



ارزیابی نقاط قوت و نقاط ضعف طرح پزشک خانواده

علی جنتی^{۱*} (Ph.D.)، محمدرضا ملکی^۲ (Ph.D.)، معصومه قلی‌زاده^۳ (M.Sc.)، محمدرضا نریمانی^۴ (M.Sc.)، سمانه وکیلی^۵ (B.Sc.)

۱- دانشگاه علوم پزشکی تبریز- همکار مرکز کشوری مدیریت سلامت- دانشکده بهداشت و تغذیه- استادیار. ۲- دانشگاه علوم پزشکی ایران- گروه مدیریت خدمات بهداشتی- دانشیار. ۳- دانشگاه علوم پزشکی تبریز- دانشکده بهداشت و تغذیه- مربی. ۴- دانشگاه علوم پزشکی تبریز- دانشکده بهداشت و تغذیه- کارشناس ارشد مدیریت آموزشی. ۵- دانشگاه علوم پزشکی تبریز- کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی.

تاریخ دریافت: ۸۸/۵/۶، تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۱/۱۸

چکیده

مقدمه: با توجه به اجرای طرح پزشک خانواده در کشور هدف این پژوهش ارزیابی نقاط ضعف و قوت طرح در شهرستان مراغه، می‌باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی و مقطعی بوده و جامعه آماری این پژوهش را جمعیت تحت پوشش، پزشکان خانواده، مدیران و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی تشکیل می‌دادند. تعداد نمونه مدیران و کارکنان، برابر با کل جامعه آماری بود، و حجم نمونه‌ی جمعیت، ۳۷۵ نفر بود. روش جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه و فرم جمع‌آوری داده‌ها بود که روایی و پایایی آن‌ها قبل از شروع مطالعه مورد تأیید قرار گرفت.

نتایج: حدود ۹۷ درصد از جمعیت، از اجرای طرح پزشک خانواده مطلع بوده، ۹۷/۶ درصد آن‌ها حداقل یک بار به پزشک خانواده مراجعه کرده بودند و ۹۶/۸ درصد آنان، دفترچه بیمه خدمات درمانی دریافت کرده بودند. نقاط قوت بارز طرح پزشک خانواده شامل: تشکیل پرونده سلامت، مراقبت بهتر و مؤثرتر از مادران باردار و کودکان زیر ۶ سال، دسترسی آسان روستاییان به پزشک و دارو، کاهش هزینه‌های درمان بود و از نقاط ضعف عمده آن، می‌توان به مراجعات بیش از حد و ازدحام بیماران در خانه‌های بهداشت، عدم تأمین شغلی برای کارکنان، پرداخت نشدن به موقع حقوق و مزایای اعضای تیم سلامت، محدود بودن زمان دسترسی به پزشک خانواده در روستا اشاره نمود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این تحقیق پیشنهادهای زیر، به منظور رفع نقاط ضعف و بهبود کیفیت خدمات و افزایش رضایت‌مندی بیماران، مطرح می‌شود: تشکیل پرونده سلامت الکترونیکی برای جمعیت تحت پوشش، ایجاد انگیزه و توجه پزشکان متخصص در نحوه برخورد با بیماران ارجاعی، باز تعریف دقیق جمعیت تحت پوشش، حل مشکلات معیشتی اعضای تیم سلامت، و پرداخت به موقع حقوق و مزایای آنان.

واژه‌های کلیدی: طرح پزشک خانواده، ارزیابی پزشک خانواده، سیستم ارجاع.

Original Article

Knowledge & Health 2010;4(4):39-44

Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program

Ali Jannati^{1*}, Mohammadreza Maleki², Masoume Gholzade³, Mohammadreza Narimani⁴, Samane Vakeli⁵

1- Assistant Professor of Health Care Administration, Health and Nutrition Faculty, Cooperator of National Public Health Management Center, Tabriz Medical University, Tabriz, Iran. 2- Associate Professor, Dept. of Health Services Administration, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. 3- M.Sc. in Health Services Administration, Dept. of Health Services Administration, Tabriz Medical University, Tabriz, Iran. 4- M.Sc. in Educational Management, Dept. of Health Services Administration, Tabriz Medical University, Tabriz, Iran. 5- B.Sc. in Health Services Administration, Dept. of Health Services Administration, Tabriz Medical University, Tabriz, Iran.

Abstract:

Introduction: This study was carried out to evaluate the family physicians program (strengths and weaknesses) in Maragheh.

Methods: In this descriptive cross-sectional study, the study population included 375 under care people, family physicians, health system managers and staffs from rural health centers in maragheh. Data collection instruments were questionnaire and checklist which have already been confirmed for reliability & validity. SPSS software was used for data analysis.

