



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت  
جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی تهران

# بررسی تجربه‌ی ایران در اجرای پزشکی خانواده

بر مبنای مطالعات منتشر شده



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت  
گروه خدمات سلامت  
زمستان ۱۴۰۱



<http://nihr.tums.ac.ir>

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عنوان و نام پدیدآور	بررسی تجربه‌ی ایران در اجرای پزشکی خانواده: بر مبنای مطالعات منتشر شده/ اسامی نویسندگان فرید ابوالحسنی شهرضا... [و دیگران]؛ [برای] دانشگاه علوم پزشکی تهران، موسسه ملی تحقیقات سلامت گروه خدمات سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
مشخصات نشر	تهران: آفریدگار قلم، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری	۳۵۶ ص.؛ جدول؛ ۲۲ × ۲۹ سم.
شابک	978-600-5372-01-4
وضعیت فهرست نویسی	فیبیا
یادداشت	اسامی نویسندگان فرید ابوالحسنی شهرضا، سمیه افشاری، علیرضا حاجی زاده، محمدفاروق خسروی، فخرالدین داستاری، سجاد دری.
یادداشت	کتابنامه.
موضوع	پزشکی خانواده -- ایران Family medicine -- Iran سلامت‌پروری -- ایران -- برنامه‌ریزی -- سیاست دولت Health promotion -- Planning -- Government policy -- Iran سلامتی سنجی -- ایران Health surveys -- Iran
شناسه افزوده	ابوالحسنی شهرضا، فرید، ۱۳۳۹ -
شناسه افزوده	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
شناسه افزوده	Tehran University of Medical Sciences and Health Services :
شناسه افزوده	موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران. گروه خدمات سلامت
شناسه افزوده	ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
شناسه افزوده	Iran. Ministry of Health and Medical Education :
رده بندی کنگره	۵/RA۴۱۸
رده بندی دیویی	۶۱۰ / ۹۵۵
شماره کتابشناسی ملی	۹۳۰۳۴۶۱
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبیا	



انتشارات آفریدگار قلم

**عنوان کتاب:** بررسی تجربه‌ی ایران در اجرای پزشکی خانواده (بر مبنای مطالعات منتشر شده)

**اسامی نویسندگان:** فرید ابوالحسنی شهرضا، سمیه افشاری، علیرضا حاجی زاده، محمد فاروق خسروی، فخرالدین داستاری، سجاد دری

**ویراستار:** فرزانه کوهی

**طراحی و صفحه‌آرایی:** محمد علائی پور

**چاپ و صحافی:** بهرنگ

**تیراژ:** ۵۰۰ جلد

**نوبت چاپ:** اول - ۱۴۰۲

**شابک:** ۹۷۸-۶۰۰-۵۳۷۲-۰۱-۴

**قیمت:** این کتاب رایگان می‌باشد

## مقدمه

نظر به رسالت مؤسسه‌ی ملی تحقیقات سلامت و ضرورت پاسخ‌گو بودن آن به تحولات نظام سلامت کشور، به دنبال دستور رئیس محترم مؤسسه، پرداختن به موضوع پزشکی خانواده در دستور کار گروه خدمات سلامت مؤسسه قرار گرفت. با توجه به سابقه‌ی موضوع در کشور و اقداماتی که طی دو دهه‌ی اخیر، توسط دولت‌های مختلف، در این حوزه به عمل آمده است، پرداختن به موضوع پزشکی خانواده باید مبتنی بر ارزیابی وضع موجود و تحلیل و نقد رویکردهای اتخاذ شده برای اجرای آن در کشور باشد؛ لذا بررسی پیشینه‌ی اجرای پزشکی خانواده در کشور، به عنوان اولین اقدام گروه خدمات سلامت به منظور ورود به عرصه‌ی پزشکی خانواده انتخاب و گام‌های زیر به منظور این بررسی در نظر گرفته شد.

- مرور مستندات منتشر شده در ارتباط با اجرای پزشکی خانواده در ایران؛
- بررسی دیدگاه‌های ذی‌نفعان پزشکی خانواده در مدل‌های اجرا شده در قالب یک مطالعه‌ی کیفی؛
- انجام مطالعه‌ی بهره‌مندی از خدمات سلامت در استان‌های فارس و مازندران؛
- بررسی هزینه‌ی مدل‌های اجرا شده‌ی پزشکی خانواده در ایران؛
- بررسی پی‌آمدهای اجرای پزشکی خانواده در ایران (سلامت، رضایت، هزینه‌ی خانوار و عدالت)؛
- بررسی استحکام و انسجام مدل‌های اجرا شده‌ی پزشکی خانواده در کشور؛
- بررسی فرآیند سیاست‌گذاری پزشکی خانواده در مدل‌های اجرا شده در ایران.

به منظور اجرای گام اول، افزون بر اتخاذ یک رویکرد نظام‌مند برای یافتن مقالات منتشر شده و انتخاب موارد مناسب از میان آنها، چارچوبی برای استخراج هدفمند مطالب از مقالات به دست آمده نیز مورد نیاز بود. به این منظور چارچوب زیر طراحی و به کار گرفته شد.

بر مبنای یک رویکرد منطقی برای ارزیابی یک تجربه هدفمند، باید دو گروه از عناصر را مورد توجه قرار داد. عناصر گروه اول ناظر به ویژگی‌های اجرایی آن تجربه است و عناصر گروه دوم پی‌آمدهای آن تجربه را مورد توجه قرار می‌دهند. بدین ترتیب شاید بتوان، با کنار هم قرار دادن عناصر این دو گروه، به درک روشنی از دلایل توفیق یا عدم توفیق یک تجربه، دست یافت.

