۵۱ ضعیف، ۱۱/۵۰-۴/۵۱ خیلی ضعیف و ۴/۵۰-۱ بیش از حد ضعیف) (۹).

با توجه به اینکه میانگین جامعه در این مورد در دسترس نبوده و برآورد یک نقطه ساده از جامعه ممکن نبود، از آمار مربوط به نمونه استفاده شده و برآورد فاصله ای (Confidence Interval) با احتمال ۹۵ درصد محاسبه گردید که دارای حد بالا و حد پایین (حدود اطمینان Confidence Limits) همراه با یک احتمال می باشد و این حدود به عنوان میانگین نرم میزان انطباق برنامه پزشک خانواده با ابعاد سیاست گذاری در جامعه فرض گردیده و میانگین نمونه با آن مقایسه گردید.

برای تجزیه و تحلیل داده ها در سطح آمار توصیفی از نمودار، درصد فراوانی و میانگین و در سطح آمار استنباطی از آزمون تی با یک نمونه برای ایجاد یک فاصله اطمینان حول

به گزینه کم نمره ۲ و به گزینه خیلی کم نمره یک و موارد بی جواب نمره صفر)، حاصل جمع عددی این ارزش ها نمره دیدگاه متخصصان سلامت را در رابطه با ابعاد سیاست گذاری پزشک خانواده نشان می داد. بدین ترتیب اطلاعات مربوط به انطباق برنامه پزشک خانواده با ابعاد سیاست گذاری از دیدگاه متخصصان نظام سلامت جمع آوری گردید. در زمان جمع آوری اطلاعات از تعداد ۵۴ نفر نمونه انتخاب شده، تعداد ۶ نفر از متخصصان علاقه ای برای شرکت در مطالعه نشان ندادند (۱۱/۱۱٪). بنابراین اطلاعاتی از آن ها اخذ نگردید و چون نمونه ها به صورت تمام شماری انتخاب شده بودند، لذا فرد دیگری برای جایگزینی نیز مقدور نبود و در نهایت ۴۸ پرسشنامه تکمیل شد.

برای تعیین روایی محتوایی در خصوص این که گزینه های روش تا چه میزانی معرف محتوا یا از حوزه محتوایی میزان انطباق برنامه پزشک خانواده ایران با ابعاد سیاست گذاری است، از دو روش کیفی و کمی استفاده گردید. بدین ترتیب محققین از تعداد ۸ نفر از متخصصان در رشته های مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، پزشکی، مامایی، پزشکی اجتماعی، داروسازی و پرستاری درخواست کردند تا پس از بررسی کیفی پرسشنامه بر اساس معیارهای رعایت دستور زبان، استفاده از واژه های مناسب، ضرورت، اهمیت، قرار گیری عبارات در جای مناسب خود و امتیاز دهی مناسب بازخورد لازم را ارائه دهند و سپس با توجه به نظریه های اصلاحی، اصلاحات لازم در محتوا و ساختار روش انجام گردید و سپس بررسی نهایی روایی محتوا به شکل کمی از دو شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد. ابتدا برای تعیین شاخص نسبت روایی محتوا از ۸ نفر از متخصصان مرتبط با برنامه پزشک خانواده درخواست شد تا هر سؤال را بر اساس طیف ۳ قسمتی (ضروری، مفید است ولی ضروری نیست، ضرورتی ندارد) بررسی نمایند و بعد از بررسی متخصصان براساس جدول لاوشه سؤالاتی که میزان عددی (CVR) آن ها از ۰/۸۵ (براساس ارزیابی ۸ نفر متخصص) بالاتر بود؛ حفظ گردیدند.

سپس بررسی (CVI)، بر اساس شاخص روایی محتوایی والتس و باسل اجرا گردید. بدین منظور، پژوهشگران، پرسشنامه طراحی شده را در اختیار همین متخصصان قرار دادند و از ایشان درخواست کردند تا بر اساس شاخص روایی محتوای والتس و باسل میزان مرتبط بودن هر آیت (Relevance)، وضوح و شفافیت هر آیت (Clarity) و سادگی بیان هر آیت (Simplicity) هریک از شاخص های موجود در تک تک سؤالات پرسشنامه را تعیین نمایند.

