

- وصول مقاله: ۹۶/۴/۱۴
- اصلاح نهایی: ۹۶/۵/۲۵
- پذیرش نهایی: ۹۶/۵/۲۵

بررسی دیدگاه پزشکان عمومی در مورد سیاست‌های مندرج در دستورالعمل برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری؛ استان خوزستان ۱۳۹۴

منصور ظهیری^۱، عفت محمدی^۲، ژیلا نجف‌پور^۳، محمدرضا مبینی‌زاده^۴، زهرا گودرزی^۵

چکیده

مقدمه: از مهم‌ترین مسائل مورد توجه در فرآیند پیاده‌سازی و اجرا، تحلیل ذینفعان و شناخت مطلوبیت‌های ایشان می‌باشد. این امر به جهت اجرای موفق‌تر طرح تاثیر بسزایی دارد؛ مطالعه حاضر در نظر دارد تا محتوای دستورالعمل‌های پزشکی خانواده را از دیدگاه پزشکان عمومی، به عنوان گروهی از مهم‌ترین ذینفعان اجرای این طرح، در استان خوزستان، سال ۱۳۹۴ مورد بررسی قرار دهد تا با استفاده از آن علاقه‌مندی‌ها و جهت‌گیری‌های این گروه در جهت اجرای طرح، شناسایی شود.

روش پژوهش: این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی می‌باشد که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۴ و با بهره‌گیری از رویکرد کمی، انجام شده است. پژوهش حاضر به صورت پیمایشی و در قالب پرسشنامه محقق ساخته و بر اساس محتوای دستورالعمل پزشکی خانواده و نظام ارجاع، در جامعه پزشکان عمومی استان خوزستان انجام شده است. نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای تصادفی و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شده است.

یافته‌ها: در سه محور سیاست‌های اجرایی پزشکی خانواده، بیشترین میانگین امتیاز را محور محتوای بسته خدمات سلامت در قسمت تناسب سیاست‌ها (۳,۳±۱,۰۱) و محور نظام ارائه خدمات در قسمت قابلیت اجرا (۲,۹۵ ± ۰,۹۸)، در ایران به خود اختصاص داد. شکاف بین تناسب سیاست و قابلیت اجرا در ایران مربوط به محور نیروی انسانی و فضای فیزیکی مورد نیاز در سطح اول بود (P=0.001). محور بسته خدمات از نظر تناسب و قابلیت اجرا با جایگاه سازمانی افراد دارای ارتباط معنی‌دار آماری بود (P=0.01) و افراد بر مبنای اشتغال در موقعیت صف و ستاد نظرات متفاوتی در خصوص بسته خدمات پایه داشتند.

نتیجه‌گیری: در راستای اجرای نظام ارجاع، نیاز به ایجاد زیرساخت و اصلاحات در سایر بخش‌های سلامت از جمله سیستم اطلاعات سلامت، تربیت نیروی انسانی ماهر و مرتبط، فرهنگ‌سازی در جامعه، دستورالعمل‌های مرتبط با نظام پرداخت و چگونگی ارائه خدمت ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: پزشک خانواده، نظام ارجاع، تحلیل سیاست، دستورالعمل.

۱- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران، (نویسنده مسئول)، پست

الکترونیک: man_zahiri@yahoo.co.uk

۲- دانشجوی دکتری سیاست‌گذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴- استادیار، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۵- دانشجوی دکتری اقتصاد دارو، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

تمامی کشورها از حق سلامتی به عنوان اساسی‌ترین حق مردم خود نام برده‌اند و حکومت‌ها حفظ و ارتقای آن را از مهم‌ترین وظایف خود می‌دانند. سلامتی، محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و دارای اهمیت ویژه‌ای در توسعه زیرساخت بخش‌های مختلف جامعه می‌باشد [۱]. نظام مراقبت سلامت شامل کلیه سازمان‌ها، نهادها و افراد ارائه‌دهنده خدمات سلامت می‌شود که عمدتاً از دو بخش دولتی و خصوصی تشکیل می‌گردد. بخش دولتی نظام مراقبت سلامت در اکثر کشورها به منظور کارایی و اثربخشی بیشتر و همچنین ایجاد عدالت و امکان دسترسی آحاد مردم به سه سطح اول، دوم و سوم سازماندهی می‌شود که با توجه به سطح‌بندی خدمات، دسترسی افراد نیازمند به خدمات تخصصی‌تر از طریق نظام ارجاع میسر می‌گردد [۲-۴].

اگرچه هدف اصلی هر نظام سلامت عبارت است از: تامین، حفظ و ارتقای سلامت ولی علاوه بر این وظایف، می‌توان وظایف دیگری را نیز برای نظام‌های سلامت برشمرد، از جمله: افزایش امید به زندگی سالم، پاسخ‌دهی به انتظارات معقول مردم، کاهش نابرابری بین گروه‌های مرفه و مستمند جامعه (عدالت در سلامت) و همچنین، محافظت مالی افراد در برابر هزینه‌های بیماری [۵].

