



بررسی وضعیت اجرای برنامه پزشک خانواده و انطباق آن با ابعاد سیاستگذاری شده از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات در استان یزد

نویسندگان: روح اله عسکری^۱، فائزه زهابی^۲، حسن جعفری^۳، مجتبی زهابی^۴

۱. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۲. نویسنده مسئول: کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شهید صدوقی یزد تلفن تماس: ۰۹۱۶۹۵۶۰۱۲۹ Email: f.zahabi@yahoo.com

۳. دانشجوی دکتری علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم آباد

چکیده

مقدمه: برنامه پزشک خانواده که یک برنامه اصلاحی برای دسترسی اقشار آسیب پذیر می باشد، فرآیندی سیاسی است و آگاهی و شناخت اهداف این فرآیند سیاستگذاری برای ارائه دهندگان خدمات از ضروریات می باشد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی وضعیت اجرای پزشک خانواده با ابعاد سیاستگذاری شده از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات در استان یزد بود.

روش بررسی: روش مطالعه توصیفی تحلیلی و مقطعی بود. جامعه آماری شامل کلیه پزشکان خانواده و ماماها شاغل در مراکز بهداشت استان یزد به تعداد ۱۰۵ نفر بودند که به روش سرشماری کلیه آنها انتخاب شدند. برای جمع آوری 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 میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد و در سطح استنباطی از آزمون‌های تی تک گروهی، نسبت، تی گروه‌های مستقل و آزمون استقلال استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که ارائه دهندگان خدمات پزشک خانواده از بین ابعاد سیاستگذاری شده، وضعیت ابعاد اثربخشی، پایش، تناسب و تاثیرگذاری را بالاتر از حد متوسط و وضعیت ابعاد کفایت و کارایی را در حد متوسط ارزیابی نموده‌اند.

نتیجه گیری: نتایج حاصل از یافته‌ها حاکی از آن بود که وضعیت ابعاد اثربخشی، پایش، تناسب و تاثیرگذاری مناسب و وضعیت ابعاد کفایت و کارایی در حد متوسط است، در بعد اثربخشی بین نظرات پزشکان و ماماها تفاوت معنی دار وجود داشت و در مورد سایر ابعاد تفاوت معناداری مشاهده نشد.

واژه‌های کلیدی: پزشک خانواده، سیاستگذاری، ارائه دهندگان خدمات

این مقاله بر گرفته از پایان نامه دانشجویی کارشناسی مدیریت و خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد می باشد.

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال چهاردهم

شماره: سوم

مرداد و شهریور ۱۳۹۴

شماره مسلسل: ۵۱

تاریخ وصول: ۱۳۹۱/۷/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۲/۱۹



مقدمه

سلامتی محور توسعه اجتماعی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و دارای اهمیت ویژه ای در توسعه زیر ساخت بخش های مختلف جامعه می باشد. هدف نهایی نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم است تا بتوانند با برخورداری از سلامت کافی در فعالیت های اقتصادی، اجتماعی سهمین شوند (۱).

بدین ترتیب جهت امکان برخورداری آحاد جامعه از سطح قابل قبولی از سلامت، اصلاح بخش بهداشت و درمان کشور، حفظ اثربخشی و کارایی آن، حفظ و ارتقا دستاوردهای سالیان گذشته، لزوم برقراری عدالت در بخش بهداشت و درمان و نیز حفظ اقشار آسیب پذیر جامعه از هزینه های کمرشکن بهداشتی درمانی، از سال ۱۳۸۴ ارائه خدمات به جمعیت روستایی کشور در قالب برنامه جدیدی تحت عنوان بیمه روستایی آغاز شد تا امکان بهره مندی از خدمات سلامت را در قالب بیمه روستایی و از طریق نظام ارجاع برای مردم فراهم آورد. برنامه پزشک خانواده بعنوان مناسب ترین استراتژی اجرای برنامه بیمه روستایی در قالب نظام ارجاع شناخته شد که در این برنامه، پزشک عمومی و تیم وی مسئولیت کامل سلامت افراد و خانوار های تحت پوشش خود را به عهده دارند (۲). در برخی کشور های دیگر نظیر انگلستان، دانمارک، نروژ، اسپانیا و هلند نیز نظام های سلامت به گونه ای است که نظام های ارجاع در آن ها استقرار یافته است و بیماران را از سطح مراقبت های بهداشتی اولیه به پزشکان متخصص در سطوح بالاتر ارجاع می دهند، در اروپا و آمریکای شمالی نیز افزایش هزینه های

سلامت، اصلاحاتی را ایجاد نموده است. این اصلاحات در ابعاد ارتقای وضعیت پزشکان، مراقبت اولیه و آگذاری نقش "دروازه بانی" به پزشکان در نظام سلامت و محدود نمودن دسترس مستقیم به پزشکان متخصص، نمود پیدا کرده است (۳).