Results: About 97% of participants had awareness about family physician implementation; 97/6% used family physician services and 96/8 had health insurance. The major strengths of family physician program were: developing the health files for all people, improving prenatal and child care, increasing easy access to physician and medicine, and decreasing health expenditure for people. However, the major weaknesses were: increasing health houses customers, lack of job security and delay in salary payment for family physician team members, and limited availability of physician in health houses.

Conclusion: The study results imply some suggestions that can solve family physician weaknesses, improve quality of delivered care, and increase customer's satisfaction: 1. developing electronic health files for family physician clients. 2. Motivating and briefing specialists on the manners of dealing with referred patients and giving appropriate feedback. 3. Revising and redefining the target population. 4. Solving financial problems of family physician team members.

Keywords: Family Physician program, Family practice evaluation, Referral system.

Received: 28 July 2009

Accepted: 7 February 2010

*Corresponding author: A. Jannati, Email: jannati1382@gmail.com

*نویسنده مسوول: تبریز- خیابان گلگشت خیابان عطار نیشابوری- دانشکده بهداشت و تغذیه- گروه مدیریت و بهداشت عمومی، تلفن: ۰۹۱۴۴۱۹۵۳۷۷،

E-mail: jannati1382@gmail.com

مقدمه

سلامتی، محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و دارای اهمیت ویژه‌ای در توسعه زیر ساخت بخش‌های مختلف جامعه می‌باشد (۱). هدف نهایی نظام ارایه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم است تا بتوانند با برخورداری از سلامت کافی در فعالیتهای اقتصادی، اجتماعی سهیم شوند (۲).

به‌منظور دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی، وزارت بهداشت و درمان، مراقبت‌های اولیه بهداشتی را به‌عنوان درون‌مایه شبکه‌های بهداشت و درمان جاری نمود. سیاست‌های دولت در نظام شبکه درمانی به‌طور عمده بر سه اصل اولویت خدمات پیشگیری بر خدمات درمانی، اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری برخوردار از امکانات و اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری پایه‌ریزی شد که بر اساس این اصول در طول دهه‌ی ۱۳۶۰ نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در قالب شبکه‌های بهداشتی درمانی شکل گرفت (۳).

پیش‌بینی سطوح مختلف ارایه خدمات بهداشتی در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور به منظور ارایه خدمات به‌صورت زنجیره‌ای مرتبط و تکامل‌یافته است، تا اگر یکی از مراجعین واحد پایین‌تر به خدمات تخصصی‌تری نیاز داشته باشد که از عهده این واحد بر نمی‌آید، واحد مذکور بتواند مراجعه‌کننده را به واحد بالاتر ارجاع نماید (۴).

سطح‌بندی خدمات، از مراجعه مکرر و غیرضروری به سطوح تخصصی‌تر جلوگیری و از اتلاف منابع مادی و انسانی پیشگیری کرده و ابزار مناسبی جهت کنترل هزینه‌های مراقبت و افزایش همسویی میان پزشکان عمومی و متخصصین تلقی می‌شود. بی‌توجهی به نظام ارجاع می‌تواند حلقه‌های نظام ارایه خدمات بهداشتی و درمانی را از هم گسیخته و باعث افزایش هزینه‌ها و آسیب رساندن به کمیت و کیفیت خدمات شود (۵).

مناسب‌ترین استراتژی اجرایی برنامه بیمه روستایی در قالب نظام ارجاع، برنامه پزشک خانواده است. در این برنامه، پزشک عمومی و تیم وی، مسوولیت کامل سلامت افراد و خانواده‌های تحت پوشش خود را برعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسوولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز به عهده دارد (۶). از طرفی ارجاع بیماران به سطوح بالاتر فرصتی برای آموزش مداوم پزشکان خانواده است (۷). پزشک خانواده دارای مدرک دکتری حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار و در نخستین سطح خدمات، عهده‌دار خدمات درمانی است و مسوولیت‌هایی از قبیل مدیریت سلامت، پژوهش، توجه به جامعیت و تداوم خدمات و هماهنگی با سایر بخش‌ها را بر عهده دارد (۸).