در کشور ما نیز سلامت به عنوان یک حق شناخته شده است و در اصول متعددی در قانون اساسی بر این مساله تاکید شده است [۵]. به منظور دسترسی مردم به خدمات سلامت، وزارت بهداشت و درمان، مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی را به عنوان درون مایه‌ی شبکه‌های بهداشت و درمان جاری نمود. از سال ۱۳۶۴ با اجرای طرح نظام شبکه بهداشت و درمان و سطح‌بندی خدمات در سه سطح اول، دوم و سوم در کلیه شهرستان‌ها دستاورد چشم‌گیری به دنبال داشته است، ولی عدم تحقق مناسب نظام ارجاع یکی از ضعف‌های بارز آن به شمار می‌رود [۶].

از سال ۱۳۸۴ با اجرای طرح پزشک خانواده روستائی در مناطق روستائی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت، اصلاح و تقویت نظام ارجاع که اساس ساماندهی سلامت

می‌باشد، مورد تاکید قرار گرفته است و مناسب‌ترین استراتژی اجرائی هم برای بیمه روستائی در قالب نظام ارجاع، برنامه پزشک خانواده تعیین شده است و برای رسیدن به این منظور از اواسط سال ۱۳۸۴، طرح سازماندهی و ارتقاء بیمه درمان روستائیان و صدور دفترچه برای آنها و اجرای طرح پزشک خانواده صورت گرفته است [۷-۹].

دستورالعمل عمل برنامه پزشک خانواده در مناطق شهری نسخه ۰۲، در کشور ما در راستای سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در ارتباط با سلامت و به منظور اجرای بندهای "ج" و "د" ماده ۳۲ و "الف" ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه طی تصویب نامه شماره ۱۰۳۶۲/ت/۴۷۹۷۱ مورخ ۱۳۹۱/۱/۲۶ هیئت وزیران به تصویب هیات محترم دولت رسید و لازم الاجرا گردید [۵]. متأسفانه به دلیل وجود چالش‌های متعددی از قبیل، ضعف در ارائه بازخورد از سطوح ۲ به ۱ ارجاع و طولانی بودن آن، عدم وجود زیر ساخت‌های نیروی انسانی و فضاهای فیزیکی مناسب، ضعف در فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی به جامعه و عدم وجود پرونده الکترونیک سلامت، اجرای این دستور عمل با موانعی رو به رو بوده است [۱۰]. شناخت و رفع موانع اجرائی طرح مذکور که ارتقاء سلامت جامعه را در پی خواهد داشت، مستلزم انجام پژوهش‌های متعدد در زمینه‌های مرتبط با موضوع می‌باشد. مقاله حاضر در همین جهت در نظر دارد تا محتوای دستورالعمل عمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری را از نظرگاه یکی از مهم‌ترین ذینفعان این طرح، پزشکان خانواده، بگذراند تا بتواند دیدگاه این افراد را که عمدتاً عوامل اجرائی طرح می‌باشند شناسایی کند. بدیهی است شناخت این دیدگاه، اطلاعات جامع و شفاف را برای تصمیم‌گیری در خصوص اجرائی ساختن برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در اختیار سیاست‌گذاران نظام سلامت قرار می‌دهد.

روش پژوهش

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی می‌باشد که به صورت مقطعی و در قالب اجرای بررسی پیمایشی در سال ۱۳۹۴ انجام شده است. بررسی سیاست‌های مطرح

و گویا است - *) شفاف و گویا نیست، ب) تعیین شاخص روایی محتوا (CVI) برای هر ایتِم (بصورت پنج گزینه ای: *) کاملاً نامتناسب - *) نامتناسب - *) تا حدودی متناسب - *) متناسب - *) کاملاً متناسب و ج) تعیین نسبت روایی محتوا (CVR) برای هر ایتِم بصورت سه گزینه ای: *) ضروری است - *) مفید است اما ضروری نیست - *) ضروری نیست طراحی گردید. با توجه به میزان بالای امتیازات کسب شده برای هر سوال، تمامی بخش‌های پرسشنامه از درجه‌ای از روایی محتوا برخوردار می‌باشند. لذا هر ۴ بخش سوالات، وارد پرسشنامه نهایی گردیدند.

سنجش پایایی پرسشنامه: بررسی پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ نشان داد که ضریب همبستگی بین سوالات (گویه‌ها) ۰/۸۰۶ است و حکایت از پایایی بالای سوالات پرسشنامه داشت. نظر به اینکه سوالات پرسشنامه‌ها با طیف لیکرت طراحی شده و در واقع از نوع نگرش سنج می‌باشند به همین جهت مناسب‌ترین روش برای محاسبه پایایی، ضریب آلفای کرونباخ است. از طرف دیگر بررسی وضعیت هر یک از سوالات پرسشنامه به منظور سنجش همسانی درونی سوالات نشان داد که حذف سوالات موجب افزایش یا کاهش چشمگیر در ضریب پایایی پرسشنامه نیست. بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که سوالات پرسشنامه مورد استفاده از همسانی درونی خوبی هم در شاخص‌ها و هم در کل برخوردار هستند.

تحلیل داده‌ها: پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها دسته‌بندی و با به کارگیری نرم‌افزار آماری SPSS تحلیل شدند. داده‌ها به صورت توصیفی و تحلیلی مورد بررسی قرار گرفتند. جهت تحلیل داده‌ها، از آزمون‌های توصیفی و تحلیلی مرتبط (T test/ Run Test/Frequency) /ضریب همبستگی پیرسون و آزمون آنالیز واریانس) بهره گرفته شد.

روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن: جامعه‌ی مورد مطالعه‌ی این پژوهش را پزشکان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز تشکیل می‌دهند. این

شده در دستورالعمل پزشک خانواده و نظام ارجاع نسخه ۰/۰۲ سوالات این پیمایش را تشکیل دادند. جهت انجام این بررسی از پرسشنامه ساختارمند بهره گرفته شد. این پرسشنامه در ضمن انجام مراحل اولیه تحقیق تدوین و مورد استفاده قرار گرفت.

تدوین پرسشنامه اولیه: در این بخش، ابتدا با بهره‌گیری از نظرات کارشناسان مرتبط با نظام ارجاع و بیمه خدمات سلامت، طی برگزاری یک جلسه گروه متمرکز، ابعاد دستورالعمل مورد بررسی شناسایی شد. در مرحله بعد، مطالعات مرتبط با نظام ارجاع و پزشک خانواده در کشور و سایر کشورها مورد بررسی قرار گرفت و نحوه انجام و نوع سوالات مورد پژوهش در این مطالعات بررسی و تحلیل شد. در طراحی پرسشنامه حاضر سعی شد تا با مطالعه یافته‌های دیگران و ادبیاتی که در مورد سناریوها و تاثیر عوامل موثر بر پاسخ‌های افراد وجود دارند، عوامل مخدوش کننده و خطاهای محتمل را به حداقل برسانیم. در نهایت سوالات اولیه پرسشنامه با توجه به خروجی‌های جلسه گروه متمرکز، بررسی مطالعات و اهداف پژوهش و سوالاتی در مورد اطلاعات جمعیت‌شناختی پاسخ‌گویا، تدوین شد. مقرر گردید، در این پرسشنامه با ارائه توضیحات شفاهی و کتبی، بعد از ذکر اطلاعات دموگرافیک، نمایه‌های مطرح شده را با توجه به راهنمای مرتبط با هر سوال پاسخ دهند. سوالات پرسشنامه به صورت طیف لیکرت طراحی شد، به صورتی که از پرسش شوندگان خواسته شد تا به هریک از سوالات مطرح شده، از بعد "مناسب بودن سیاست" و "قابلیت اجرای سیاست"، امتیازی بین ۱) کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) اختصاص دهند.

سنجش روایی پرسشنامه: سوالات تدوین شده به صورت یک پرسشنامه شامل ۴ بخش (یک بخش اطلاعات جمعیتی و اجتماعی و ۳ بخش سوالات اصلی مطالعه) طراحی گردید. به منظور تعیین روایی محتوا، پرسشنامه اولیه بین ۷ نفر از صاحب‌نظران حوزه مدیریت سلامت، بهداشت عمومی و بیمه سلامت توزیع شد. پرسشنامه به سه صورت شامل الف) تعیین روایی صوری برای هر ایتِم به صورت دو گزینه‌ای: *) شفاف

تناسب سیاست‌ها و قابلیت اجرا در ایران را به خود اختصاص داد. محور نیروی انسانی و فضای فیزیکی مورد نیاز نیز در قسمت تناسب سیاست کمترین میانگین امتیاز را داشت و در محتوای بسته نیز کمترین میانگین را در قسمت قابلیت اجرا از دیدگاه پزشکان خانواده در حوزه صف و ستاد به خود اختصاص داد.

(جدول ۲)

طبق دیدگان پزشکان خانواده در حوزه‌های مورد مطالعه بیشترین شکاف بین تناسب سیاست و قابلیت اجرا در ایران مربوط به محور نیروی انسانی و فضای فیزیکی مورد نیاز در سطح اول بود که دارای سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد. و کمترین شکاف بین تناسب سیاست‌ها با قابلیت اجرا مربوط به دو حیطه بسته خدمات و نظام ارائه خدمات می‌باشد. (جدول ۳)

بررسی دیدگاه پزشکان با متغیرهای جایگاه سازمانی (صف یا ستاد بودن پزشک) و جنس حاکی از آن بود که در خصوص متغیر جایگاه سازمانی و دیدگاه کلی پزشکان خانواده در خصوص سیاست‌های پزشک خانواده هیچ گونه ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد این در حالی است که محور بسته خدمات از نظر تناسب و قابلیت اجرا با جایگاه سازمانی افراد دارای ارتباط معنی‌دار آماری بود و افراد بر مبنای اشتغال در موقعیت صف و ستاد نظرات متفاوتی در خصوص بسته خدمات پایه داشتند. در خصوص متغیر جنس نیز ارتباط آماری معنی‌داری بین دیدگاه کلی پزشکان در خصوص سیاست‌های پزشک خانواده مشاهده نشد اما در محور نیروی انسانی و فضای فیزیکی مورد نیاز در سطح اول با متغیر جنس ارتباط معنی‌داری وجود داشت و افراد با جنس زن نسبت به فضای فیزیکی حساسیت بیشتری داشتند. (جدول ۴)

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر، چارچوبی از روابط، مسائل و مشکلات سطح ۲ ارجاع برنامه پزشک خانواده را نشان می‌دهند که بر اساس نظرسنجی با مستقیم‌ترین افراد درگیر در اجرای برنامه استخراج گردید.