بدین ترتیب سه معیار، ساده بودن، مربوط بودن و واضح بودن به صورت مجزا در یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی برای هر یک از آیت ها توسط ۸ نفر از متخصصان مربوطه مورد

همچنین یافته‌ها نشان داد که معنی دار بودن بعد اثربخشی به ترتیب در ارتباط با بهبود شاخص‌های «ارتقاء سلامت»، «دسترسی جمعیت تحت پوشش»، «خدمات پیشگیری»، «خدمات درمانی و امید به زندگی»، «کاهش هزینه‌های Out Of Pocket»، «مرگ و میر نوزادان»، «بار بیماری‌زایی»، «سیستم ارجاع»، «اشتغال پزشکان و پیراپزشکان» و «مصرف دارو» می‌باشد (نمودار ۱).

معنی دار بودن بعد تناسب برنامه پزشک خانواده نیز با ابعاد سیاست‌گذاری به ترتیب در ارتباط با «جمعیت تحت پوشش»، «بهبود سلامت جمعیت تحت پوشش»، «پاسخگویی به نیازهای اساسی جامعه»، «انطباق با سیاست‌های اجتماعی و اقتصادی»، «طراحی سیاست‌گذاری در راستای بهبود مراجعات مجدد و غیر ضروری بیماران به سطوح بالاتر» و «طراحی در راستای بهبود میزان معلولیت» می‌باشد (نمودار ۲).

نهایتاً این مطالعه نشان داد که معنی دار بودن بعد تأثیرگذاری در ارتباط با «شاخص جلوگیری از تجویز بی‌رویه دارو و تست‌های تشخیصی» بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

برنامه پزشک خانواده مناسب‌ترین استراتژی برای اجرای برنامه بیمه روستایی در قالب نظام ارجاع بوده و یک برنامه اصلاحی برای دسترسی اقشار آسیب‌پذیر در اولین سطح تماس از مراقبت‌های بهداشتی است و به عنوان یک فرایند سیاسی مسئولیت‌حمایت از سیاست‌های نظام سلامت را در جهت ارتقاء سلامت بیماران به عهده دارد. بنابر این هر قدر با ابعاد سیاست‌گذاری نظام سلامت همخوانی داشته باشد باعث تسهیل در دستیابی به نتیجه مطلوب برای تشخیص و درمان بیماری‌ها خواهد بود.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر؛ اثربخشی برنامه پزشک خانواده را بیشتر در انطباق با بهبود شاخص‌های ارتقاء سلامت، دسترسی جمعیت تحت پوشش، خدمات پیشگیری، کاهش هزینه‌های Out Of Pocket، سیستم ارجاع و ... گزارش نموده است.

یکی از اهداف اصلاحات در نظام سلامت ارتقای شاخص‌های سلامت افراد جامعه می‌باشد. روند هشت شاخص بهداشت مادر و کودک از سال ۸۰ تا ۸۶ نشان داده که اجرای برنامه پزشک خانواده تأثیر مثبتی بر این شاخص‌ها از جمله درصد مرده‌زایی، درصد متولدین 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 میر کودکان کمتر از پنج سال بر اثر اسهال و استفراغ داشته (۱۰) که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد، اما در همین مطالعه میزان مرگ و میر مادران بر اثر عوارض بارداری و زایمان در ۱۰۰ هزار تولد

میانگین نمونه که یک برآورد نقطه‌ای (point estimate) از میانگین نامعلوم جامعه است، استفاده گردید تا محدوده‌ای از مقادیر را که احتمالاً میانگین واقعی جامعه در آن واقع شده است، مشخص گردد. در این مطالعه داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS19 و Minitab16 مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌ها حاکی از این است که ۶۸ درصد از شرکت‌کنندگان در مطالعه مذکور بودند. اکثریت (۹۵/۸٪) در بازه سنی ۴۰-۵۰ با میانگین سنی $41/79 \pm 4/77$ قرار داشتند. سابقه خدمت اکثر متخصصان (۵۳/۹ درصد) در بازه ۲۰-۱۰ سال قرار داشت و رشته تحصیلی ۵۵/۸ درصد پزشکی، ۱۱/۵ درصد رشته مامایی، ۱۳/۵ درصد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، ۱۳/۵ درصد پزشکی اجتماعی و ۳/۸ درصد رشته داروسازی بود.