در طرح پزشک خانواده، سلامت‌نگری محور فعالیت‌های پزشک محسوب شده و هدف کلی طرح، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و

ارایه خدمات سلامتی در حدود بسته تعریف شده، به فرد، خانواده، جمعیت و جامعه‌ی تحت پوشش، صرف‌نظر از تفاوت‌های سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و خطر بیماری است. پزشک خانواده علاوه بر درمان بیماری‌ها، آموزش‌ها و مشاوره‌های ضروری برای پیشگیری از بیماری‌ها و رسیدن به یک سطح سلامت قابل قبول روحی و جسمی را ارایه می‌دهد (۶ و ۱۰). لذا پزشکان خانواده بایستی به‌طور عمیق و با علاقه در کل مسایل زندگی و نیازهای بهداشتی جامعه درگیر شوند و در مراقبت از بیماران، همه‌جانبه‌های پزشکی، فرهنگی، مذهبی، وضعیت بیمار و خانواده و وضعیت جامعه را مدنظر قرار دهند (۱۱).

پزشک خانواده وظیفه دارد تنها در صورت لزوم برای حفظ و ارتقای سلامت، بیماران را به سطوح بالاتر درمانی ارجاع نماید، چرا که در صورت مراجعه مستقیم بیماران به سطح دوم و سوم، منابع زیادی به هدر خواهد رفت (۱۲). دولت برای جوابگویی به نیازهای سلامت مردم راهی جز اجرای طرح پزشک خانواده ندارد. هم‌چنین برای مقابله با افزایش بی‌رویه هزینه‌های سلامت و جلوگیری از تأثیر سوء آن بر سلامت مردم، باید طرح پزشک خانواده اجرا شود. لذا برای ایجاد نظام ارجاع در کشور و کاهش مراجعه مردم به پزشکان متعدد، اجرای طرح پزشک خانواده از سوی وزارت بهداشت، پیشنهاد و در برنامه چهارم توسعه، در دستور کار دولت قرار گرفت (۱۳).

از سوی دیگر، چون نظام ارجاع، اساس ساماندهی سلامت است و زمینه و فرهنگ نظام ارجاع در روستاها وجود داشت، تصمیم گرفته شد تا ابتدا این طرح در روستاها پیاده شود. برای ایجاد سیستم ارجاع در کشور و جلوگیری از مراجعه مردم به پزشکان متعدد، از اواسط سال ۱۳۸۴، طرح سازماندهی و ارتقاء بیمه درمان روستاییان و صدور دفترچه برای آن‌ها و اجرای طرح پزشک خانواده صورت گرفته است (۱۴).

از آنجایی که اجرای طرح پزشک خانواده یک اقدام اساسی و یک تحول مهم در بحث بیمه درمان روستاییان و ارایه خدمات بهداشتی درمانی و نظام ارجاع در کشور ایران محسوب می‌شود، این پژوهش با هدف ارزیابی طرح پزشک خانواده در شهرستان مراغه و شناخت نقاط ضعف و قوت طرح مزبور از دیدگاه گیرندگان خدمات، مدیران و کارکنان شاغل در طرح (پزشکان، ماماها و بهورزان) طراحی شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی، مقطعی است. در این مطالعه کل مدیران و کارکنان جامعه پژوهش، شامل ۵ مدیر، ۲۳ نفر پزشک عمومی، ۲۳ نفر ماما و ۴۷ بهورز مورد پرسش واقع شدند و برای محاسبه حجم نمونه افراد از پرونده خانوار استفاده شد. از تعداد ۱۶۲۵۰ پرونده خانوار تعداد ۳۷۵ پرونده به‌صورت نمونه‌گیری طبقه‌ای براساس جمعیت هر مرکز بهداشتی درمانی انتخاب شدند.

نظرخواهی شده از آزمودنی‌ها وجود یک سری نکات قوت و ضعف در طرح پزشک خانواده را مطرح نمود (جدول ۱ تا ۳). جدول ۱ نتایج مصاحبه ساختاریافته با مدیران و سیاست‌گذاران در مورد نقاط قوت و ضعف طرح پزشک خانواده را نشان می‌دهد. بهترین نقاط قوت طرح پزشک خانواده از نگاه مدیران شامل: معاینات سالیانه و تشکیل پرونده خانوار و ارتقای سطح سلامت و نقاط ضعف شایع شامل: عدم تأمین شغلی ثابت و عدم توجه پزشکان و متخصصان از طرح بودند و دو مورد بعدی مواردی بودند که به صورت پراکنده توسط مصاحبه‌شوندگان به عنوان نقاط قوت و نقاط ضعف اجرای برنامه پزشک خانواده ذکر شده بودند.

با توجه به اینکه در این مطالعه از سؤالات نیمه باز استفاده شد و هر یک از افراد مورد مطالعه می‌توانستند بیش از یک نظر (حداکثر ۴ نقطه ضعف و ۴ نقطه قوت) را ارائه نمایند لذا درصدهای ذکر شده، درصد فراوانی نظرات ارائه شده در آن زمینه خاص است و بالا بودن جمع ردیف‌ها از ۱۰۰٪ به دلایل ذکر شده می‌باشد.