پژوهش از وجود پزشکان در دو سطح ستادی و اجرائی بهره گرفت. روش نمونه‌گیری جامعه مورد پژوهش به صورت طبقه‌ای تصادفی می‌باشد. جامعه به دو طبقه پزشکان صفی ($N_1=600$) و پزشکان ستادی ($N_2=58$) تقسیم می‌شود. حجم نمونه فرمول مربوطه به برآورد میانگین طوری به دست آمده با اطمینان ۹۵٪ و حداکثر خطای ۷ نمره میانگین فوق برآورد شود. از فرمول زیر تعداد نمونه محاسبه شده است. لازم به توضیح است که چون دامنه تغییرات نمره دیدگاه بر اساس پرسشنامه بین ۶۰ تا ۳۰۰ می‌باشد، بنابراین انحراف معیار ۴۰ نمره در نظر گرفته شده است.

- حجم نمونه پزشکان صفی: $n_1=235$

- حجم نمونه پزشکان ستاد: $n_2=50$

$$N = \frac{Z^2 * S^2}{d^2}$$

نهایتاً نمونه‌گیری در هر طبقه پزشکان صف به صورت تصادفی و در طبقه ستاد به صورت هدفمند (دراری سابقه کار بیش از ۳ سال در سطوح ستادی، دارای پست ریاست دانشگاه، معاونت بهداشتی دانشگاه، معاونت درمان دانشگاه، روسای شبکه‌های شهرستان‌ها، روسای مراکز بهداشت و درمان شهرستان‌ها و روسای بیمارستان‌ها) انجام شد. محیط انجام این پژوهش سازمان‌های منتسب به ارائه خدمات سلامت زیر مجموعه دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز می‌باشد.

یافته‌ها

در این قسمت ابتدا به توصیف متغیرهای دموگرافیک، سپس به بیان یافته‌های پژوهش در زمینه فرضیات و سوالات تحقیق می‌پردازیم. (جدول ۱)

در این مطالعه اکثریت حجم نمونه بیش از ۶۰ درصد افراد را جنس زن تشکیل می‌دادند و محدوده سنی آنها کمتر از ۴۰ سال بود. تجربه کاری آنها نیز زیر ۵ سال بود و بیش از ۵۰٪ پزشکان در صف (تیم‌های سلامت) مشغول به فعالیت بودند.

همان طور که از جدول پایین بر می‌آید در سه محور سیاست‌های اجرایی پزشک خانواده، بیشترین میانگین امتیاز مربوط به محور نظام ارائه خدمات در قسمت

سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد. و کمترین شکاف بین تناسب سیاست‌ها با قابلیت اجرا مربوط به دو حیطة بسته خدمات و نظام ارائه خدمات می‌باشد.

توجه به این یافته‌ها لزوم بازنگری در استانداردهای نیروی انسانی و فضای فیزیکی را با توجه به اهداف طرح پزشک خانواده و جمعیت دریافت کننده خدمات سلامت ضروری می‌سازد. تحلیل مصاحبه‌ها هم‌اقدام به این موضوع را نشان می‌داد. نظر به اینکه برنامه پزشک خانواده رویکردی سلامت محور دارد، در نسخه ۰۲ چنین رویکردی مشهود نمی‌باشد. به عنوان مثال تعداد بیمار در نظر گرفته شده برای هر پزشک در این طرح به مراتب بیشتر از حد استاندارد و به میزان ۲۵۰۰-۵۰۰ بیمار می‌باشد و وظایف در نظر گرفته شده برای پزشک خانواده نیز بسیار گسترده و مشتمل بر مراقبت‌های بهداشتی - درمانی و مدیریتی بوده و با توجه به حجم کار و تشکیل پرونده الکترونیک سلامت و پایش‌های مربوط ۲-۳ برابر حجم کار نرمال یک پزشک می‌باشد. (بر اساس استانداردهای جهانی اعلام کرده‌ایم آن است که هر ۱۰۰۰ نفر از جمعیت باید تحت پوشش یک پزشک قرار گیرند. این امر سبب می‌شود پزشکان بیشتری وارد طرح شوند و مهم‌تر آن که کیفیت مراقبت‌های لازم از مردم ارتقا می‌یابد. به این ترتیب تعداد بیمارانی که روزانه یک پزشک خانواده باید ویزیت کند به استانداردها نزدیک‌تر می‌شود.

بررسی دیدگاه پزشکان با متغیرهای جایگاه سازمانی و جنس حاکی از آن بود که در خصوص متغیر جایگاه سازمانی و دیدگاه کلی پزشکان خانواده در خصوص سیاست‌های پزشک خانواده هیچ گونه ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد این در حالی است که محور بسته خدمات از نظر تناسب و قابلیت اجرا با جایگاه ست سازمانی افراد دارای ارتباط معنی‌دار آماری بود و افراد بر مبنای اشتغال در موقعیت صف و ستاد نظرات متفاوتی در خصوص بسته خدمات پایه داشتند ($P < 0.05$). دیدگاه پزشکان شاغل در ستاد در مورد محتوای بسته و لزوم شفاف‌سازی آن نشان‌دهنده‌ی این است که ایشان نگاهی سیاستی‌تر به موضوع دارند و چون در ارتباط