با توجه به ویژگی‌های اصلی رویکرد پزشکی خانواده، موارد زیر به عنوان عناصر توصیف ویژگی‌های اجرایی پزشکی خانواده در نظر گرفته شدند:

۱. حقوق خدمت‌گیران؛
۲. حقوق خدمت‌گران؛
۳. روش تأمین مالی پزشکی خانواده؛
۴. بسته‌ی خدمت؛
۵. راهنماهای ارائه‌ی خدمت؛
۶. ارجاع؛
۷. هماهنگی خدمات؛

۸. پرونده‌ی الکترونیک سلامت؛
  ۹. نظام دریافت بازخورد از ذی‌نفعان؛
  ۱۰. حجم جمعیت تحت پوشش یک پزشک خانواده؛
  ۱۱. روش انتساب جمعیت به پزشک خانواده؛
  ۱۲. فرهنگ سازی برای اجرای پزشکی خانواده در مورد همه‌ی ذی‌نفعان؛
  ۱۳. پایش و ارزیابی عملکرد خدمت‌گران؛
  ۱۴. روش پرداخت به خدمت‌گران؛
  ۱۵. آموزش مستمر خدمت‌گران؛
  ۱۶. روش جذب، به‌کارگیری و حفظ منابع انسانی؛
  ۱۷. روش ارزیابی مستمر برنامه‌ی پزشکی خانواده؛
  ۱۸. فرآیند سیاست‌گذاری برای پزشکی خانواده.
- در مورد پیامدهای اجرای پزشکی خانواده، عناصر زیر مورد توجه قرار گرفتند:
۱. دیدگاه و رضایت ذی‌نفعان شامل: مردم، پزشک خانواده، اعضای تیم پزشک خانواده، سایر خدمت‌گران، مدیران محیطی نظام سلامت، مدیران ستادی و سیاست‌گذاران، مدیران سایر بخش‌ها، نمایندگان مجلس شورای اسلامی، تشکل‌های مردم‌نهاد، شخصیت‌های اجتماعی؛
  ۲. هزینه‌ی اجرای پزشکی خانواده؛
  ۳. تأثیر اجرای پزشکی خانواده بر بهره‌مندی از خدمات سلامت؛
  ۴. تأثیر اجرای پزشکی خانواده بر سلامت و کیفیت زندگی مردم؛
  ۵. تأثیر اجرای پزشکی خانواده بر بار مالی تحمیل شده بر خانواده‌های تحت پوشش برنامه؛
  ۶. تأثیر اجرای پزشکی خانواده بر عدالت در سلامت.
- در ادامه هر یک از این عناصر به اختصار مورد بحث قرار خواهد گرفت.

## شرح عناصر بررسی مستندات منتشر شده در مورد پزشکی خانواده

### الف- عناصر ناظر بر ویژگی‌های اجرایی پزشکی خانواده

#### حقوق خدمت‌گیران و خدمت‌گران

ریشه‌ی ایجاد هر تحولی در نظام سلامت رعایت نشدن حقوق ذی‌نفعان، به‌ویژه خدمت‌گیران و خدمت‌گران، است؛ لذا ضروری است که متولیان هر تحولی، دیدگاه‌های خود را در مورد حقوقی که قرار است در قالب این تحول مورد توجه یا بیشتر مورد توجه قرار گیرد، به روشنی بیان کنند. توجه سریع، رعایت شأن و احترام، رعایت حریم خصوصی، حق انتخاب خدمت‌گر و حق انتخاب روش مداخله مثال‌هایی از حقوق خدمت‌گیران هستند. افزون بر اینکه کرامت خدمت‌گران، همچون خدمت‌گیران، رعایت حقوق آنان را ایجاب می‌کند، رعایت حقوق خدمت‌گیران، بدون رعایت حقوق خدمت‌گران، در عمل امکان‌پذیر نیست. مشارکت در تصمیم‌گیری در مورد سرنوشتشان، حق الزحمه‌ی کافی و عادلانه، پشتیبانی در تصمیم‌گیری و پیشگیری از فرسودگی شغلی را به عنوان مثال‌هایی از حقوق خدمت‌گران می‌توان ذکر کرد.

## روش تأمین مالی پزشکی خانواده

تأمین مالی خدمات سلامت، با دو روش کلی پیش‌پرداخت و پرداخت در هنگام دریافت خدمت امکان پذیر است. در روش اول خدمات سلامت یا از طریق صندوق عمومی دولت (مالیات یا سایر درآمدهای دولت) یا از طریق صندوق‌های بیمه‌های اجتماعی یا خصوصی تأمین مالی می‌شوند. در روش دوم خدمت‌گیران در هنگام دریافت خدمات مورد نیازشان، بهای آن را به فرد یا مؤسسه‌ی ارائه‌کننده‌ی خدمت می‌پردازند. روش تأمین مالی از دو منظر حائز اهمیت است. اول اینکه تأمین پایدار شرط پایداری خدمات است؛ و دوم اینکه با حرکت از صندوق عمومی دولت به صندوق بیمه‌های اجتماعی و خصوصی و پرداخت در هنگام دریافت خدمت، نظام ارائه‌ی خدمات سلامت، گام به گام، ناعادلانه‌تر می‌شود؛ لذا چنانچه دولت بتواند هزینه‌ی ارائه‌ی خدمات سلامت را از محل مالیات، که متناسب با درآمد و نه سلامت شهروندان اخذ می‌شود، تأمین و بهره‌مندی هر فرد را متناسب با نیازش از خدمات تضمین کند، عادلانه‌ترین شکل خدمات سلامت شکل خواهد گرفت.

### بسته‌ی خدمت

بسته‌ی خدمت به مجموعه‌ی مداخلات سلامت که نظام خدمات سلامت خود را مکلف به تأمین مالی پایدار و ایجاد بستر مورد نیاز برای ارائه‌ی باکیفیت آن می‌داند اطلاق می‌شود. کارایی و عدالت اجتماعی ملاحظات اصلی نظام خدمات سلامت برای تعریف این بسته هستند. دستیابی به پوشش همگانی سلامت، بدون تعریف چنین بسته‌ای امکان‌پذیر نیست. به همین سبب به منظور ارزیابی هر رویکردی برای اجرای پزشکی خانواده کسب اطلاع از وجود یک بسته‌ی خدمت تعریف شده و شیوه‌ی دستیابی به آن ضروری است.

### راهنماهای ارائه‌ی خدمت

دریافت خدماتی که احتمال تأثیر و پی‌آمدهای نامطلوب آنها مشخص باشد، از حقوق اولیه‌ی خدمت‌گیران است. افزون بر این، نظام خدمات سلامت، به منظور تأمین مالی پایدار، باید قادر به برآورد هزینه‌ی ارائه این خدمات باشد. بنابراین دلایل خدمات سلامت باید با رعایت استانداردهایی ارائه شوند که از قبل از منظر تأثیر، عوارض و هزینه مورد ارزیابی‌های علمی قرار گرفته‌اند. راهنماهای ارائه خدمت از طریق مرور نظام‌مند شواهد علمی به منظور دستیابی به چنین استانداردهایی تهیه و از ضروریات دستیابی به پوشش مؤثر خدمات سلامت در رویکرد پزشکی خانواده محسوب می‌شوند.