یافته‌ها با استفاده از آزمون تی تک نمونه‌ای، نشان داد که اولاً میانگین واقعی جامعه ۵۰ نبوده و با احتمال ۹۵٪ فاصله اطمینان جامعه در ابعاد اثربخشی، تأثیرگذاری و تناسب به ترتیب برابر با (۶۸/۸۸، ۷۴/۷۹، ۶۸/۷۹)، (۵۶/۶۸، ۲۹/۷۹) و (۶۹/۰۳، ۶۳/۵۳) بوده که با احتمال ۹۵٪ میانگین واقعی جامعه را شامل می‌شود. ثانیاً کوچک بودن مقدار Pvalue (۰/۰۰۱) از مقدار $P = 0/05$ در ابعاد اثربخشی، تأثیرگذاری و تناسب نیز نشان می‌دهد که بین میانگین میزان انطباق برنامه پزشک خانواده با ابعاد اثربخشی، تأثیرگذاری و تناسب سیاست‌گذاری در نظام سلامت از دیدگاه متخصصین مربوطه در جامعه و نمونه تفاوت وجود دارد. ولی بین میانگین میزان انطباق برنامه پزشک خانواده با ابعاد کارایی، کفایت یا شایستگی و پیشرفت برنامه سیاست‌گذاری در نظام سلامت از دیدگاه متخصصین مربوطه در جامعه و نمونه تفاوت وجود ندارد ($p \geq 0/05$). همچنین با استناد به طبقه بندی نمرات معیار از دیدگاه نیتکو (۱۹۸۳)، میزان انطباق کل برنامه پزشک خانواده با ابعاد سیاست‌گذاری «متوسط و قابل قبولی» بوده و در ابعاد اثربخشی، تأثیرگذاری و تناسب یا ارتباط «خوب» و در ابعاد کارایی، کفایت و پیشرفت متوسط» بوده است (جدول ۱).

یافته‌های مربوط به میزان انطباق برنامه پزشک خانواده با ابعاد سیاست‌گذاری نشان داد که ۱۱/۴۲٪ از متخصصان نظام سلامت معتقد بودند که برنامه پزشک خانواده کاملاً با ابعاد سیاست‌گذاری انطباق دارد، ۴۲/۳۲٪ معتقد بودند که زیاد انطباق دارد، ۲۹/۱۲٪ تا حدی و ۱۲/۵۷٪ معتقد بودند که خیلی کم انطباق دارد. در بین متخصصان ۴/۵۷٪ اعتقاد داشتند که اصلاً برنامه پزشک خانواده با ابعاد سیاست‌گذاری در نظام سلامت انطباق ندارد.

در برنامه پزشک خانواده، مسئولیت پیگیری بیماران و ارجاعات به سطح ۲ بر عهده پزشک خانواده می باشد و در موارد نادر وضعیت ارجاع بیماران از طریق ارتباط تلفنی پیگیری می شود (۱۳ و ۱۵-۱۷) که این امر با نتایج مطالعه همسو بوده ولی با مطالعه خیاطی و همکاران (۲۰۱۱) که گزارش نموده اند این طرح در پیگیری عاقبت بیماران موفق نبوده (۱۲)، همخوانی ندارد و ممکن است دلیل این عدم همسویی مشکلات مربوط به روستانشین بودن این بیماران و ناکافی بودن امکانات پیگیری در مناطق مجری طرح پزشک خانواده دانست.

یافته های مطالعه حاضر؛ تناسب و ارتباط برنامه پزشک خانواده را بیشتر در انطباق با بهبود سلامت جمعیت تحت پوشش، " پاسخگویی به نیازهای اساسی جامعه" و ... گزارش نموده است.

یکی از هدف های برنامه پزشک خانواده بهبود سلامت جمعیت تحت پوشش با افزایش کیفیت خدمات ارائه شده و کنترل کیفیت است. متعلق و همکاران (۱۳۹۰) نیز گزارش نموده اند؛ اجرای طرح ملی پزشک خانواده و بیمه روستایی، از نظر دندانپزشکان، کارشناسان، کاردانان بهداشتی و بهورزان به ترتیب ۹۰٪ و ۸۶/۶٪ تأثیر خوبی در کمیت و کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی و توجه به رفع نیازهای واقعی مردم داشته است (۱۸)، که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