جدول ۲ شایع‌ترین نقاط ضعف و قوت اجرای طرح پزشک خانواده در شهرستان مراغه را از دیدگاه گیرندگان خدمات (مشتریان) نشان می‌دهد. همان طوری که در جدول مشاهده می‌شود مهم‌ترین نقاط قوت از دیدگاه گیرندگان خدمات (مشتریان) کاهش هزینه‌های درمان و دسترسی آسان روستاییان به دارو، پزشک و ماما و مهم‌ترین نقاط ضعف، مراجعات زیاد و ازدحام بیماراران درخانه بهداشت عنوان شده است.

جدول ۱- نکات قوت و ضعف اجرای طرح پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و سیاست‌گذاران بخش سلامت

نقاط قوت	
۱- معاینات سالیانه و تشکیل پرونده خانوار	
۲- ارتقای سطح سلامت	
۳- دسترسی آسان روستاییان به پزشک و دارو	
۴- دلگرمی بهورزان و مربیان خانه‌های بهداشت	
نقاط ضعف	
۱- عدم تأمین شغلی ثابت	
۲- عدم توجه پزشکان و متخصصان از این طرح	
۳- عدم آموزش کافی مسایل بهداشتی به پزشکان	
۴- عدم پرداخت به موقع حقوق پزشکان و ماماها شاغل	

جدول ۳ شایع‌ترین نقاط ضعف و قوت اجرای پزشک خانواده در شهرستان مراغه را از دیدگاه کارکنان (پزشکان، ماماها و بهورزان) نشان می‌دهد. همان طوری که در جدول مشاهده می‌شود مهم‌ترین نقاط قوت اجرای پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان بهبود دسترسی به پزشک و دارو، از دیدگاه ماماها ارتقای شاخص‌های سلامت و از دیدگاه بهورز، مراقبت بهتر و مؤثرتر از مادران باردار و کودکان زیر ۶ سال عنوان شده است.

جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه با استفاده از دو نوع پرسش‌نامه محقق ساخته (پرسش‌نامه مربوط به مدیران و کارکنان و پرسش‌نامه مربوط به گیرندگان خدمات) صورت گرفت. پرسش‌نامه مدیران و کارکنان شامل دو قسمت بود. بخش نخست آن حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی و بخش دوم شامل دو سؤال نیمه باز بود که در آن از کارکنان خواسته شده بود حداکثر ۴ مورد از نقاط قوت و ۴ مورد از نقاط ضعف طرح پزشک خانواده را ذکر کنند. در مورد مدیران با توجه به محدود بودن تعداد آن‌ها از مصاحبه ساختاریافته استفاده شد. پرسش‌نامه مربوط به گیرندگان خدمات نیز شامل ۳ قسمت بود. بخش نخست آن حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی و بخش دوم شامل ۳ سؤال بسته در مورد (اطلاع داشتن از طرح پزشک خانواده، داشتن بیمه خدمات درمانی و مراجعه به پزشک خانواده) و بخش سوم شامل دو سؤال نیمه باز بود که در آن از گیرندگان خدمات خواسته شده بود حداکثر ۴ مورد از نقاط قوت (مزایا) و ۴ مورد از نقاط ضعف (مشکلات) طرح پزشک خانواده را ذکر کنند.

جهت تعیین روایی پرسش‌نامه، در تهیه آن از نظرات مجریان طرح، سیاست‌گذاران، مدیران و متخصصین استفاده شد. با توجه به اینکه در این مطالعه، از افراد فقط در تکمیل پرسش‌نامه به منظور نظرسنجی استفاده شد، به منظور رعایت مسایل اخلاقی سعی شد پس از جلب رضایت و موافقت افراد و با در نظر گرفتن شرایط و موقعیت افراد نسبت به تکمیل پرسش‌نامه‌ها اقدام شود. در ضمن کلیه پیش‌بینی‌ها و تضمین‌های لازم به منظور اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات پرسش‌نامه انجام گرفت.

در این مطالعه به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده گردید. با توجه به این که نوع مطالعه توصیفی بود، لذا برای پی‌بردن به نظرات هر گروه از جمعیت مورد بررسی از آمار توصیفی، نمودار و جداول فراوانی استفاده شد.

نتایج

در این بررسی در بخش نظرسنجی از جمعیت تحت پوشش ۳۴/۷٪ افراد مورد مطالعه مرد (۱۳۰) و تعداد ۶۵/۳٪ زن (۲۴۵) بودند. میانگین سنی آن‌ها $30/5 \pm 8/0$ سال بوده و اکثراً کم سواد یا دارای مدرک تحصیلی سیکل بودند. کارکنان مورد مطالعه در این پژوهش شامل ۵ مدیر، ۲۳ نفر پزشک عمومی، ۲۳ نفر ماما و ۴۷ بهورز بودند.