### ارجاع و هماهنگی خدمات

پزشک خانواده، به تنهایی، قادر به ارائه‌ی همه‌ی خدمات مورد نیاز جمعیتی که مسئولیت بهره‌مند کردن آنان را از خدمات مورد نیازشان بر عهده گرفته است، نیست. به همین سبب ارجاع امری اجتناب‌ناپذیر است. هنگامی که خدمات مورد نیاز یک خدمتگیر توسط گروهی از خدمتگران ارائه می‌شود، اول اینکه وجود یک مسیر روشن برای هدایت خدمتگیر به خدمتگر مناسب ضروری است و دوم اینکه ایجاد هماهنگی بین خدماتی که توسط خدمتگران مختلف ارائه می‌شود به منظور دستیابی به نتیجه‌ی مطلوب برای خدمتگیر، اجتناب‌ناپذیر است. با توجه به اینکه پزشکان متخصص، مرجع اغلب موارد ارجاع را تشکیل می‌دهند، وجود یک ارتباط دوسویه بین آنان و پزشکان خانواده برای ارتقای توانایی‌های پزشکان خانواده به منظور مراقبت بهتر از بیماران و کاهش موارد ارجاع غیرضروری، مهم و حیاتی است. اگر خدمتگیر احساس کند که، در

صورت نیاز، به راحتی و بدون سرگمی و اتلاف وقت می‌تواند از خدمات سایر خدمت‌گران بهره‌مند شود و یک تیم منسجم و هماهنگ مسئولیت مراقبت از او را بر عهده گرفته‌اند، برای مراجعه به متخصص از پافشاری و اصرار بی‌مورد امتناع می‌کند و نیز احتمال مقاومت او برای حرکت در مسیر ارجاع کاهش خواهد یافت.

### پرونده‌ی الکترونیک سلامت

با توجه به توسعه‌ی روزافزون فناوری اطلاعات، ثبت الکترونیک همه‌ی داده‌های مرتبط با خدمات سلامت امری اجتناب‌ناپذیر است. در صورتیکه به کارگیری داده‌هایی که به صورت الکترونیک ثبت شده است، چیزی فراتر از استفاده از داده‌هایی که به صورت کاغذی ثبت می‌شدند نباشد، منابع به کار گرفته شده برای ثبت الکترونیک را باید به هدر رفته تلقی کرد. امکان تعریف جریان کار و تسهیل اجرای آن و همچنین ایجاد بستری برای تعامل بهتر تیم ارائه‌ی خدمت با یکدیگر از کاربردهای جا افتاده‌ی بستر الکترونیک است. افزون بر این موارد امکان پردازش‌های متنوع و سریع داده‌های الکترونیک می‌تواند نظام خدمات سلامت را از اطلاعاتی بهره‌مند سازد، که در دوران ثبت کاغذی تصور آن هم امکان‌پذیر نبود. استفاده از این تحلیل‌ها در ارزیابی عملکرد بخش‌های مختلف نظام خدمات سلامت، تحلیل روندها و کشف رابطه‌ی میان متغیرها و شکل دادن به فرضیه‌هایی برای تحقیقات بیشتر در حوزه‌ی خدمات سلامت، مواردی از کاربردهای متنوع داده‌های الکترونیک هستند؛ لذا در ارزیابی نظام خدمات سلامت از این منظر، افزون بر بررسی بستری که از آن برای ثبت الکترونیک استفاده می‌شود، باید کاربردهای داده‌های ثبت شده را نیز مورد توجه قرار داد.

### نظام دریافت باز خورد از ذی‌نفعان

آگاهی مستمر از دیدگاه ذی‌نفعان، به‌ویژه خدمت‌گیران و خدمت‌گران، به منظور ارتقای مستمر مقبولیت نظام پزشکی خانواده الزامی است. افزون بر امکان ثبت و پیگیری شکایات، این نظام باید به صورت فعال و غیر فعال دیدگاه‌های ذی‌نفعان را در مورد وجوه مختلف خدمات ارائه شده دریافت و بر مبنای فرآیندهای از پیش طراحی شده آنها را مورد بررسی و اقدام قرار داده حاصل اقدامات انجام گرفته را در اختیار ارائه‌کننده‌ی باز خورد قرار دهد.

### حجم جمعیت تحت پوشش یک پزشک خانواده

ترکیب بسته‌ی خدمت، میزان نیاز و تقاضا برای این خدمات در جمعیت تحت پوشش، زمان مورد نیاز برای ارائه‌ی هر خدمت، و زمانی که خدمت‌گران در یک سال صرف ارائه‌ی خدمت می‌کنند، تعیین‌کننده‌های اصلی حجم جمعیتی است که می‌توان توسط هر پزشک خانواده تحت پوشش قرار داد. در صورتیکه امکان تأمین تعداد پزشک خانواده‌ی محاسبه شده بر مبنای این تعیین‌کننده‌ها وجود نداشته باشد، چاره‌ای جز تغییر استانداردهای ارائه‌ی خدمت به منظور افزایش نسبت جمعیت به پزشک نخواهد بود. بنابراین منابع قابل تدارک تعیین‌کننده‌ی دیگری است که سیاست‌گذار باید در هنگام تعیین حجم جمعیت تحت پوشش یک پزشک خانواده مورد توجه قرار دهد.

### روش انتساب جمعیت به پزشک خانواده

در مناطق با تراکم جمعیت بالا، متناسب با بزرگی جمعیت، تعداد پزشکان خانواده نیز افزایش می‌یابد. در نتیجه خانواده‌ها می‌توانند از میان آنان پزشک مورد نظر خود را انتخاب کنند، بدون اینکه بعد مسافت دسترسی آنان را به پزشک محدود کند. در چنین شرایطی مناسب‌تر این است که به خانواده‌ها این امکان داده شود که خود، پزشک مورد نظرشان را انتخاب و در صورت رضایت نداشتن از عملکرد او، نسبت به تغییر او اقدام کنند. در این



صورت پزشکان تلاش خواهند کرد که با جلب رضایت خانواده‌ها، جمعیت تحت پوشش خود را به سقفی که برای آن مشخص شده است نزدیک کنند. اگر تراکم جمعیت کم باشد قدرت انتخاب کم یا به‌طور کامل منتفی می‌شود؛ لذا در برخی از مناطق روستایی خانواده‌ها ناگزیر از دریافت خدمت از تنها پزشک خانواده روستای خود خواهند بود. در چنین شرایطی باید با نظارت مستمر بر عملکرد پزشک خانواده و دریافت بازخورد فعال از مردم، جایگزینی برای رقابت، که در مناطق شهری پزشکان را مشتاق به جلب رضایت خانواده‌ها می‌کند، ایجاد کرد.