پاسخگویی فرایندی است که ضمن آن همه اعضای سازمان باید در برابر اختیارات و وظایف محوله جوابگو باشند و نشانگر شوق و اراده ای است که در راستای وادار ساختن سازمان ها و گروه ها (رسمی یا غیر رسمی) به پاسخگویی و مسئولیت پذیری در قبال وظایفی که بر عهده دارند ناشی می شود. در واقع عنصر اصلی در پیاده سازی اصلاحات نظام سلامت و بهبود عملکرد سیستم است که هدف از آن اطمینان از انطباق ارائه خدمات با استانداردها است (۱۹). تنها مطالعه ای که در این زمینه صورت گرفته، پاسخگویی پزشک خانواده را در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی سطح اول تا حدودی موفق دانسته بود (۱۴) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

یافته های این مطالعه حاکی از بیشترین انطباق برنامه پزشک خانواده در بعد تأثیر گذاری در ارتباط با جلوگیری از تجویز بی رویه تست های تشخیصی است. همچنان که مطالعه ای میزان کم نارضایتی روستائیان از برنامه پزشک خانواده را به دلیل عدم اقدام پزشک خانواده در تجویز بی رویه دارو و اقدامات تشخیصی به روستائیان گزارش نموده (۲۰) که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد.

یافته های این مطالعه حاکی از وجود کمترین انطباق را دارد. برنامه پزشک خانواده در ابعاد کارایی، کفایت یا شایستگی پیشرفت برنامه است. در این مورد می توان چنین

زنده گزارش شده (۱۰) که با یافته های مطالعه همسو نبوده و احتمالاً دلیل این امر عدم انجام صحیح مراقبت ها در هر یک از مراحل پیش، حین بارداری و پس از زایمان با توجه به نیازهای هر دوره از انجام مراقبت ها می باشد که باید بر اساس مراحل مصاحبه، شرح حال، تشکیل پرونده، درخواست آزمایشات، تجویز مکمل ها، ارجاع مادران نیازمند مراقبت ویژه به پزشک، پزشک متخصص یا مراکز انجام مشاوره ژنتیک، پیگیری و ثبت نتایج آزمایشات و مشاوره های لازم توسط پزشک خانواده باشد.

همچنین بررسی تأثیر اجرای برنامه پزشک خانواده از سال ۸۲ تا ۸۶ نشان داده که روند استفاده از اکثر روش های مطمئن پیشگیری از بارداری از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ در شهرستان ساری روبه رشد بوده و توفیقات نسبی حاصل شده است (۱۱).

در ارتباط با دسترسی؛ یکی از وظایف نظام بهداشتی درمانی تأمین دسترسی سهل و سریع جامعه به خدمات می باشد. 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 پزشکان و ماماها و پوشش بیمه ای در مراکز بهداشتی درمانی روستایی داشته است (۱۲).

همچنین پایه و اساس برنامه پزشک خانواده بر سلامت نگر بودن و خدمات پیشگیری است و اولویت سلامت نگری و پیشگیری بر درمان را بازگو می نماید. که مطالعه حاضر آن را تأیید می نماید. در حالی که ۴۵٪ پزشکان شهرستان یاسوج اظهار داشتند، در این طرح به مراقبت های بهداشتی اولیه اولویت داده نمی شود (۱۳) که با نتایج مطالعه ما همخوانی ندارد. در این مورد می توان چنین تحلیل نمود که سازمان جهانی بهداشت پزشک خانواده را مسئول هماهنگی و هدایت تیم ارائه دهنده خدمات سلامت (اعم از خدمات بهداشتی و درمانی) در منطقه تحت پوشش خود می داند و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی به عهده پزشک و تیم سلامت است. بدون آرایه مراقبت های اولیه بهداشتی نمی توان از اصطلاح پزشک خانواده برای ارائه صرف خدمات درمانی استفاده کرد. بنابراین شاید دلیل عدم اولویت قرار گرفتن مراقبت های بهداشتی اولیه در مطالعه مزبور را ضعف پرسنل تیم پزشک خانواده دانست که نیاز به مطالعه و شواهد کافی از سوی محققین دارد.

از نکات مورد توجه دیگر در برنامه، جلوگیری از هزینه های سنگین و غیر ضروری و رفع آن ها با درمان در سطوح اولیه بیماری می باشد که همانند مطالعه حاضر برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در کرمان و یاسوج تا حدودی مراجعات غیر ضروری به سطح بالاتر را کاهش داده که باعث کاهش هزینه های سنگین سطح دوم شده است (۱۴).