نتایج این بررسی نشان داد که ۹۶/۸٪ (۳۶۳) جمعیت تحت پوشش از اجرای طرح پزشک خانواده مطلع بوده و ۹۷/۶٪ (۳۶۶) آن‌ها حداقل یک بار به پزشک خانواده مراجعه کرده بودند و ۹۶/۸٪ (۳۶۳) آن‌ها دفترچه بیمه خدمات درمانی دریافت کرده بودند. تحلیل داده‌های

جدول ۲- نکات قوت و ضعف اجرای طرح پزشک خانواده برحسب درصد اظهار از دیدگاه گیرندگان خدمات (مشتریان) گیرندگان خدمات

نقاط قوت	فراوانی	درصد	نقاط ضعف	فراوانی	درصد
کاهش هزینه‌های درمان و رایگان بودن بعضی خدمات	۲۵۶	۶۸/۳٪	مراجعات زیاد و ازدحام بیماران در خانه بهداشت	۷۹	۲۱٪
دسترسی آسان روستاییان به دارو، پزشک و ماما	۱۹۷	۵۲/۵٪	مشکل در پذیرش بیمار توسط بیمارستان‌ها	۵۱	۱۳/۶٪
معاینات سالیانه و تشکیل پرونده خانوار	۵۱	۱۳/۶٪	عدم انتخاب متخصصین توسط خود بیمار	۵۱	۱۳/۶٪
مراقبت بهتر و مؤثر از مادران باردار و کودکان زیر ۶ سال	۴۸	۱۲/۸٪	محدود بودن زمان دسترسی به پزشک خانواده	۵۱	۱۳/۶٪

جدول ۳- نکات قوت و ضعف اجرای طرح پزشک خانواده برحسب درصد اظهار از دیدگاه کارکنان طرح پزشک خانواده

نقاط قوت		نقاط ضعف	
گروه هدف	فراوانی	درصد	گروه هدف
پزشکان خانواده (۳۳ نفر)	۱۰	۴۳/۵٪	پزشکان خانواده
بهبود دسترسی به پزشک و دارو	۹	۳۹٪	عدم پرداخت به موقع حقوق
کاهش هزینه‌های درمان	۶	۲۴٪	عدم توجه روستاییان به طرح پزشک خانواده
معاینات سالیانه و تشکیل پرونده خانوار	۵	۲۱/۷٪	ایجاد تداخل با برنامه سلامت و ساعات کاری زیاد پزشکان
بیمارهایی مناسب			عدم حمایت مناسب از نظر تخصیص امکانات رفاهی
ماماها (۲۳ نفر)	۲۰	۸۷٪	ماماها
ارتقا شاخص‌های سلامت	۷	۳۰/۴٪	افزایش حجم کار
بیمارهایی و تشخیص زود هنگام بیماری‌ها	۶	۲۴٪	عدم پرداخت به موقع حقوق به پزشکان و ماماها شاغل
دسترسی آسان روستاییان به دارو، پزشک و ماما	۵	۲۱/۷٪	عدم توجه روستاییان در مورد پزشک خانواده
کاهش هزینه‌های درمان			عدم حمایت مناسب از نظر تخصیص امکانات رفاهی
بهورزان (۴۷ نفر)	۱۷	۳۶/۲٪	بهورزان
مراقبت بهتر و مؤثر از مادران باردار و کودکان زیر ۶ سال	۱۶	۳۴٪	محدود بودن زمان دسترسی به پزشک خانواده
دسترسی آسان روستاییان و از کار افتادگان به دارو و پزشک و ماما	۱۳	۳۷/۶٪	عدم توجه روستاییان به طرح پزشک خانواده
کاهش هزینه‌های درمان و رایگان بودن بعضی از خدمات	۱۲	۲۵/۵٪	افزایش حجم کار ماما و بهورزان
بیمارهایی و تشخیص زود هنگام بیماری‌ها			برخورد نامالیم روستاییان با کادر درمان

خصوصاً سالمندان از خدمات پزشکان خانواده به‌عنوان اولین سطح تماس راضی بودند (۱۸).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر ۵۲/۷٪ دسترسی آسان روستاییان به دارو، پزشک و ماما را از نقاط قوت طرح عنوان کردند در حالی که ۲۱٪ جمعیت مورد مطالعه ازدحام بیش از حد خانه بهداشت در هنگام دریافت خدمت و ۱۳٪ جمعیت مورد مطالعه، پذیرش در سطوح بالاتر، عدم امکان انتخاب متخصصین توسط بیماران و محدود بودن زمان دسترسی به پزشک خانواده را به‌عنوان نقاط ضعف عمده طرح پزشک خانواده عنوان کردند.