نتایج کواری (۱۳۸۹) در تحقیقی با عنوان بررسی دیدگاه پزشکان و پیراپزشکان نسبت به برنامه پزشک خانواده، نشان داد که ۵۶٪ آزمودنی ها برنامه پزشک خانواده را عامل مهمی در بهبود دسترسی به خدمات درمانی مناسب داشته اند (۴).

Santo و Amado عقیده دارند که داشتن یک پزشک خانواده در مراقبت های اولیه، منجر به توسعه یک رابطه طولانی مدت با پزشک می شود که از مطلوبیت سیاست پزشک خانواده برای بیمار محسوب می گردد (۵).

نتایج تحقیق نریمانی، با هدف ارزیابی انطباق برنامه پزشک خانواده با ابعاد سیاستگذاری از دیدگاه متخصصین سلامت در تبریز حاکی از آن بود که حدود نیمی از آزمودنی ها اعتقاد داشتند که برنامه کامل و یا زیاد با ابعاد سیاستگذاری منطبق بود و سایر آزمودنی انطباق برنامه را با ابعاد سیاستگذاری به ترتیب متوسط، خیلی کم و اصلا بیان کردند (۶). در صورتی که سیاست پزشک خانواده به نحو مطلوبی اجرا گردد مزایایی از جمله کاهش هزینه های کمرشکن، برای بیماران، تعیین مسیر درمانی صحیح و کاهش مراجعات غیر ضروری را به همراه خواهد داشت (۳).

از جمله پژوهش هایی که تاکنون در مورد پزشک خانواده صورت گرفته می توان به پژوهش پور شیروانی و همکاران با عنوان ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در



در مراکز بهداشت شهرستان‌های استان یزد بودند (۶۱ پزشک خانواده و ۴۴ ماما).

در تحقیق حاضر به دلیل محدود بودن جامعه از سرشماری استفاده شد و برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته که روایی و پایایی آن توسط نرمانی (۱۳۹۰) مورد تأیید قرار گرفته بود، استفاده گردید. در تحقیق حاضر نیز با استفاده از نظر صاحب‌نظران و متخصصان فن، روایی صوری و محتوایی آن تعیین گردید و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی آن برابر با ۰/۹۱ محاسبه شد. این پرسشنامه شش بعد سیاست‌گذاری برنامه پزشک خانواده یعنی ابعاد اثربخشی، تاثیر گذاری، کفایت، کارایی، تناسب و پایش را مورد سنجش و اندازه گیری قرار می‌دهد. طیف پاسخگویی لیکرت پنج گزینه‌ای (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد، خیلی زیاد) است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و جدول توزیع فراوانی و در سطح آمار استنباطی برای بررسی وضعیت اجرا از آزمون تی تک گروهی و آزمون نسبت و برای مقایسه دیدگاه‌های پزشکان و ماماها از آزمون تی گروه‌های مستقل و آزمون استقلال مجذورخی استفاده شد.

یافته‌ها

براساس نتایج این مطالعه، ۷۸/۱ درصد ارائه دهندگان خدمات پزشک خانواده زن و ۲۱/۹ درصد مرد بودند. میانگین سنی این افراد حدود ۳۲ سال و میانگین سابقه کاری آنها حدود ۴ سال است (جدول ۱).

دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی در سال ۱۳۸۷ (۷)، پژوهش‌های خدیوی و همکاران در سال ۱۳۸۴ با عنوان مقایسه شاخص‌های اصلی سلامت در مناطق روستایی استان اصفهان، قبل و بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده (۸)، پژوهش احمدی و همکاران در سال ۱۳۸۷ تحت عنوان بررسی الگوی تجویز دارو توسط پزشکان خانواده و سرانه دارو در شهرستان اهواز (۹)، پژوهش کریمی و همکاران با عنوان بررسی نیازهای آموزشی پزشکان خانواده در استان یزد در سال ۱۳۹۰ (۱۰) اشاره کرد.