پژوهشی به منظور پاسخ به چرایی وضعیت موجود و چگونگی آن پیشنهاد می گردد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه که تصویب و حمایت مالی این طرح را عهده دار شده اند، تمامی متخصصان و صاحب نظران نظام سلامت در معاونت ها و گروه های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و همه ی کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کرده اند؛ صمیمانه سپاس گزاریم.

سهم علمی نویسندگان: کلیه نویسندگان در طراحی مطالعه و ایده، جمع آوری، تجربه تحلیل داده ها و نگارش مقاله دست داشته اند.

تعارض منافع: هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

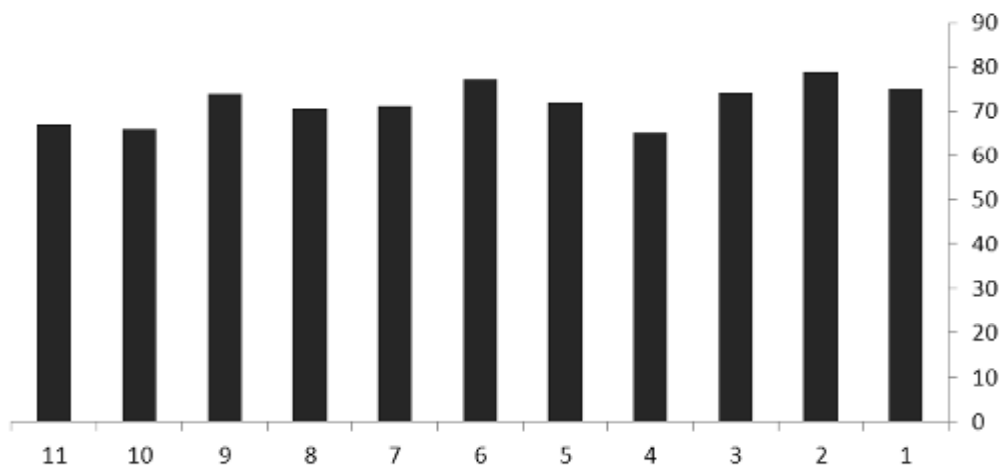
تحلیل کرد که شاید اقتصادی عمل نمودن در اجرای برنامه و ارائه خدمات، توجه ناکافی به فعالیت های از پیش تعیین شده در برنامه و کنترل و ارزیابی ناقص اهداف تعیین شده برنامه باعث انطباق کم این برنامه با ابعاد کارایی، کفایت و پایش و پیشرفت در مطالعه حاضر شده است.

در این مطالعه زمان بر بودن جمع آوری اطلاعات به علت مشغله کاری زیاد متخصصین سلامت مشکلی بود که محققین در جمع آوری اطلاعات با آن مواجه گردیدند. همچنین محدود بودن نتایج مطالعه به دیدگاه متخصصین نظام سلامت دانشگاه علوم پزشکی سبب محدودیت در تعمیم پذیری نتایج می شود. بدیهی است که اگر از پزشکان خانواده و متخصصین درگیر در این برنامه در دیگر محیط های پژوهشی نیز استفاده شود، می توان در تعمیم پذیری نتایج راحت تر اقدام نمود.

بر اساس یافته های مطالعه برنامه پزشک خانواده بیشترین انطباق را با ابعاد اثربخشی، تناسب و تأثیر گذاری سیاست گذاری در نظام سلامت داشته ولی با ابعاد کارایی، کفایت و پایش سیاست گذاری در نظام سلامت کمترین انطباق را دارد. بنابراین بررسی علل و عوامل موثر در عدم انطباق برنامه پزشک خانواده با این ابعاد از اولویت های