داده‌های مربوط به اجرای پزشک خانواده در ایالت متحده آمریکا نشان می‌دهد که به‌طور متوسط بیش از ۶۰٪ از منابع عمومی برای مراقبت از بیماری‌های مزمن به پزشکان خانواده و عمومی اختصاص می‌یابد. براساس این مطالعه از کل پزشکان همکاری‌کننده با طرح پزشک خانواده ۱۲٪ متخصص پزشک خانواده، ۱۳/۵٪ متخصص داخلی، ۵/۴٪ متخصص زنان و زایمان و ۳٪ را جراح عمومی و ۵۸/۹٪ بقیه را پزشکان عمومی و سایر تخصص‌ها تشکیل می‌دادند. در حالی که در مطالعه حاضر تمامی پزشکان خانواده را پزشکان عمومی تشکیل می‌دادند و سایر متخصصین در اجرای این طرح نقشی نداشتند (۲۰). بر اساس تجربیات کشور کانادا تصویب پزشک خانواده به‌عنوان یک

در حالی که مهم‌ترین نقاط ضعف از دیدگاه پزشکان عدم پرداخت به موقع حقوق، از دیدگاه ماماها افزایش حجم کار و از دیدگاه بهورزان، محدود بودن زمان دسترسی به پزشک خانواده عنوان شده است.

بحث

سلامت‌نگری محور فعالیت‌های پزشک خانواده بوده و هدف کلی آن، حفظ و ارتقاء سلامتی جامعه است هرچند که در کشور ما، بیمارنگری محور فعالیت‌ها در این طرح است (۹).

در پژوهشی که به‌منظور ارزیابی رضایت بیماران از مراقبت پزشک خانواده در اسلوانی انجام گرفت به‌طور متوسط ۵۸/۲٪ از پاسخ‌دهندگان دسترسی به خدمات پزشک خانواده را عالی توصیف کردند در حالی که رضایت از زمان انتظار برای گرفتن خدمات به‌عنوان ضعیف‌ترین عامل مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین رضایت مشارکت‌کنندگان از زمان مشاوره ۵۱/۶٪ و از امکان طرح مشکلات بیماران با پزشکان خانواده ۴۹/۱٪ و امکان تماس تلفنی با پزشکان خانواده ۷۲٪ عنوان شده بود (۱۵). در بررسی دیگری که در سال ۲۰۰۴ در آمریکا انجام گرفت ۹۳٪ بیماران از گوش دادن پزشکان به مسایل و مشکلات آنان، ۶۸٪ آنان از امکان مساعدت پزشکان خانواده در همه مشکلات بیماران و ۹۷٪ آنان از صداقت و همدلی پزشکان خانواده رضایت داشتند (۱۷). در پژوهش دیگری که در آلمان در سال ۲۰۰۰ انجام گرفت ۷۴٪ بیماران به-

سلامت و حتی خانواده‌ها هستند (۲۰). بر اساس نتایج این مطالعه حدود ۳۰/۴٪ پزشکان خانواده، ایجاد تداخل با برنامه سلامت و ساعات کاری زیاد پزشکان را از مشکلات عمده در این طرح عنوان کردند.

از مشکلات اساسی طرح این است که «حدود نیمی از پزشکان خانواده که به روستا اعزام شده‌اند نسبت به وظیفه خود توجیه نیستند» (۲۱) و یافته‌های این تحقیق نیز با این مسأله همخوانی دارد. به طوری که آموزش ناکافی پزشکان از نقاط ضعف عمده طرح پزشک خانواده توسط مدیران عنوان شده است. نتایج یک پژوهش دیگر نشان می‌دهد که ۲۴/۲٪ پزشکان خانواده ایتالیا فاقد اطلاعات لازم در زمینه برنامه‌های تنظیم خانواده بوده و برای ارایه مطلوب این خدمات نیازمند حمایت سایر اعضای تیم سلامت بودند درحالی که علاقه‌مند به کسب اطلاعات جهت ارایه مناسب این خدمات بودند (۲۲).

ارزیابی دوره‌ای هر برنامه به منظور شناخت نقاط ضعف و قوت و اقدام به اصلاح، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. بر این اساس، به منظور رفع نقاط ضعف و بهبود کیفیت خدمات و افزایش رضایت‌مندی بیماران، پیشنهادهای زیر مطرح می‌شود.