### فرهنگ‌سازی برای اجرای پزشکی خانواده در مورد همه‌ی ذی‌نفعان

آزادی کامل برای انتخاب خدمتگر یکی از ویژگی‌های مهم نظام جاری ارائه‌ی خدمات سلامت در کشور است. شاید ناخوشایندترین جنبه‌ی نظام پزشکی خانواده، سلب این آزادی از مردم باشد و به همین سبب ممکن است اجرای آن با مقاومت قابل توجهی از سوی خدمت‌گیران مواجه شود. به همین سبب باید با تقویت خدمت‌گیر محوری و توجه به سایر انتظارات مردم، زمینه‌ی ایجاد پذیرش برای این شیوه‌ی ارائه‌ی خدمت را در آنان ایجاد کرد. برقراری ارتباط با مردم بدین منظور باید قبل از اجرای رویکرد پزشکی خانواده شروع شود و در جریان اجرای آن تداوم یابد.

### پایش و ارزیابی عملکرد خدمت‌گران

از طریق پایش مستمر رفتار خدمت‌گران می‌توان انحراف از استانداردها را به موقع تشخیص داد و برای اعاده‌ی آنها اقدام مناسب را به عمل آورد. به منظور ایجاد انگیزه‌ی کافی در خدمت‌گران برای رعایت استانداردها، پرداخت به آنان باید متأثر از نتایج ارزیابی عملکردشان باشد، منوط بر آنکه شواهد کافی برای روایی روش‌های ارزیابی عملکرد در سنجش رفتارهای همسو با اهداف رویکرد پزشکی خانواده وجود داشته باشد. در غیر این صورت وابسته کردن پرداخت به روش‌های ناکارآمد ارزیابی عملکرد، منجر به شکل‌گیری رفتارهای مخرب در خدمت‌گران خواهد شد. رویکردهای متنوعی را برای پایش و ارزیابی عملکرد خدمت‌گران می‌توان اختیار کرد. به کارگیری این رویکردها خود نیازمند صرف منابع قابل توجهی خواهد بود؛ لذا ضروری است که به منظور انتخاب مناسب‌ترین روش ارزیابی عملکرد، هزینه و تأثیر روش‌های مختلف را مورد توجه قرار داد.

### روش پرداخت به خدمت‌گران

روش پرداخت مهم‌ترین عامل مؤثر بر رفتار خدمت‌گر است که سیاست‌گذار می‌تواند با دستکاری آن، برای نزدیک کردن رفتار خدمت‌گران به رفتار مورد انتظار از آنان، تلاش کند. تمام آثار یک روش پرداخت بر رفتار خدمت‌گر مطلوب تلقی نمی‌شود؛ به همین سبب در صورت انتخاب هر روشی برای پرداخت، باید برای کاستن از پیامدهای نامطلوب آن نیز چاره‌اندیشی کرد. به‌طور معمول، تنها با اختیار یک روش پرداخت نمی‌توان به همه‌ی رفتارهای مطلوب در خدمت‌گران دست یافت و کمابیش همیشه ناگزیر از اختیار روش‌های پرداخت ترکیبی خواهیم بود. طراحی و اجرای یک روش پرداخت کارآمد، خود مستلزم در اختیار داشتن نیروهای فنی با تجربه و کارآمد است. لذا ممکن است به سبب در اختیار نداشتن چنین نیروهایی، همیشه امکان طراحی مناسب‌ترین روش پرداخت، با توجه به رفتارهای مورد انتظار از خدمت‌گران، وجود نداشته باشد.

پرداخت سرانه، مناسب‌ترین روش برای پرداخت به پزشک خانواده است؛ منوط بر اینکه هزینه‌هایی که در قالب این پرداخت باید توسط او انجام شود با دقت تعیین شده باشد. عارضه‌ی اصلی پرداخت سرانه،

خودداری خدمتگر از ارائه‌ی تمام خدمات مورد نیاز به جمعیت تحت پوشش است؛ لذا در کنار به کارگیری این روش پرداخت باید با استفاده از روش‌های مؤثر ارزیابی عملکرد و تعدیل پرداخت با نتایج آن، احتمال بروز چنین عارضه‌ای را به حداقل رساند. در کنار پرداخت سرانه به پزشک خانواده می‌توان از سایر روش‌های پرداخت، نظیر کارانه، به پزشکان متخصص و سایر خدمتگران استفاده کرد.

### روش آموزش مستمر خدمت‌گران

برطرف کردن نقاط ضعف خدمتگران که به دنبال پایش و ارزیابی عملکرد آنان شناسایی شده‌اند و همچنین ارتقای مهارت‌های آنان به دنبال تغییر راهنماهای ارائه‌ی خدمت یا افزوده شدن خدمات جدید به بسته‌ی خدمت، مهمترین دلایل ضرورت آموزش مستمر را تشکیل می‌دهند.

آنچه که باید در بحث آموزش بزرگسالان مورد توجه ویژه قرار گیرد، احساس نیاز به یادگیری است. در نبود چنین احساسی، آموزش‌ها تشریفاتی و صوری خواهند بود؛ بدون آنکه منابع صرف شده برای آنها منجر به ایجاد تغییر در خدمتگران شود. به کمک ارزیابی عملکرد و وابسته کردن پرداخت به آن، می‌توان انگیزه‌ی آموزش را در خدمتگران ایجاد کرد. روش آموزش بهتر است توسط فراگیر، متناسب با سبک یادگیریش، انتخاب شود؛ لذا بهتر است نظام پزشکی خانواده روش‌های مختلف آموزش را در دسترس خدمتگران قرار دهد تا آنان روش مطلوب خود را از میان آنها انتخاب کنند. با توجه به توسعه‌ی فناوری اطلاعات، استفاده از بستر الکترونیک و آموزش از راه دور می‌تواند دسترسی بهتری را به آموزش برای بزرگسالان ایجاد کند.

### روش جذب، به کارگیری و حفظ منابع انسانی

تمایل برای تلاش به منظور ارتقای سلامت یک جمعیت تعریف شده، در قالب یک رویکرد فراگیر جسمی، روانی و اجتماعی به ویژگی‌های شخصیتی خدمتگران و مراحل آموزش و آماده سازی آنان وابسته است. به همین سبب فرآیند جذب و به کارگیری منابع انسانی باید به گونه‌ای طراحی شود که احتمال برخوردار شدن نظام پزشکی خانواده از چنین افرادی، حداکثر شود. معرفی کامل رویکرد پزشکی خانواده به متقاضیان برای جذب افراد مناسب و دفع افراد بی‌انگیزه، مصاحبه‌ی حرفه‌ای با متقاضیان، نظارت بر عملکرد آنان در دوره‌ی آموزشی بدو خدمت که باید با حجم قابل توجهی از کار در عرصه‌ی ارائه‌ی خدمت همراه باشد، می‌تواند سبب برخورداری بیشتر نظام پزشکی خانواده از خدمتگران مناسب شود. رعایت حقوق خدمتگران و ارزیابی مستمر عملکرد آنان مهمترین رویکردهای حفظ منابع انسانی را تشکیل می‌دهند.