جدول ۱. جدول آزمون تی با یک نمونه و گزارش فاصله اطمینان ابعاد سیاستگذاری

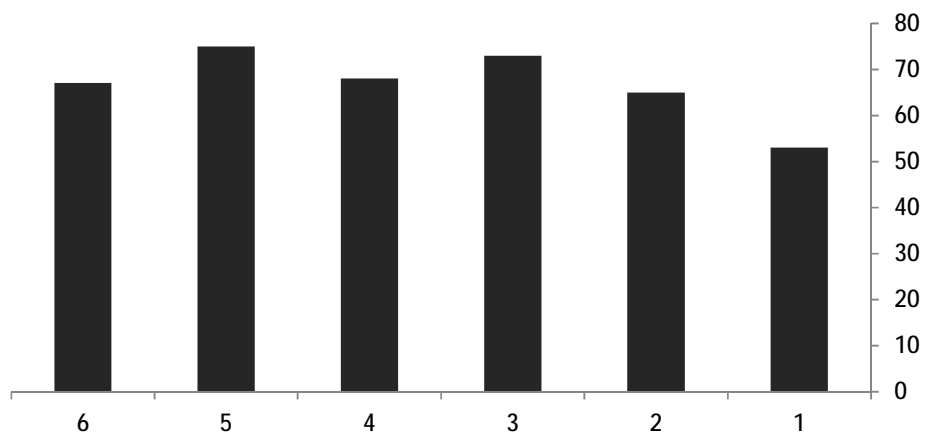
One-Sample T Test of mu = 50 vs not = 50								
نتیجه	P	T	95% CI	S.E	S.D	Mean	تعداد	ابعاد سیاستگذاری
خوب	۰/۰۰۱	۱۴/۹۲	(۶۷/۹۶ , ۷۴/۸۸)	۱/۴۷	۱۰/۱۸	۷۱/۹۲	۴۸	اثربخشی
متوسط	۰/۱۰۹	۱/۶۳	(۴۹/۲۹ , ۵۶/۸۱)	۱/۸۷	۱۲/۹۵	۵۳/۰۵	۴۸	کارایی
خوب	۰/۰۰۱	۴/۰۳	(۵۶/۲۹ , ۶۷/۷۹)	۳/۱۱	۲۱/۵۴	۶۲/۵۴	۴۸	تأثیرگذاری
متوسط	۰/۲۰۲	۱/۳۰	(۴۸/۷۵ , ۵۵/۱۷۷)	۱/۷۵	۱۲/۰۹	۵۲/۲۶	۴۸	کفایت یا شایستگی
خوب	۰/۰۰۱	۱۱/۶۵	(۶۳/۴۳ , ۶۹/۰۳)	۱/۳۹	۹/۶۵	۶۶/۲۳	۴۸	تناسب یا ارتباط
متوسط	۰/۲۹۱	۱/۰۷	(۴۸/۱۷ , ۵۵/۹۹)	۱/۹۵	۱۳/۴۸	۵۲/۰۸	۴۸	پیشرفت برنامه



نمودار ۱. دیدگاه متخصصین سلامت در رابطه با میزان انطباق برنامه پزشک خانواده با بعد اثربخشی سیاستگذاری

راهنمای نمودار:

- ۱: خدمات پیشگیری ۲: ارتقاء سلامت ۳: خدمات درمانی ۴: سیستم ارجاع ۵: کاهش هزینه های Out Of Pocket ۶: دسترسی جمعیت تحت پوشش ۷: مرگ و میر نوزادان ۸: بار بیماریزایی ۹: امید به زندگی ۱۰: اشتغال پزشکان و پیراپزشکان ۱۱: مصرف دارو



نمودار ۲. دیدگاه متخصصین سلامت در رابطه با میزان انطباق برنامه پزشک خانواده با بعد تناسب و ارتباط در سیاستگذاری

راهنمای نمودار:

- ۱: بهبود میزان معلولیت ۲: بهبود مراجعات مجدد و غیر ضروری ۳: بهبود سلامت جمعیت تحت پوشش ۴: پاسخگویی به نیازهای اساسی جامعه ۵: ارتباط با جمعیت تحت پوشش ۶: انطباق با سیاستهای اجتماعی و اقتصادی