لذا از آنجا که بیشتر تحقیقات انجام شده در خصوص بخش‌هایی از برنامه پزشک خانواده صورت گرفته و با توجه به اینکه دستیابی هر سیاست به اهداف از پیش تعیین شده، مستلزم ارزیابی اجرای آن می‌باشد این پژوهش با در نظر گرفتن کلیه ابعاد این برنامه با هدف بررسی وضعیت اجرای برنامه پزشک خانواده و انطباق آن با ابعاد سیاست‌گذاری از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات (پزشک، ماما) در استان یزد طراحی شده و به دنبال پاسخگویی به سئوالاتی از این قبیل بوده است: ۱- وضعیت اجرای برنامه پزشک خانواده و انطباق آن با ابعاد سیاست‌گذاری شده از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات چگونه است؟ و ۲- آیا بین دیدگاه‌های ارائه دهندگان خدمات (پزشکان و ماماها) تفاوت وجود دارد؟

روش بررسی

روش پژوهش حاضر، توصیفی تحلیلی و مقطعی است. جامعه آماری شامل ۱۰۵ نفر از کلیه پزشکان خانواده و ماماها شاغل



بین میانگین نمرات ابعاد کفایت (۳/۰۸) و کارایی (۳/۰۳) با نقطه
برش ابزار اندازه گیری (۳) تفاوت معنی داری مشاهده نشد
($P > 0/05$)؛ لذا می توان نتیجه گرفت که ارائه دهندگان خدمات
پزشک خانواده وضعیت این ابعاد را در حد متوسط ارزیابی
نموده اند (جدول ۲).

تنها در بعد اثربخشی بین نظرات پزشکان و ماماها تفاوت معنی دار
وجود دارد و میانگین نظرات ماماها (۳/۷۴) به طور معنی داری از
میانگین نظرات پزشکان (۳/۴۵) بالاتر است ($P = 0/003$). در زمینه
سایر ابعاد بین دیدگاه های دو گروه تفاوت معناداری وجود
ندارد ($P > 0/05$) (جدول ۳).

میانگین های محاسبه شده برای ابعاد اثربخشی (۳/۵۷)،
تاثیر گذاری (۳/۳۷) و بعد تناسب (۳/۴۶) به طور معنی داری از نقطه
برش ابزار اندازه گیری (۳) بیشتر است ($P = 0/000$)؛ لذا می توان
نتیجه گرفت که ارائه دهندگان خدمات پزشک خانواده، وضعیت
ابعاد مذکور را بالاتر از حد متوسط ارزیابی نموده اند.

درصد های محاسبه شده برای میزان ارزیابی این ابعاد نیز این نتیجه
را تایید می کنند؛ همچنین نتیجه آزمون نسبت مربوط به بعد پایش
حاکمی از آن است که ارائه دهندگان خدمات پزشک خانواده
وضعیت بعد پایش از ابعاد سیاستگذاری شده را مثبت ارزیابی
نموده اند (۷۷ درصد پاسخ بلی و ۲۳ درصد خیر؛ $P = 0/000$)، اما

جدول ۱: شاخص های آمار توصیفی مربوط به ارائه دهندگان خدمات پزشک خانواده بر حسب جنسیت، سن و سابقه کاری

ارائه دهندگان خدمات	جنسیت		سن		سابقه کار	
	زن	مرد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پزشک	۳۸ (۶۲/۳٪)	۲۳ (۳۷/۷٪)	۳۳/۶۳	۵/۵۵	۴/۲۶	۲/۹۲
ماما	۴۴ (۱۰۰٪)	-	۲۹/۳۹	۲/۹۵	۴/۷۱	۲/۱۰
کل	۸۲ (۷۸/۱٪)	۲۳ (۲۱/۹٪)	۳۱/۹۹	۵/۱۳	۴/۴۶	۲/۵۸

جدول ۲: آزمون های تی تک نمونه ای و نسبت مربوط به دیدگاه ارائه دهندگان خدمات پزشک خانواده در زمینه ابعاد سیاستگذاری شده