### روش ارزیابی مستمر برنامه‌ی پزشکی خانواده

اهداف نظام پزشکی خانواده همان اهداف نظام سلامت است که در سه حوزه‌ی سلامت، پاسخ‌گویی (یا رضایت) و مشارکت عادلانه در تأمین مالی باید مورد توجه قرار گیرند. در دو حوزه‌ی سلامت و پاسخ‌گویی افزون بر میانگین باید توزیع را هم مورد توجه قرار داد تا به بتوان به برداشت روشنی از عادلانه بودن این نظام نیز دست یافت. اگر در کنار اندازه‌گیری منظم اهداف، هزینه‌ی اجرای پزشکی خانواده نیز محاسبه شود، می‌توان توفیق این نظام را در صیانت از منابع و دستیابی به کارایی قابل قبول نیز مورد بررسی قرار داد. در کنار بررسی پیامدها، پیوسته باید، با پایش مناسب فعالیت‌ها، از میزان رعایت استانداردها نیز آگاه بود تا بتوان به تحلیل مناسبی از عملکرد کلی نظام دست یافت.

## فرآیند سیاست‌گذاری برای پزشکی خانواده

روش اقدام در مورد عناصری که تاکنون به شرح آنها پرداختیم، محصول فرآیند سیاست‌گذاری برای پزشکی خانواده هستند. اگر این عناصر مورد توجه قرار گرفته و با روش مورد نظر سیاست‌گذار اجرا شوند و به اهداف مورد نظر از اجرای آنها نیز دست یابیم، به معنای این است که فرآیند سیاست‌گذاری از بلوغ و کارآمدی مورد نیاز برخوردار بوده است و در غیر این صورت باید این فرآیند را مورد بازنگری جدی قرار داد. اگر فرآیند سیاست‌گذاری مستند شده باشد، بر مبنای این مستندات می‌توان در مورد آن به قضاوت پرداخت؛ در غیر این صورت باید با مصاحبه با سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان دخیل در انجام برنامه برای کشف رویکردهای به کار گرفته شده تلاش کرد.

### ب- عناصر ناظر بر پی‌آمدهای اجرای پزشکی خانواده

#### دیدگاه و رضایت ذی‌نفعان

در این بررسی مردم، پزشک خانواده و تیم او، سایر خدمتگاران، مدیران محیطی نظام سلامت، مدیران ستادی و سیاست‌گذاران، مدیران سایر بخش‌ها، نمایندگان مجلس شورای اسلامی، تشکل‌های مردم‌نهاد و سایر شخصیت‌های اجتماعی به عنوان ذی‌نفعان پزشکی خانواده مورد توجه قرار گرفته‌اند.

#### هزینه‌ی اجرای پزشکی خانواده

با در اختیار داشتن هزینه‌ی اجرای پزشکی خانواده اولاً می‌توان امکان تأمین مالی پایدار برنامه را بررسی کرد و ثانیاً این رویکرد را مورد ارزیابی اقتصادی قرار داد.

#### تأثیر اجرای پزشکی خانواده بر بهره‌مندی از خدمات سلامت

اجرای پزشکی خانواده باید بتواند بهره‌مندی جمعیت را از خدمات سلامت، به نیاز آنان نزدیک کند. چنانچه بسته‌ی خدمت پزشک خانواده با توجه به نیازهای سلامتی جمعیت طراحی شده باشد، بهبود بهره‌مندی از خدمات، منجر به ارتقای سلامت جمعیت خواهد شد. اجرای مطالعات بهره‌مندی از خدمات سلامت، قبل و بعد از اجرای پزشکی خانواده، می‌تواند تأثیر این رویکرد را بر بهره‌مندی جمعیت از خدمات مشخص کند.

#### تأثیر اجرای پزشکی خانواده بر سلامت و کیفیت زندگی مردم

با محاسبه‌ی شاخص‌هایی که به نحوی بار بیماری‌ها را در جامعه مشخص می‌کند یا از طریق اندازه‌گیری مستقیم سلامت و کیفیت زندگی جمعیت می‌توان تأثیر اجرای پزشکی خانواده را بر سلامت جمعیت مورد ارزیابی قرار داد.

#### تأثیر اجرای پزشکی خانواده بر بار مالی تحمیل شده بر خانواده‌های تحت پوشش برنامه

مشارکت عادلانه‌ی مردم در تأمین مالی نظام سلامت و حفاظت خانواده‌ها در قبال هزینه‌های کمر شکن خدمات سلامت، از اهداف اصلی نظام‌های سلامت است؛ لذا ضروری است که تأثیر اجرای پزشکی خانواده را بر این شاخص‌ها به صورت مستمر مورد ارزیابی قرار داد.

#### تأثیر اجرای پزشکی خانواده بر عدالت در سلامت

اگر نیازمندی، تنها تعیین‌کننده‌ی بهره‌مندی جمعیت از خدمات سلامت باشد، نظام سلامت عادلانه محسوب می‌شود؛ لذا با بررسی تفاوت بهره‌مندی از خدمات سلامت در گروه‌های مختلف اجتماعی، می‌توان در مورد عادلانه بودن نظام خدمات سلامت به قضاوت پرداخت. با توجه به اینکه ارائه‌ی عادلانه‌ی خدمات سلامت تنها یکی از تعیین‌کننده‌های سلامت جمعیت است، با مقایسه‌ی گروه‌های مختلف اجتماعی از نظر

شاخص‌های بار بیماری‌ها یا سطح سلامت می‌توان نقش سایر تعیین‌کننده‌های سلامت را نیز بر برخورداری عادلانه جمعیت از سلامت مشخص کرد.

## روش انجام بررسی

این بررسی در قالب چهار مرحله‌ی «جست‌وجوی مقالات»، «تفکیک مقالات بر مبنای عناصر ارزیابی»، «استخراج نکات مرتبط با هر عنصر و طبقه‌بندی آنها» و «تدوین گزارش عناصر» به شرح زیر انجام شد.