منابع

12. Khayyati F, 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 Journal of Public Health* 2011;40(3):9-136.
۱۳. چمن . رضا، امیری، محمد، راعی. مهدی. طرح ملی پزشک خانواده و کیفیت نظام ارجاع، فصلنامه پایش، ۱۳۹۱؛ ۱۱(۶): ۷۵۸-۷۹۰
۱۴. یزدی فیض آبادی وحید، خسروی سجاد، امیر اسماعیلی محمدرضا، ارزیابی عملکرد برنامه پزشک خانواده روستایی: مطالعه موردی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، طلوع بهداشت، فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، ۱۳۹۲؛ ۱۲(۴): ۴۸-۵۹
۱۵. جنتی علی، غلام زاده نیکجو رعنا، پورطالب عارفه، قلی زاده معصومه، میزان رضایت پزشکان خانواده شهرستان مشهد از برنامه پزشک خانواده، مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان (طبیب شرق)، ۱۳۹۰؛ ۱۳(۱۰): ۳۹
۱۶. نصرالله پورشیروانی سیدداود، اشرفیان امیری حسن، مطلق محمداسماعیل، کبیر محمدجواد، ملکی محمدرضا، شبستانی منفرد علی و همکاران، ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی ایران ۱۳۸۷. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۱۳۸۸؛ ۱۱ (۶): ۴۶-۵۲
۱۷. نصرالله پورشیروانی سیدداود، رئیسی پوران مطلق، مطلق محمداسماعیل، کبیر محمدجواد، اشرفیان امیری حسن، ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی ایران، مجله پژوهشی حکیم، ۱۳۸۹؛ ۱۳(۱): ۱۹-۲۵
۱۸. مطلق محمداسماعیل، نصرالله پور شیروانی سید داود، اشرفیان امیری حسن، کبیر محمدجواد علی، شبستانی منفرد علی و همکاران، رضایت اعضای تیم سلامت از کارکرد پزشکان خانواده در دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی ایران، مجله پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۳۹۰؛ ۹(۳): ۱۸۷-۱۸۰.
19. Brinkerhoff DW. Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy and Planning*, 2004 November 1, 2004; 19(6): 371-9.
۲۰. زهرا حافظی. زهرا، عسگری . روح اله، ممیزی . مهدیه، بررسی نحوه عملکرد پزشکان خانواده در استان یزد، مجله طلوع بهداشت، فصلنامه پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، ۱۳۸۸؛ ۶(۲۱): ۱۶-۲۶
۱. شجاعی تهرانی. حسین، عبادی آذر . فرید، اصول خدمات بهداشتی، تهران : انتشارات سماط، چاپ چهارم، ۱۳۸۵.
2. Bohumil Seiferta, Igor Švabb, Tiik Madisc, Janko Kersnikb, Adam Windakd, Alena Steflavae and Svatopluk Bymaf , Perspectives of family medicine in Central and Eastern Europe, *Family Practice* ,2008, Volume 25, Issue 2 ,Pp. 113-118
3. WE Fabb, DVK Chao, CSY Chan, The family physician in the twenty-first century, *Hong Kong medical Journal* (HKMJ),1995; 1(3):230-237.
4. Gené-Badia J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Sampietro-Colom L, Catalán-Ramos A, Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output, *Family Practice*. 2007; 24(1):41-71.
۵. خیاطی . فریبا، اصول مدیریت خدمات بهداشتی، تهران : انتشارات آبیژ، ۱۳۸۳.
۶. جنتی علی، ملکی محمدرضا، قلی زاده معصومه، نریمانی محمدرضا، وکیلی سمانه، ارزیابی نقاط قوت و نقاط ضعف طرح پزشک خانواده، مجله دانش و تدرستی زمستان ۱۳۸۸؛ ۴(۴): ۳۸-۴۳.
۷. گوهری نژاد سمیه، عدم تمرکز در نظام سلامت، چکیده مقالات پنجمین همایش دانشجویان مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، تبریز، اردیبهشت ۱۳۸۶؛ ۳۲.
8. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. *Int J Qual Health Care* 2000;12(2):143-147.
۹. سیف علی اکبر، اندازه گیری، سنجش و ارزشیابی آموزشی، تهران: انتشارات دوران، ۱۳۸۹؛ ۳۶۴.
۱۰. رئیسی پوران، عبادی فرد آذر فرید، رودباری مسعود، شعبانی کیا حمیدرضا. تأثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص های بهداشتی مادر و کودک جمعیت روستایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد. فصلنامه مدیریت سلامت. ۱۳۹۰؛ ۱۴ (۴۳): ۲۷-۳۶
۱۱. علیپور. عباس، حبیبیان نرگس ، طباطبایی . سیدحمید رضا ، بررسی روند تغییرات در الگوی استفاده از روش های پیشگیری از بارداری و تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده بر آن در جمعیت روستایی شهرستان ساری از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶، مجله اپیدمیولوژی ایران، ۱۳۸۶؛ ۱(۵): ۵۲-۵۹