در فاز کمی پژوهش ابتدا به تحلیل توصیفی دیدگاه پزشکان (در صف و ستاد) پرداخته شد. میانگین دیدگاه کلی پزشکان در مورد مناسب و صحیح بودن سیاست‌های مندرج در دستورالعمل پزشک خانواده شهری از ۵، ۳/۲۷ با انحراف معیار ۰/۹۳ بود. در مورد قابلیت اجرای آنها در ایران ۲/۶۶ با انحراف معیار ۰/۹۴. این موضوع نشان می‌دهد که به نظر ایشان اگرچه این سیاست‌ها می‌تواند مفید واقع شود و ذاتا مناسب باشند (با میانگین نه چندان بالا)، اما اجرای آنها در ایران نیاز به بازنگری و احیانا الزام ایجاد زیرساخت‌های مرتبط را دارد.

یافته‌ها در مورد مناسب بودن مولفه محتوای بسته خدمات سلامت ($3/3 \pm 1,01$)، بالاتر از نیروی انسانی، فضای فیزیکی ($3/25 \pm 0,89$) و نظام ارائه خدمات سلامت ($3/27 \pm 0,97$) بوده است. این موضوع می‌تواند بیانگر این باشد که سیاست‌های مرتبط با محتوای بسته خدمات سلامت در بخش پزشک خانواده (سطح ۱ نظام ارجاع) جامع و کامل دیده شده است، هر چند که در بررسی مصاحبه‌ها به لزوم شفاف‌سازی محتوای بسته اشاره شده است، چرا که تنها جامع ارائه دادن کافی نمی‌باشد و این موضوع می‌تواند سبب بروز مشکلاتی در ارائه خدمات در سطح ۲ و ۳ ارجاع و ارتباطات مالی و بیمه‌ای شود.

دیدگاه پزشکان راجع به قابلیت اجرای سیاست‌های مرتبط با نظام ارائه خدمات در کشور ($2,95 \pm 0,98$) بالاتر از نیروی انسانی، فضای فیزیکی ($2/53 \pm 0/92$) و بسته خدمات سلامت ($2/50 \pm 0/94$) می‌باشد. به نظر می‌رسد مواردی که در قسمت نظام ارائه خدمات ذکر شده است، با مجموعه زیرساخت‌ها و ظرفیت سیاسی و اجرایی کشور هم‌خوانی بیشتری دارند و در اجرا با موانع و چالش‌های کمتری مواجه خواهند شد.

در مورد انطباق بین مناسب بودن سیاست‌ها با قابلیت اجرای آنها در ایران؛ بر اساس دیدگان پزشکان خانواده در حوزه‌های مورد مطالعه بیشترین شکاف بین تناسب سیاست و قابلیت اجرا مربوط به محور نیروی انسانی و فضای فیزیکی مورد نیاز در سطح اول بود که دارای

می گذارد که به صورت متقابل علت و معلول یکدیگرند، از این رو هر گونه تلاش به منظور بهبود کیفیت نظام ارجاع در این سطح، نیازمند اقدامات سیستماتیک و هماهنگ با شناخت عمیق موانع و چالش‌ها، می باشد.

مطالعه تحت عنوان "پایه‌گذاری سه سطح سیستم سلامت بر اساس دو روش ارجاع" که توسط رونگون و همکاران انجام شده است [۱۳]، عنوان می‌کند که اجرای نظام ارجاع اثربخش در سیستم سلامت به ساختارهای مدیریتی قوی و حمایت‌کننده نیاز دارد و یکی از الزامات مهم در اجرای برنامه حمایت‌های مالی و مشارکت ذینفعان مختلف در تدوین سیاست کلی طرح می‌داند؛ مطالعه حاضر نیز در همین جهت و با هدف اخذ و نهایتاً به کارگیری نظر یکی از مهم‌ترین ذینفعان طرح پزشک خانواده (دیدگاه پزشکان) در مورد سیاست‌های مرتبط انجام شد.

یافته‌های پژوهشی توصیفی پیمان و همکارانش در مطالعه " بررسی رضایت شغلی پزشکان شاغل در برنامه پزشک خانواده" که بر ۳۳۲ نفر پزشک خانواده با حداقل یک سال سابقه کار در استان خراسان) انجام شد [۱۴]، مبنی بر این بود که بیشترین رضایت شغلی مربوط به ارتباط با همکاران و کمترین رضایت از مزایای سختی کار، برقراری عدالت و امکانات رفاهی بوده است. آزمون آماری مجذور کای بین رضایت شغلی با وضعیت تاهل و جنسیت و سابقه کار ارتباط معنی‌داری را نشان داد؛ این یافته‌ها با یافته‌های مطالعه حاضر در وجود ارتباط معنا دار بین جنسیت و فضای شغلی و امکانات رفاهی و رضایت پایین پزشکان از سیاست‌ها مرتبط با حجم و سختی کار مطابقت دارد.

مقاله ای با عنوان " ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران در سال ۱۳۸۷" [۱۵]، به این نتیجه رسید که بسیاری از اصول نظام ارجاع از سطح یک به سطوح بالاتر و بالعکس رعایت نمی‌شود که نیاز به اصلاح، آموزش و مداخله در این زمینه می‌باشد؛ تحلیل مصاحبه‌های کیفی این مطالعه نیز به لزوم

مستقیم با سازمان‌های بیمه‌ای و مراجع بالادستی هستند و چالش‌های مرتبط با این مولفه را بیش از پزشکان شاغل در صف درک می‌کنند.