## جست و جوی مقالات

این بررسی در قالب یک مطالعه‌ی مروری انجام شد. ابتدا مقالات مرتبط با تجربه‌ی ایران در اجرای پزشکی خانواده در پایگاه‌های داده‌ی بین‌المللی شامل Scopus و PubMed و پایگاه‌های داده‌ی ملی شامل Magiran، SID و IranDoc در بازه‌ی زمانی ۲۰۰۵ تا ۲۰۲۲ مورد جست و جو قرار گرفتند. علاوه بر این موارد، در موتور جست‌وجوگر Google Scholar نیز با استفاده از واژه‌های فارسی و انگلیسی مقالات مرتبط با موضوع را جست و جو کردیم. کلیدواژه‌های به کار گرفته شده برای این جست‌وجو با استفاده از MeSH و نظر متخصصان انتخاب شدند. ترکیب واژه‌های به کار گرفته شده برای جست‌وجوی هر پایگاه داده در جدول شماره‌ی ۱ نمایش داده شده است.

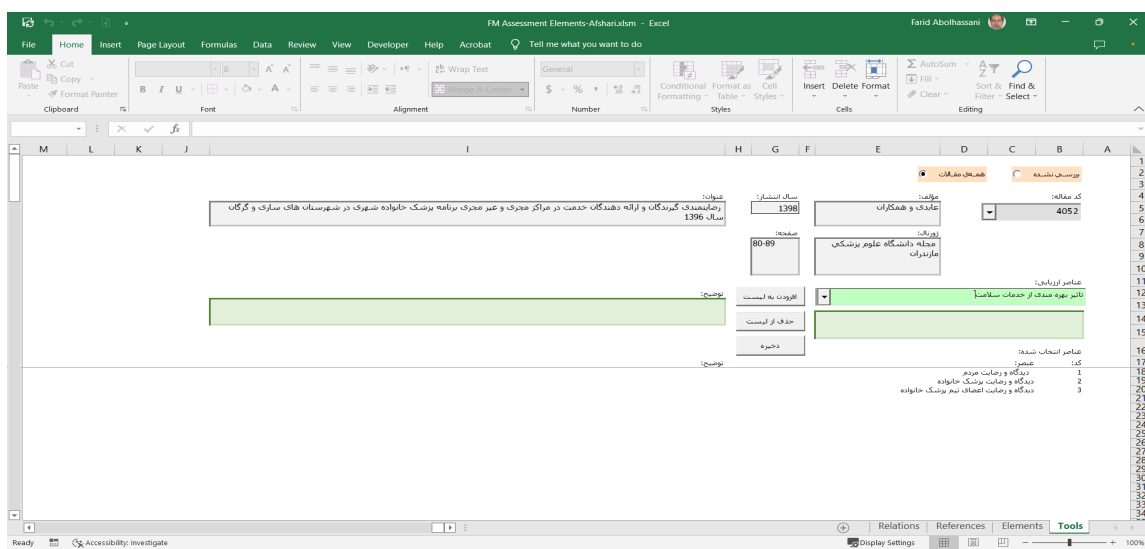
جدول شماره‌ی ۱- راهبرد جست‌وجو و تعداد مقالات به دست آمده از منابع مختلف

مقالات اولیه شناسایی شده	کلید واژه‌های جستجو	پایگاه‌ها و منابع مورد بررسی
۱۴۹۶	("family medicine" OR "family physician" OR "family doctor" OR "family practice" OR "general practition*" OR "referral system" OR "Gatekeep*" OR "Primary care") AND Iran AND 2005:2022[dp]	PubMed
۲۰۶۳	(TITLE-ABS-KEY ("family medicine") OR TITLE-ABS-KEY ("family physician") OR TITLE-ABS-KEY ("family doctor") OR TITLE-ABS-KEY ("family practice") OR TITLE-ABS-KEY ("general practition*") OR TITLE-ABS-KEY ("referral system") OR TITLE-ABS-KEY ("Gatekeep*") OR TITLE-ABS-KEY ("Primary care") AND Iran AND PUBYEAR > 2005	Scopus
۲۰۴ (بررسی ۲۰ صفحه اول)	family practice ، family physician ، family doctor ، family medicine استفاده از کلیدواژه‌های و سایر مترادف‌ها	Google scholar
۱۹۲ (بررسی ۲۰ صفحه اول)	استفاده از کلیدواژه‌های پزشک خانواده، پزشکی خانواده و سایر مترادف‌ها به صورت مجزا یا با هم	Google scholar
۳۲۵	استفاده از کلیدواژه‌های پزشک خانواده، پزشکی خانواده و سایر مترادف‌ها به صورت مجزا یا با هم	irandoc
۲۰۱۷	استفاده از کلیدواژه‌های پزشک خانواده، پزشکی خانواده و سایر مترادف‌ها به صورت مجزا یا با هم	SID
۲۰۶۴	استفاده از کلیدواژه‌های پزشک خانواده، پزشکی خانواده و سایر مترادف‌ها به صورت مجزا یا با هم	Magiran
۸۳۶۱	مجموع	

پس از دریافت مقالات، موارد تکراری حذف شدند و غربالگری اولیه بر مبنای عنوان و چکیده انجام شد. سپس متن کامل مقالات باقی مانده مورد بررسی قرار گرفت و مقالات بر اساس معیارهای ورود بازیابی شدند. معیار ورود: بررسی عناصر مرتبط با ارزیابی پزشکی خانواده در ایران معیار خروج: قابل قبول نبودن طراحی مطالعه یا کیفیت نگارش، در دسترس نبودن متن کامل مقاله پس از طی مراحل فوق در نهایت ۴۸۴ مقاله مرتبط با اجرای پزشکی خانواده در ایران شناسایی و برای مطالعه و استخراج داده وارد فاز بعدی مطالعه شدند.

## تفکیک مقالات بر مبنای عناصر ارزیابی

در این مرحله با مطالعه‌ی متن مقالات ارتباط هر مقاله با عناصر ارزیابی مشخص شد. بدین منظور از ابزاری که در محیط اکسل طراحی شده بود استفاده شد (شکل شماره ۱). همانگونه که در این شکل مشاهده می‌شود، می‌توان یک مقاله را با چند عنصر ارزیابی مرتبط کرد.



شکل شماره ۱- ابزار مرتبط کردن مقالات با عناصر ارزیابی

## استخراج نکات مرتبط با هر عنصر و طبقه‌بندی آنها

در این مرحله مقالات مرتبط با هر عنصر ارزیابی مطالعه و نکات مرتبط با آن موضوع استخراج و طبقه‌بندی شد. بدین منظور از ابزار دیگری که در محیط اکسل طراحی شده بود (شکل شماره ۲)، استفاده شد. همانگونه که در این شکل مشاهده می‌شود، پس از انتخاب مقاله و مطالعه‌ی آن، نکات مرتبط با عنصر مورد نظر از متن مقاله استخراج و طبقه‌بندی می‌شوند.