ابعاد سیاستگذاری	میانگین	آزمون تی تک نمونه ای			ارزیابی وضعیت		
		انحراف معیار	نقطه برش	آماره t	سطح معنی داری	کم	متوسط
اثربخشی	۳/۵۷	۰/۴۸	۳	۱۲/۲۲	۰/۰۰۰	۱۲ (۱۱/۴٪)	۵ (۴/۸٪)
تاثیر گذاری	۳/۳۷	۰/۷۰	۳	۵/۳۳	۰/۰۰۰	۱۷ (۱۶/۲٪)	۳۱ (۲۹/۵٪)
کفایت	۳/۰۸	۰/۵۷	۳	۱/۵۳	۰/۱۲۹	۳۸ (۳۶/۲٪)	۱۵ (۱۴/۳٪)
کارایی	۳/۰۳	۰/۶۴	۳	۰/۴۷	۰/۶۳۹	۳۹ (۳۷/۱٪)	۱۰ (۹/۵٪)



۷۵ (۷۱/۴٪)	۱۵ (۱۴/۳٪)	۱۵ (۱۴/۳٪)	۰/۰۰۰	۷/۶۵	۳	۰/۶۱	۳/۴۶	تناسب
سطح معنی داری آزمون نسبت: $P=0/000$			بلی (۷۷٪) ۸۱		خیر (۲۳٪) ۲۴		پایش	

جدول ۳: آزمون تی گروه‌های مستقل و آزمون استقلال (مجذور خی) مربوط به مقایسه دیدگاه‌ها در زمینه ابعاد سیاستگذاری شده

شاخص‌های توصیفی		آزمون لوین		آزمون تی گروه‌های مستقل				ابعاد سیاستگذاری
تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره F	سطح معنی داری	آماره t	درجه آزادی	سطح معنی داری	شغل
۶۱	۳/۴۵	۰/۴۹	۰/۶۶۳	۰/۴۲۹	۳/۰۸۴	۱۰۳	۰/۰۰۳	پزشک
۴۴	۳/۷۴	۰/۴۲						ماما
۶۱	۳/۲۹	۰/۷۳	۱/۱۷۱	۰/۲۸۲	۱/۳۷۱	۱۰۳	۰/۱۷۳	پزشک
۴۴	۳/۴۸	۰/۶۶						ماما
۶۱	۳/۰۳	۰/۵۸	۰/۱۳۱	۰/۷۱۸	۱/۱۴۲	۱۰۳	۰/۲۵۶	پزشک
۴۴	۳/۱۶	۰/۵۵						ماما
۶۱	۲/۹۶	۰/۶۵	۰/۲۰۰	۰/۶۵۶	۱/۳۹۸	۱۰۳	۰/۱۶۵	پزشک
۴۴	۳/۱۳	۰/۶۳						ماما
۶۱	۳/۴۰	۰/۶۴	۰/۰۲۳	۰/۸۷۹	۱/۰۷۴	۱۰۳	۰/۲۵۸	پزشک
۴۴	۳/۵۳	۰/۵۹						ماما
۶۱	پزشک	بلی (۷۷٪) ۴۷	خیر (۲۳٪) ۱۴	سطح معنی داری آزمون مجذور خی				
۴۴	ماما	بلی (۷۷/۳٪) ۳۴	خیر (۲۲/۷٪) ۱۰	(آزمون دقیق فیشر) $p=0/585$				

بحث و نتیجه گیری

دهندگان خدمات معتقد بودند که برنامه پزشک خانواده توانسته مناسب عمل کند که با نتایج نریمانی همخوانی دارد (۶). نتایج تحقیق پورشیروانی که با هدف ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در سال ۱۳۸۷ نشان داد که در این برنامه بسیاری از اصول نظام ارجاع رعایت نمی شود (۷) که با نتایج حاضر همخوانی ندارد که شاید دلیل این مغایرت اختلاف بین سالهای اجرای پژوهش‌ها می باشد به گونه ای که با اجرای برنامه پزشک خانواده در طول چند سال فرصتی به وجود آمده تا نقاط ضعف شناسایی و تقویت گردد. خدیوی در تحقیقی در سال ۱۳۸۴ نشان