در خصوص متغییر جنس نیز ارتباط آماری معنی‌داری بین دیدگاه کلی پزشکان در خصوص سیاست‌های پزشک خانواده مشاهده نشد اما در محور نیروی انسانی و فضای فیزیکی مورد نیاز در سطح اول با متغییر جنس ارتباط معنی‌داری وجود داشت و افراد با جنس زن نسبت به فضای فیزیکی حساسیت بیشتری داشتند. با توجه به حجم بالای کار، ساعات کاری و منطقه زندگی با امکانات پایین (که در مصاحبه‌ها به آن اشاره شد) این موضوع برای پزشکان زن می‌تواند توجیه‌کننده باشد.

نصیری‌پور و همکارانش در مطالعه‌ای که عملکرد نظام ارجاع را در کاشان از دیدگاه پزشکان خانواده بررسی کرده بودند، به این نتیجه رسیدند که میزان امکانات و تسهیلات پزشک خانواده وضعیت نامطلوبی دارد. این موضوع با یافته‌های مطالعه حاضر مبنی بر این که دستورالعمل‌های موجود در خصوص فضای فیزیکی و تسهیلات از نمره میانگین پایینی از جهت قابلیت اجرا دارد، مشابه می‌باشد [۱۱].

مطالعه ای که توسط گل‌علیزاده و همکارانش تحت عنوان " چالش‌های سطح دوم ارجاع در برنامه پزشک خانواده: پژوهش کیفی" [۱۲] انجام دادند به شناسایی چالش‌های موجود در اجرای سطح دوم نظام ارجاع، در برنامه پزشک خانواده پرداختند؛ داده‌های مطالعه مانند قسمتی از داده‌های مطالعه حاضر به صورت کیفی جمع آوری و تحلیل گردید. ۴ موضوع اصلی و ۳۴ زیر موضوع در تبیین چالش‌های سطح دوم ارجاع برنامه پزشک خانواده شناسایی شد که موضوعات اصلی شامل چالش‌های مرتبط با واحدها یا پرسنل سطح دوم ارجاع، واحدها یا پرسنل سطح یک ارجاع، مدیریت و مردم بودند. مقایسه یافته‌های کیفی پژوهش حاضر با مطالعه گل‌علیزاده نشان دهنده وجود شباهت در نتیجه‌گیری در خصوص سیاست‌های طرح و چالش‌های مرتبط با آن می‌باشد که عوامل متعددی بر کیفیت نظام ارجاع به ویژه ارجاع سطح دوم در برنامه پزشک خانواده تاثیر

باید مبین تبادل دوسویه اطلاعات باشد. یعنی اولین سطح پذیرنده ارجاع، بیمار را با اعلام وضعیت و راهنمایی کارکنان علمی در باره طرز پیگیری و مراقبت از بیمار به واحد ارجاع دهنده عودت دهد. در این صورت نظام ارجاع ضمن اولویت بندی بیماران جهت دریافت خدمات تخصصی تر می تواند در آموزش و هدایت کارکنان محلی در راستای برخورد صحیح با مسائل و مواردی که باید ارجاع شوند، موثر باشد.

محققین بر اساس یافته های این مطالعه اهمیت و ضرورت اجرای برنامه پزشک خانواده را همراه با ارائه پیشنهادات زیر، متذکر می شوند:

- تدوین سیاست های همسو در ابعاد نظام آموزشی، نظام ارائه خدمت و پرداخت، تربیت نیروی انسانی در جهت اجرای طرح پزشک خانواده؛

- برقراری زیر ساخت های اجرایی طرح با رویکرد تدوین آئین نامه های اجرایی در جهت اجرای سیاست های تدوین شده؛

- مشخص نمودن متولی اجرای سیاست های تدوین شده و آئین نامه های اجرایی آن، به طوری که برنامه ای فاقد مسؤل پاسخگو و یا برنامه ای دارای بیش از دو متولی پاسخگو وجود نداشته باشد (صرف نظر از مشارکت همه جانبه در اجرای برنامه ها).

- اصلاح سیستم های اطلاعات جامع سلامت؛ به نحوی که اهداف مرتبط با برقراری پرونده الکترونیک سلامت (که در سیاست های بالادستی نیز به آنها اشاره شده است) احصا گردد؛

- برقراری زیر ساخت هایی جهت اجرای بسته تعریف شده، مطابق با سطح مهارت ارائه دهندگان خدمت در هریک از سطوح و میزان امکانات و تجهیزات موجود؛

- تدوین راهنماهای بالینی مرتبط با مجموعه فعالیت های پزشکان خانواده؛

- توسعه آموزش و ارتقا سلامت مردم، در جهت ارتقا پذیرش طرح توسط مردم و نهایتا اثربخش نمودن اجرای برنامه؛

- توسعه فرآیند بازخورد در همه سطوح تعریف شده نظام ارجاع و پزشک خانواده و بهره گیری از آن

استانداردسازی تعداد ارجاعات و فعال سازی فرآیند بازخورد در ارجاعات اشاره نمود. چراکه وجود بازخورد فعال و صحیح می تواند به پزشک خانواده کمک نماید تا روند درمان و حفظ سلامت جمعیت تحت پوشش خود را پیگیری نماید.