## تدوین گزارش عناصر

در این مرحله نکات استخراج شده در ارتباط با هر عنصر مرور و در قالب گزارش آن عنصر تدوین شد. گزارش حاضر در برگیرنده گزارش همه عناصری است که در این مقدمه به شرح آنها پرداخته‌ایم.

دانشیار
×

دانشیار

نام فایل: 1123.pdf

منبع: رضایت گیرندگان خدمت از مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح برشک خانواده در دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی ایران 87

عنوان: رضایت مردم در استانهای شمالی

شرح: این مطالعه توصیفی با هدف بررسی سطح رضایت گیرندگان خدمت از مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح برشک خانواده در دانشگاههای علوم پزشکی استان های شمالی ایران انجام گرفته است. در این مطالعه رضایت ۱۰۵۷ نفر با استفاده از پرسشنامه و از طریق مصاحبه مورد ارزیابی قرار گرفت. آئتم های رضایت شامل: رضایت از مدت زمان انتظار صرف شده برای دریافت خدمات مورد نیاز، رضایت از حضور به موقع و کامل پرسنک خانواده در محل کار، رضایت از نحوه برخورد و برقراری ارتباط پرسنک خانواده با بیماران و مردم، رضایت از دانش و مهارت پرسنک خانواده، رضایت از حضور سایر کارکنان مرکز با اعضای تیم سلامت در محل کار، رضایت از نحوه برخورد و برقراری ارتباط سایر کارکنان مرکز با اعضای تیم سلامت، رضایت از دانش و مهارت سایر کارکنان مرکز با اعضای تیم سلامت، رضایت از کامل بودن خدمات مورد نیاز در داخل مرکز، رضایت از هزینه پرداخت شده نسبت به خدمات دریافت شده، رضایت از میزان آموزش و توصیه با راهشامایی داده شده توسط پرسنک خانواده در حل مشکل، رضایت از نظافت و تمیزی مرکز بوده است. نتایج نشان داد رضایت 51.3 درصد گیرنده خدمت در سطح مطلوب و مایفی در سطح نسبتا مطلوب بوده است. بین سن، دانشگاه مورد مطالعه و نوع بیمه با سطح رضایت رابطه معنی دار وجود داشت. بین افزایش تحصیلات و رضایت کلی گیرندگان خدمت رابطه معکوس معنی دار وجود داشت. در نهایت رضایت گیرندگان خدمت از مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح برشک خانواده عمدتا مطلوب بوده است و مسئولین بهداشتی شهرستان ها باید در خصوص حفظ و ارتقاء وضعیت موجود اقدام نمایند.

طبقه: میزان ناراضایی و عوامل آن

نتیجه: رضایت مردم در استانای شمالی

1 میزان رضایت مردم

«««»»»

«««»»»

ذخیره نکته

حذف نکته

ذخیره فایل

جست و جو بر اساس طبقه

بستن فرم

خروج از برنامه

شکل شماره ۲- ابزار استخراج و طبقه بندی نکات مرتبط با هر موضوع از مقالات

## فهرست مندرجات

۱	مقدمه
۸	روش انجام بررسی
۱۱	فهرست مندرجات
۱۳	حقوق خدمت‌گیران
۱۸	حقوق خدمت‌گران
۲۱	فرهنگ‌سازی در مورد همه‌ی ذی‌نفعان
۳۷	تأمین مالی پزشکی خانواده
۴۲	هزینه‌ی اجرای پزشکی خانواده
۴۷	جذب و به‌کارگیری منابع انسانی
۵۷	حجم جمعیت تحت پوشش یک پزشک و روش انتساب جمعیت به پزشک خانواده
۵۹	روش پرداخت به خدمت‌گران
۶۸	بسته‌ی خدمات سلامت
۷۲	راهنماهای ارائه خدمت
۷۵	پرونده الکترونیک سلامت
۸۱	ارجاع
۹۵	آموزش مستمر خدمت‌گران
۱۰۸	تداوم ارائه خدمات
۱۱۷	هماهنگی خدمات ارائه شده
۱۲۵	پایش و ارزیابی عملکرد خدمت‌گران (پزشکان و اعضای گروه سلامت)
۱۳۵	روش ارزیابی مستمر برنامه
۱۴۱	تأثیر اجرای پزشکی خانواده بر سلامت و کیفیت زندگی مردم
۱۵۲	تأثیر اجرای پزشکی خانواده بر عدالت در سلامت

۱۵۵	بار مالی تحمیل شده به خانوارهای تحت پوشش پزشکی خانواده
۱۵۸	تاثیر بهره‌مندی از خدمات سلامت
۱۶۲	سیاست‌گذاری برای پزشک خانواده
۱۷۳	دیدگاه و رضایت مردم
۲۱۴	گزارش عنصر دیدگاه و رضایت پزشکان خانواده
۲۵۰	دیدگاه و رضایت اعضای تیم پزشک خانواده
۲۶۱	دیدگاه و رضایت سایر خدمت‌گران در طرح پزشک خانواده
۲۶۸	بحث و نتیجه‌گیری
۲۶۹	منابع
۲۷۰	دیدگاه و رضایت تشکلهای مردم‌نهاد
۲۷۶	دیدگاه و رضایت نمایندگان مجلس شورای اسلامی
۲۷۹	دیدگاه و رضایت مدیران محیطی
۲۸۷	منابع
۲۹۰	دیدگاه و رضایت مدیران ستادی و سیاست‌گذاران



# حقوق خدمت‌گیران

## مقدمه

سلامت، محور توسعه اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی همه جوامع بشری است. نظام‌های سلامت در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه به سبب عدم پاسخگویی به نیازها و انتظارات سلامتی ناگزیر از اجرای برنامه‌های اصلاحی بوده‌اند. پزشک خانواده یکی از اصلاحات نظام سلامت برای پاسخگویی به نیازهای مردم است. امروزه پزشک خانواده به‌عنوان متصدی بهبود کیفیت، هزینه‌اثر بخشی و عدالت در نظام‌های مراقبت سلامت شناخته شده است. رعایت حقوق‌گیرندگان خدمت از منظر پاسخگویی به مردم یکی از کلیدی‌ترین موضوعات در نظام سلامت است. با توجه به رشد آگاهی بیماران و مراجعان و نیز رسالت نظام سلامت در امر پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری، برنامه‌ریزی و نظارت دقیق مسئولان در خصوص صیانت از حقوق بیماران، امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است. استانداردهای رعایت حقوق‌گیرندگان خدمت بر پایه اصول شرعی، حرفه‌ای و قانونی تبیین شده‌اند و تحقق آن‌ها مستلزم اهتمام دست‌اندرکاران و رفتار حرفه‌ای از سوی خدمت‌گران است. همچنین رضایت ذهنی اغلب‌گیرندگان خدمت، بسیار متأثر از نوع رفتار کارکنان و فرهنگ پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری است؛ لذا رعایت حقوق بیمار و خانواده‌ی او بی‌گمان یکی از مؤثرترین معیارها در اجرای پزشکی خانواده محسوب می‌شود. مطالعات مختلفی در ابعاد مختلف این برنامه صورت گرفته است و نتایجی را گزارش کرده‌اند. هدف این گزارش بررسی مستندات در مورد حقوق خدمت‌گیران در برنامه پزشک خانواده است.