۱- با توجه به اینکه نظام سلامت می‌بایست پاسخگوی مشکلات و کمبودها و معضلات اجتماعی، اقتصادی، ساختاری، بهداشتی و تغذیه‌ای بوده و کشف و حل این مسایل توسط پزشکان خانواده و تیم سلامت صورت می‌گیرد، لذا پیشنهاد می‌گردد که مسوولین و دست‌اندرکاران تربیتی اتخاذ نمایند که از پزشکان خانواده ثابت در روستاها استفاده شود.

۲- بازنگری در تدوین جمعیت تحت پوشش تیم پزشک خانواده و رعایت جمعیت پیش‌بینی شده توسط مدیران، مشکلات مربوط به ازدحام جمعیت در خانه‌های بهداشت و دسترسی کم‌تر به پزشکان خانواده را مرتفع خواهد کرد.

۳- ایجاد انگیزه و توجیه پزشکان متخصص و مراکز بالاتر در نحوه برخورد با بیماران ارجاعی به پایداری طرح پزشک خانواده کمک خواهد و بدون انجام این مهم حلقه‌های زنجیره ارجاع از هم خواهد پاشید.

۴- حل مشکلات معیشتی اعضای تیم سلامت و پرداخت به موقع حقوق و مزایای آنان موجب کاهش ریزش نیروهای پزشک خانواده و افزایش انگیزه آن‌ها برای ارایه خدمات با کیفیت خواهد شد.

۵- بدون تشکیل پرونده سلامت الکترونیکی امکان کنترل سلامتی و جمعیت تحت پوشش، مصرف دارو، پس‌خوراند ارجاع توسط پزشک خانواده و مراکز بالاتر، با مشکل جدی مواجه می‌شود لذا به نظر می‌آید تشکیل پرونده سلامت الکترونیکی برای رفع نقاط ضعف طرح ضرورتی اجتناب‌ناپذیر باشد.

تخصص، گام اساسی در ارتقای نقش پزشک خانواده داشته و در این صورت پزشک خانواده به‌عنوان یک متخصص جامع‌نگر مراقبت از کلیه بیماران را عهده‌دار خواهد شد (۲۱).

هم‌چنین بر اساس داده‌های به‌دست آمده از مطالعه ایالت متحده آمریکا در حالی که فقط ۲۱٪ جمعیت آمریکا در مناطق روستایی زندگی می‌کنند، مطالعه توزیع جغرافیایی پزشکان نشان می‌دهد که ۲۴/۸٪ پزشکان خانواده در مناطق روستایی و بقیه در مناطق شهری هستند. میزان درآمد سالیانه برای پزشکان عمومی پس از کسر مالیات ۱۱۶۰۰۰ دلار و پزشکان خانواده ۱۵۰۰۰۰ دلار می‌باشد (۲۰) که به هیچ وجه قابل مقایسه با درآمد سالیانه پزشکان خانواده در این مطالعه نمی‌باشد.

هرچند که افزایش پاسخگویی و افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت و کاهش هزینه‌های غیر ضروری در بازار سلامت از جمله اهداف طرح پزشک خانواده می‌باشد (۱۴)، شواهد حاکی از این است که «مهم‌ترین نقاط ضعف طرح ناقص بودن نظام ارجاع و عدم ارایه بازخورد مناسب توسط پزشک متخصص به پزشک خانواده»، «عدم پیش‌بینی واقع بینانه امکانات و توانایی پزشک خانواده و حجم بالای کاری» و نهایتاً «ناکافی بودن دریافتی پزشکان» می‌باشد (۱۳). که موارد فوق در مطالعه حاضر تأیید شده است به طوری که ۳۸٪ مدیران و ۱۳/۶٪ بیماران از مشکل عدم استقبال سطوح بالاتر از موارد ارجاعی، ۲۲٪ مدیران آموزش ناکافی پزشکان، ۵۶٪ ماماها و ۱۷٪ بهورزان بالا بودن حجم کاری را از نقاط ضعف طرح عنوان کردند.

پزشکان خانواده به دلیل سابقه خود در ارتباط با خانوارها، مناسب‌ترین افراد برای حل مسایل مربوط به سلامتی آن‌ها می‌باشند. مسوولیت اصلی پزشک خانواده فراهم آوردن مراقبت‌های بهداشتی همه جانبه و جامع برای همه افراد نیازمند و ارجاع بیمار به پرسنل سایر رشته‌های بهداشتی و درمانی به منظور ارایه خدمات تکمیلی در هنگام نیاز می‌باشد (۱۸) و تحقیقات مختلف حاکی از این است که پزشکان خانواده نقش زیادی در ارایه مراقبت اولیه بیمار دارند. پزشک خانواده ارایه خدمات پیشگیری مراقبت اولیه، فراهم آوردن دسترسی وسیع به خدمات مورد نیاز با هزینه‌های کم‌تر را فراهم می‌کند (۱۹) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. براساس مطالعه حاضر به اعتقاد ۶۸/۲٪ مشتریان کاهش هزینه‌های درمان و از نظر ۵۲/۷٪ دسترسی آسان به دارو، پزشک و ماما را از نقاط قوت عمده طرح پزشک خانواده عنوان شده است.