پژوهشی با عنوان "بررسی ارتباط آگاهی و نگرش روستاییان با منابع کسب اطلاعات در زمینه برنامه پزشک خانواده در شهرستان شهر کرد سال ۱۳۸۸" که توسط توسلی و همکاران انجام گرفت [۱۶]، بیان کرد که میزان اطلاع رسانی به افراد در مورد برنامه در حد متوسط می باشد و با توجه به این که روستاییان بیشترین اطلاعات خود را از بهورزان دریافت کرده بودند؛ این مطالعه لزوم آگاه سازی مردم و فرهنگ استفاده از نظام ارجاع را بیان می کند. در مطالع حاضر نیز به لزوم همراه سازی مردم در اجرای هر چه بهتر این طرح در مصاحبه ها اشاره شده بود. بنابراین اجرای برنامه های آموزشی برای پزشکان و بهورزان و انتقال به سایر افراد جامعه می تواند موجب ارتقای کیفیت و اثربخشی این برنامه گردد.

برقراری نظام ارجاع در کشور انقلاب عظیمی در ارائه خدمات سلامت در کشور می باشد که می تواند ارتقاء کیفیت و دسترسی به خدمات سلامت را همراه با مدیریت هزینه های آن به همراه داشته باشد. در راستای اجرای این مهم نیاز به ایجاد زیرساخت و اصلاحات در سایر بخش های سلامت از جمله سیستم اطلاعات سلامت، تربیت نیروی انسانی ماهر و مرتبط، فرهنگ سازی در جامعه، دستورالعمل های مرتبط با نظام پرداخت و چگونگی ارائه خدمت و ... می باشد. این ابعاد با تدوین سیاست هایی مناسب، همراه با آئین نامه های اجرایی مرتبط قابل اصلاح و انجام می باشند.

نظام ارجاع به گونه ای باید تبیین گردد که کارکنان سطوح پایین در صورتی که قادر به تشخیص یا درمان نباشند به سطح بالاتر که واجد کارکنانی در سطوح عالی تر تحصیلی بوده و قادرند خدمات تخصصی تر را در ابعادی وسیع تر و با استفاده از تکنولوژی پیشرفته تر عرضه نمایند، ارجاع دهند. ایجاد و تقویت نظام ارجاع

- سیاست‌گذاری نظام پرداخت به پزشکان و تیم سلامت به گونه‌ای که علاوه بر ایجاد انگیزه برای ایشان، حداقل پرتی منابع مالی را به همراه داشته باشد؛
- جذب و ثبت نام جمعیت توسط مراکز بهداشتی درمانی در سطح روستا و شهر انجام شود (نه توسط پزشکان)؛

- دسترسی به خدمات سلامت برای تمامی جمعیت تحت پوشش در قالب نظام ارجاع فراهم شود تا بیمار مجبور به دور زدن سطح‌بندی نداشته باشد و اهداف عالیه طرح (دسترسی به خدمت، کاهش پرداخت از جیب و پاسخ‌گویی به بیمار) احصا گردد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با تصویب در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز انجام گرفته است. تیم پژوهش از حمایت‌های این دانشگاه در خصوص گردآوری داده‌های مورد نیاز و حمایت‌های مالی، کمال قدردانی را دارد.

- تدوین و اصلاح استانداردهای فضای فیزیکی مورد نیاز مطابق با سطح انتظارات از عملکرد پزشکان خانواده و تیم سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- تدوین و اصلاح استانداردهای لوازم و تجهیزات مورد نیاز مطابق با سطح انتظارات از عملکرد پزشکان خانواده و تیم سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- تطابق نیروی انسانی با حجم جمعیت

- تطابق نیروی انسانی با منابع انسانی موجود، با انجام برنامه‌ریزی‌های بلندمدت جهت افزایش جذب و به کارگیری منابع انسانی مورد نیاز ارائه خدمت

- توانمندسازی و آموزش‌های دوره‌ای جهت پزشکان خانواده و تیم سلامت با توجه به شرح وظایف تعریف شده برای ایشان و اهداف طرح؛

- استانداردسازی و معقول نمودن ساعات فعالیت پزشک خانواده به طوری که ارائه خدمات با حداکثر کیفیت همراه باشد؛

جدول ۱ - آمار توصیفی نمونه مورد مطالعه

جنس	افراد مورد مطالعه	
	زن	مرد
سن	۴۰-۳۰	۶۹ (۱۳۶)٪
	۵۰-۴۰	۳۱ (۵۹)٪
	۵۰<	۱۱ (۲۰)٪
تجربه کاری	۵>	۵۶ (۱۱۰)٪
	۱۰-۵	۱۷ (۳۵)٪
	۲۰-۱۰	۱۷ (۳۵)٪
	۲۰<	۹ (۱۶)٪
جایگاه سازمانی	ستاد (۱)	۳۰٪
	صف (۲)	۷۰٪

جدول ۲ - میانگین و انحراف معیار دیدگاه پزشکان در مورد سیاست‌های مندرج در دستورالعمل پزشک خانواده و نظام ارجاع