پژوهش حاضر به منظور بررسی وضعیت اجرای برنامه پزشک خانواده و انطباق آن با ابعاد سیاستگذاری شده (اثربخشی، تاثیرگذاری، تناسب، کفایت، کارایی و پایش) از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات در استان یزد انجام گرفت. در بعد اثربخشی که شامل بهبود شاخص‌های بهداشتی درمانی، اشتغال پزشکان و پیراپزشکان، دسترسی جمعیت تحت پوشش، اجرای صحیح سیستم ارجاع، کاهش هزینه‌های پرداخت از جیب می باشد، ارائه



در بعد تناسب نیز ارائه دهندگان خدمات اعتقاد دارند که برنامه پزشک خانواده توانسته خوب عمل کند. این بعد به بررسی طراحی برنامه پزشک خانواده در راستای بهبود میزان معلولیت، بهبود مراجعات مجدد و غیر ضروری بیماران به سطوح بالاتر، سلامت جمعیت تحت پوشش، میزان پاسخ دهی به نیازهای اساسی جامعه، ارتباط با جامعه تحت پوشش و انطباق با سیاست های اجتماعی و اقتصادی می پردازد. نتایج تحقیق نریمانی و همکاران در سال ۱۳۹۳ هم این نتیجه را تایید می کند (۶). نتایج تحقیق کریمی و همکاران با هدف بررسی نیازهای آموزشی پزشکان خانواده نشان داد که با اهمیت ترین نیاز آموزشی درباره شناسایی و کنترل بیماران مبتلا به معلولیت های ذهنی و جسمی می باشد (۱۰) که با نتایج این تحقیق همخوانی دارد.

در بعد کفایت که قابلیت اجرایی برنامه پزشک خانواده و چگونگی ارتباطات آن با سایر سازمانها و بعد کارایی که رابطه بین نتایج به دست آمده با فعالیت ها و تلاش های به عمل آمده در حیطه های انسانی، مالی و دیگر منابع فرآیند های سلامت، تکنولوژی و زمان را مورد بررسی قرار می دهد، تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتایج تحقیق کاظمی فر و همکاران که در سال ۱۳۸۶ به بررسی هزینه - کارایی طرح پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی پرداختند، نشان داد که این طرح نه تنها هزینه ها را کاهش نداده بلکه باعث افزایش هزینه های مراقبت سلامت شده است (۱۵) که با نتایج حاضر همخوانی دارد.

داد که به دنبال اجرای برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی استان اصفهان کاهش قابل ملاحظه ای در شاخص های اصلی سلامت مانند شاخص مرگ و میر نوزادان، مرگ و میر شیر خواران و کودکان زیر ۵ سال مشاهده شده (۸) که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد. یکی از وظایف نظام بهداشتی درمانی تامین دسترسی جغرافیایی آسان و سریع، جامعه به خدمات می باشد که طبق این پژوهش برنامه پزشک خانواده تاثیر مثبتی بر این موضوع داشته که با نتایج خیاطی و همکاران (۱۱) و گوتین (۱۲) همسو می باشد. همچنین مطابق یافته ها در بعد اثربخشی بین نظرات پزشکان خانواده و ماماها تفاوت معناداری مشاهده گردید.

در تحقیق حاضر، ارائه دهندگان خدمات معتقدند که عملکرد برنامه پزشک خانواده در بعد تاثیر گذاری مناسب بوده، این بعد به بررسی اندیشیدن تدبیر در خصوص جلوگیری از تجویز بی رویه تست های تشخیصی و میزان مرگ و میر نوزادان و به طور کلی بررسی و شناسایی تغییرات لازم صورت گرفته در سیستم سلامت می پردازد. در خصوص جلوگیری از تجویز بی رویه دارو و اقدامات تشخیصی، مطالعه ی حافظی در سال ۱۳۸۷ نشان داد که برنامه پزشک خانواده توانسته خوب عمل کند (۱۳) که با نتایج تحقیق حاضر مطابقت دارد. نتایج تحقیق احمدی و همکاران در سال ۱۳۹۳، با هدف بررسی الگوی تجویز دارو در بیمه شدگان روستایی و نقاط شهری زیر ۲۰۰۰۰ نفر در شهرستان اهواز نشان داد که میانگین اقلام دارویی در نسخ از متوسط جهانی بالاتر است (۹) نتایج تحقیق پاوین در سال ۲۰۰۳ نیز حاکی از تعداد بالای تجویز اقلام دارویی بود (۱۴) که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی ندارد.