تجربیات اجرای پزشک خانواده در کانادا نشان می‌دهد که پزشکان خانواده برای ارایه خدمات با کیفیت بالا و مستمر بیماران و امکان برنامه‌ریزی و مدیریت زمان جهت پرداختن به همه خدمات حاد، مزمن و مراقبت‌های پیشگیری نیازمند همکاری سایر متخصصین و اعضای تیم

10. The college of family physician of Canada. The role of family doctors in public health and december 2005. Available from: URL:http://www.cfpc.ca/local/files/communications/role_fam_doc_dec05.pdf.
11. Erez R, Rabin S, Shenkman L, Kitai E. A family physician in an ultraorthodox jewish village. *Journal of Religion and Health* 1999; 38(1):67-71.
12. Davoudi S, Jamshidy H. Worry story of our family physician, Iran republic Islamic medical council. Available from: URL:<http://www.irimc.org/NewsList.aspx?id=5522>. [Persian].
13. Hoveida H. Family physician, sarmayeh. Available from: URL:<http://www.sarmayeh.net/ShowNews.php?28076>. [Persian].
14. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. *Int J Qual Health Care* 2000;12(2):143-147.
15. American Academy of Family Physicians. Facts about family medicine. Available from: URL:http://www.aafp.org/online/en/home/about_us_specialty.htm.
16. Stock Keister MC, Green LA, Kahn NB, Phillips RL, McCann J, Fryer GE. What people want from their family physician?. *Am Fam Physician* 2004;69(10):2310.
17. Himmel W, Dieterich A, Michael M, Kochen F. German patients accept their family physician as a gatekeeper? *J Gen Intern Med* 2000;15(7):496-502.
18. Qazizadeh M, Tarighati OR, editors. Generalities of family physician. 1st ed. Tehran: Samar press; 2000. [Persian].
19. Gutkin Cal. Opportunities in the specialty of family medicine. *Can Fam Physician* 2008;54(2):320.
20. Pimlott N. Who has time for family medicine?. *Can Fam Physician* 2008;54(1):14-16.
21. Malekafzali H. Lack of Doctors justification family physician plan, Iran ministry of health. Available from: URL:<http://www.qudsdaily.com/archive/1386/html/5/1386-05-25/page63.html>. [Persian].
22. Giroto S, DelZotti F, Baruchello M, Gottardi G, Valante M, Battaglia A, et al. The behavior of Italian family physicians regarding the health problems of women and in particular, family planning. *Advances in Contraception* 1997;13(2-3):283-293.

تشکر و قدردانی

از کلیه مدیران شبکه بهداشت و درمان و مرکز بهداشت شهرستان مراغه، واحد آمار مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی، مسوولین بیمه خدمات درمانی شهرستان مراغه و از کلیه پزشکان و ماماها و بهورزان شهرستان مراغه که ما را در انجام این طرح و جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز صمیمانه یاری نمودند، سپاسگزاریم.

References

1. Ghodarzi G, Azadi H. Determining of technical efficient on Iran universities hospital. *Proceeding of 5th National Congress of Healthcare Administration Student*; 2007 May 9-12; Iran, Tabriz. P.38. [Persian].
2. Ghoharinejad S. Health system decentralization on Iran university and medical science. *Proceeding of 5th National Congress of Healthcare Administration Student*; 2007 May 9-12; Iran, Tabriz. p.32. [Persian].
3. Naghavi M, Jamshidi H, editors. Utilization of health services in Iran 2002. Tehran: Tandis press; 2005. [Persian].
4. Pilehrodi S, editor. Management services on district health network. Tehran: Iran Ministry of Health press; 1997. [Persian].
5. Shojaeetehrani H, editor. Generalities of health services. Tehran: Samat press; 1998. [Persian].
6. Iran Ministry of Health. Administrative guide direction of family physician. 2005. [Persian].
7. Richard A, Charles PB. Family physicians and family therapists: understanding the interdependent synergism. *Contemporary Family Therapy* 2000;22(3):253-277.
8. Mashhad University of Medical Science. Family physicians and rural insurance. Available from: URL:<http://www.mums.ac.ir/fpp/fa/kb-fbb>. [Persian].
9. Asefzadeh S, Rezapour A, editors. Health administration. Hadis Emroz press; 2005. [Persian].