سیاست‌های مندرج در دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع نسخه ۰۲ در مناطق شهری			
ردیف	مولفه‌های (محتوای برنامه) مورد بررسی	مناسب بودن سیاست (امتیاز بین ۱ تا ۵)	قابلیت اجرای سیاست در ایران (امتیاز بین ۱ تا ۵)
		میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار
۱	محتوای بسته خدمات سلامت	۳,۳±۱,۰۱	۲,۵۰±۰,۹۴
۲	نیروی انسانی و فضای فیزیکی مورد نیاز در سطح اول	۳/۲۵ ±۰,۸۹	۲,۵۳ ± ۰,۹۲
۳	نظام ارائه خدمات	۳/۲۷ ± ۰,۹۷	۲,۹۵ ± ۰,۹۸
میانگین نمره نظرات در مورد کل مولفه‌ها		۳,۲۷ ± ۰,۹۳	۲,۶۶ ± ۰,۹۴

جدول ۳ - میزان تطابق دیدگاه پزشکان در مورد مناسب بودن سیاست‌های مندرج در دستورالعمل پزشک خانواده و نظام ارجاع، نسخه ۰۲ با قابلیت اجرای آنها در ایران

بررسی تفاوت بین سیاست‌ها با قابلیت اجرا در ایران				
	محتوای سیاست	آماره از مومن	DS	p-value
جفت ۱	بسته خدمات (تناسب سیاست - قابلیت اجرا)	- ۲۷,۷	195	0.1
جفت ۲	نیروی انسانی و فضای فیزیکی مورد نیاز در سطح اول	- ۲۹,۴	195	0.001
جفت ۳	نظام ارائه خدمات	- ۲۲,۸	195	0.2

جدول ۴ - ارتباط بین متغیرهای جایگاه سازمانی و جنس افراد مورد مطالعه با دیدگاه ایشان در مورد سیاست‌های مندرج در دستورالعمل پزشک خانواده و نظام ارجاع، نسخه ۰۲

جنس		جایگاه سازمانی		مولفه‌های مورد بررسی
P - value	correlation	P - value	Correlation	
۰/۹۶	۰/۲۷	۰/۹۶	۰/۰۰۷	دیدگاه کلی پزشکان در خصوص سیاست‌های پزشک خانواده
۰/۱	۰/۱۵	۰/۰۱	۰/۰۰۵	بسته خدمات (تناسب سیاست - قابلیت اجرا)
۰/۰۲	۰/۲۴	۰/۷	۰/۰۱	نیروی انسانی و فضای فیزیکی مورد نیاز در سطح اول
۰/۵	۱/۰۵	۰/۵	۰/۱	نظام ارائه خدمات

Reference:

- 1- WHO. World Health Report 2008: Primary Health Care, Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization 2008; Available from: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.
- 2- Goudarzi G, Azadi H. Determining of technical efficient on Iran universities hospital. Proceeding of 5th National Congress of Healthcare Administration Student, 2007; 9(12): 38.
- 3- Davoudi S. Health and its determinants, 1st ed, Tehran, Asare Mouaser; 2008: 140-2.
- 4- Davoudi S. Introduction to health Sector Reform, 1sted, Tehran, Asare Mouaser; 2006: 233-7.
- 5- Family physician and referral system guideline in Iran, Ministry of Health and Medical Education and Ministry of Welfare, Version 2.
- 6- Family physician Instruction, Ministry of Health and Medical Education, Version 9, Sep 2009; pp: 4-102
- 7- Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. Int J Qual Health Care, 2000; 12(2): 143-147.
- 8- Iran Ministry of Health. Administrative guide direction of family physician; 2005.
- 9- Asefzadeh S, Rezapour A. Health administration. Hadis Emroz press; 2005.
- 10- Saber AA, Jafar-Sadegh T, Mohammad M, Mohammad NB, Amin D, Mohammad S. Nine years of publications on strengths and weaknesses of Family Physician Program in rural area of Iran: A systematic review.
- 11- Nasiripour AA, Motaghi M, Navvabi N. The performance of referral system from the perspective of family physicians of Kashan University of Medical Sciences: 2007-20012. JHPM, 2014; 3(3): 58-68.
- 12- Gol Alizade E, Mousazade M, Amir Esmaeli M, Ahangar N. The challenges of refferal second level in family physician program. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran. 2011; 29(4): 309-21.
- 13- Rongwen L, Liu C, Li Y. Establishment of Three-level Medical System Based on Two-way Referral. Hospital Directors' Forum; 2011: 5.
- 14- Taghipour. P, Latif nezhad A. Study of job satisfaction of physicians working in family physician program, General seminar on the role of family physician in the health system; 2012.
- 15- Nasrollahpour Shirvani S, Ashrafian AH, Motlagh M, Kabir M, Maleki M, Shabestani Monfared A. Evaluation of the Function of Referral System in Family Physician Program in Northern Provinces of Iran: 2008. JBUMS, 2010; 11(6): 46-52.
- 16- Tavasoli E, Alidousti M, Khdivi R, Sharifirad GR, Hasanzadeh A. Relationship between knowledge and attitudes of rural people with information resources about family physician program in Shahrekord; 2010.