خصوصاً پزشکان خانواده اشتراک مساعی داشته باشند تا انگیزه و تعهد در این افراد برای مشارکت بیشتر در برنامه، ایجاد شود، هم چنین لزوم توجه بیشتر برنامه ریزان به تخصیص عادلانه منابع حائز اهمیت می باشد، زیرا تا حدودی بخش های دیگر را تحت پوشش قرار می دهد با توجه به نتایج کار، سیاستگذاران باید جامعیت برنامه را در اولویت کار خود قرار دهند، زیرا ضعف و خلاء در هر بعد باعث تضعیف ابعاد و بخش های دیگر خواهد شد، برای همگام سازی تیم سلامت و جامعه بهتر است تدابیری اندیشیده شود که فرهنگ سازی مناسبی از مفهوم پزشک خانواده و سیستم ارجاع صورت پذیرد، نهایتاً پیشنهاد می گردد پژوهشگران با انجام تحقیقاتی با هدف مقایسه تطبیقی بین اجرای برنامه پزشک خانواده در ایران و کشورهای موفق زمینه های لازم برای اصلاحات مقتضی در برنامه را فراهم آوردند و مسئولان با بررسی نتایج این پژوهش و پژوهش های مشابه نقاط قوت را تقویت و نقاط ضعف را بهبود بخشند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله مراتب تشکر و قدردانی را از معاونت محترم بهداشت استان یزد، کارشناسان محترم مرکز بهداشت استان، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد و کلیه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند را، اعلام می داریم.

در تحقیق حاضر ارائه دهندگان خدمت برنامه پزشک خانواده معتقد بودند که در این برنامه ابزاری برای پایش شاخص های پیشرفت تدوین شده و آن را مثبت ارزیابی کردند در صورتیکه تحقیق عبادی آذر و همکاران در سال ۱۳۸۷ نشان داد که برنامه پزشک خانواده در امر پایش و نظارت جدی عمل نکرده که منجر به سوء استفاده افراد غیر متعهد در امور مربوط از جمله امور مالی و عدم حضور مرتب تیم سلامت در ساعات مقرر شده است (۱۶) که با نتایج حاضر همخوانی ندارد، که به نظر می رسد با توجه به اینکه تحقیق عبادی آذر در اوایل اجرای برنامه پزشک خانواده بوده تدابیر جدی اندیشیده نشده که با گذشت زمان و اجرای برنامه، به مرور ابزارهای لازم طراحی و این مشکل تا حدودی برطرف گردیده است.

به طور کلی نتایج نشان داد که وضعیت اجرای برنامه پزشک خانواده در استان یزد بیشترین انطباق را با ابعاد سیاستگذاری شده شامل اثربخشی، تناسب، تاثیرگذاری و پایش دارد و کمترین انطباق مربوط به ابعاد کارایی و کفایت می باشد. از جمله محدودیت های این پژوهش نیز می توان به عدم همکاری، سهل انگاری و تاخیر برخی شهرستان ها در تکمیل پرسشنامه ها و نگرانی برخی مسئولین برای قرار دادن اطلاعات برنامه در اختیار محققین نام برد.

در نهایت محققین به منظور بهبود هر چه بهتر وضعیت فعلی برنامه پزشک خانواده، پیشنهادهایی به شرح ذیل ارائه می دهند:

برنامه ریزان و سیاستگذاران بهتر است در برنامه ریزی ها و سیاستگذاری های مرتبط با برنامه، با ارائه دهندگان خدمات



References

- 1-Jannati A, Maleki M, Gholizade M, et al. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. *Knowledge & Health* 2010;4(4):39-44. [Persian]
- 2-Raeisi P, Ebadi Fard Azar F, Roudbari M, et al. 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 2009. *Journal of Health Administration* 2011; 13 (43):27-36.[Persian]
- 3-Mehroolhassani M, Jafari Sirizi M, et al. The Challenges of Implementing Family Physician and Rural Insurance Policies in Kerman Province: A Qualitative Study. *Journal of Health & Development* 2012; 1(3):193-206. [Persian]
- 4-Kavari SH. Evaluation of Physicians and Paramedical Doctors Viewpoints on the Family Physician as a Lost Link in the Medical System of Iran. *Journal of Knowledge and Health* 2010;5:207.[Persian]
- 5-Amado CA, Santos SP. Challenges for performance Assessment and Improvement in Primary Health Care: the Case of the Portuguese Health Centers. *Health Policy* 2009 ; 91(1): 43-56.
- 6-Narimani M. The Assessment of Iran's Family Dimensions of Policy-Making in Health System Prospective of Health Services Professionals . *Tabriz University of Medical Sciences* 2011.[Persian]
- 7- Nasrollahpour Shirvani D , Ashrafian Amiri H, Motlagh M. E, et al . Evaluation of the Function of Referral System in Family Physician Program in Northern Province of Iran 2008 . *Babol University Medical Science* 2010;11(6):46-52.[Persian]
- 8- Khadivi R, Kor A, Foruzandeh E. Comparing the Main Reproductive Health Indices in Rural Areas of Isfahan Province, Iran, Before and After Family Physician Program Intervention During 2001-2011 . *Journal of Isfahan Medical School* 2014; 32(286):712-25.[Persian]
- 9- Ahmadi B, Arab M , Nrymysa P, et al. The Pattern of Family Physicians Per Capita Prescription Drug in the City of Ahvaz. *Journal Management System* 2012;4(3,4):25-34.[Persian]
- 10- Karimi M , Mirzaei M , Rahim Z. Associate Professor Yazd Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. *School of Medicine* 2012;6(1):39-46.[Persian]
- 11-Khayyati F, Kabir Mj, Kazemeini H, et al. The Role of Family Physician in Case Finding Referral and Insurance Coverage of Public Health . *Iranian Journal of Public Health* 2011;40(3):9-136.[Persian]
- 12-Gutin Cal. Opportunities in the Specialty of Family Medicine. *Can Fam Physician* 2008;54(2):320



-
- 13- Hafezi Z ,Asqari R , Momayezi M. Monitoring Performance of Family Physicians in Yazd. Journal of Rising Health 2009;6(1,2):16-25.[Persian]
 - 14- Pavin M, Nurgozhin T, Hafner G, et al. Prescribing Practices of Rural Primary Health Care Physicians in Uzbekistan. Tropical Medicine & International Health 2003;8(2): 182-90.
 - 15- Kazemi far Y. Cost - Effectiveness of Family Doctors in Rural Health Centers in Shiraz University of Medical Sciences .Shiraz University of Medical Sciences 2007. [Persian]
 - 16- Ebadi F,Haqqani H, Hashemi F. Monitoring National Family Doctor and Referral Syatem in the City of Robat karim in 2008. Hospital 2009;8(5):7-12.[Persian]



The Study of the Situation family Physicians Program and its Adaption with the Policy Making Dimensions from the Opinion of Service Providers

Askari R(Ph.D)¹, Zahabi F(BS)², Jafari H(Ph.D)³, Zahabi M(M.Sc)⁴

1. Assistant Professor and Head of Educational Development Office(EDO)Department of HealthCare ManagementSchool of Public HealthShahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
2. Corresponding author: B.Sc in Health Care Management, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
3. Ph.D Student in Educational Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. M.Sc in Educational Sciences, Azad University, Khorramabad, Iran.

Abstract

Introduction: The family physician is a corrective program to reach vulnerable groups, the political process is the awareness and identify of the objectives of the policy making process is essential for service providers. The purpose of this study was to assess the status of implementation of the policy of family physician in Yazd province was from the opinion of service providers.

Methods: This is a descriptive cross-sectional and applied study. The population included of all family physicians and midwives in health centers in Yazd (N=105), they were selected by census. Data were gathered by the questionnaire that was used to confirm the validity and reliability was used. To analyze the data descriptive statistics of mean, standard deviation, frequency and percentage and at the inferential statistic's level, one sample t test, independent t test was used.

Results: Results showed that the family physician service providers the policymaking dimensions, the situation of effectiveness, monitoring, appropriateness and influence of higher than average and the assessment of the adequacy and efficiency were medium.

Conclusion: The results showed that the effectiveness of monitoring, appropriateness and effectiveness were higher than average, and dimensions of adequacy and efficiency were medium. there were significant difference in the effectiveness between the opinion of Physicians and midwives, and weren't significant differences on other dimensions.

Keywords: Family physicians, Policy making, Service providers