## نتایج

نتایج بررسی مستندات به‌دست‌آمده در موارد زیر دسته‌بندی و به تفصیل در زیر آورده شده است:

- الف) موارد آگاهی از حقوق خود؛
- ب) میزان آگاهی از حقوق؛
- ج) میزان رضایت از احترام به حقوق؛
- د) عوامل مؤثر بر آگاهی.

### الف) آگاهی خدمت‌گیران از حقوق خود

- در این مطالعه میزان آگاهی مردم از برنامه‌ی پزشک خانواده در قالب ۱۰ سؤال مورد سنجش قرار گرفته است. سؤالات آگاهی شامل: آگاهی شما از نحوه انتخاب و تغییر پزشک خانواده، آگاهی شما از نحوه مراجعه به پزشک خانواده، آگاهی شما از مدارک مورد نیاز در موارد ارجاع، آگاهی شما از لزوم بازخورد ارجاع از متخصص به پزشک خانواده، آگاهی شما از نحوه مراجعه به اورژانس و بستری در طرح پزشک خانواده، آگاهی شما از نحوه انجام آزمایش‌ها در طرح پزشک خانواده، آگاهی شما از تدابیر در نظر گرفته شده برای زمان‌های خارج از ساعت کاری پزشک خانواده (شب‌ها، روزهای تعطیل و...)، آگاهی شما از محل مراجعه برای بیان اعتراضات و شکایات نسبت به مشکلات طرح پزشک، آگاهی شما از قوانین و نحوه استفاده از خدمات

- سلامت پزشک خانواده از جمله ویزیت پزشک، در خارج از شهر فسا بوده است (۱). در این مطالعه اطلاعات از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شد. تعداد ۱۲۷۰ نفر در این مطالعه شرکت کردند. سؤالات حقوق شامل: حق انتخاب پزشک خانواده، نحوه انتخاب مکان پزشک خانواده، مسئولیت‌های پزشک خانواده، ساعات کاری پزشک خانواده، ساعات کاری پزشک خانواده در روزهای غیر تعطیل، کشیک و پزشک خانواده جایگزین، شماره مرکز پزشک خانواده، آگاهی در مورد ارجاع، آشنایی در مورد پرونده الکترونیک، آشنایی در مورد مسئول تشکیل پرونده سلامت، اطلاع از دادن بازخورد از ارجاع، تغییر پزشک خانواده، تعداد دفعات مجاز تغییر پزشک خانواده در سال، حداکثر مسافت مرکز پزشک خانواده از محل زندگی، آشنایی با مقدار حق ویزیت پزشک خانواده و آشنایی با مقدار حق ویزیت پزشک متخصص بوده است. همچنین سؤالات آگاهی در مورد میانگین آگاهی افراد مورد مطالعه از ابعاد اجرایی و تمامیت برنامه پزشک خانواده شامل: آگاهی از نحوه استفاده از خدمات سطح یک و قوانین ارجاع، آگاهی از نحوه استفاده از خدمات در ساعات غیر کاری پزشک و سایر خدمات نظیر اورژانس، بستری، آزمایشگاه و آگاهی از تمامیت برنامه پزشک خانواده بوده است (۲).
- موارد آشنایی در این مطالعه شامل: دانستن نام یا نام خانوادگی پزشک خانواده شهری خود، دانستن نام یا نام خانوادگی مراقب سلامت خود، دانستن داشتن حداقل یک پزشک خانواده جانشین، دانستن نام یا نام خانوادگی پزشک خانواده جانشین، دانستن آدرس مطب پزشک خانواده جانشین، دانستن شیفت یا ساعات کار پزشک خانواده شهری، دانستن رایگان بودن ویزیت پزشک خانواده شهری، دانستن رایگان بودن تزریقات، پانسمان و وصل سرم، دانستن نرخ ویزیت پزشک متخصص (با فرم ارجاع)، دانستن داشتن پرونده سلامت اعضای خانوار در نزد پزشک خانواده، دانستن محل دریافت خدمات اورژانسی بعد از ساعت ۶ شب، دانستن شماره تماس Call Center، آشنایی با وظایف و مساعدت‌های Call Center بوده است (۳).
- هدف این مطالعه آگاهی درک بیمار در مورد یک پزشک معتمد و صمیمی و همچنین مسائل اخلاقی در مورد پزشکی خانواده بوده است. در این مطالعه با ۲۱ مراجعه‌کننده به پزشک خانواده مصاحبه انجام گرفته است. تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها منجر به استخراج ۷ مقوله و ۲۱ زیرمجموعه از ۷۱ کد اولیه شد. این دسته‌بندی‌ها شامل مسئولیت‌پذیری (زمان کافی برای ویزیت بیمار، تشخیص دقیق و پیش‌آگهی، مشورت با همکاران، نظارت بر روند درمان، مسئولیت‌پذیری در مورد خطاها و/یا اشتباهات پزشکی)، حریم خصوصی بیمار (تأمین ایمنی بیمار، رازداری)، رضایت آگاهانه (تأکید بر درخواست‌های بیمار، مشورت در مورد روند درمان با بیمار)، احترام و کرامت بیمار (رفع تبعیض، احترام به بیمار)، ارتباط مؤثر پزشک و بیمار (اعتماد به پزشک، آسایش، صمیمیت و ارتباط، دسترسی بیشتر به پزشک، توجه به مشکلات غیرپزشکی بیمار، درک متقابل، تطابق فرهنگی)، اعتماد به پزشک (اعتماد به دانش علمی پزشک، اعتماد به رفتار پزشک) تعارض منافع (خود

ارجاعی یا مراجعه به دوستان، رشوه، دادن هدیه) است. از دیدگاه بیماران، رضایت بیمار و در نتیجه افزایش اعتماد متقابل ضروری است. نظرات بیماران باید هنگام ارائه دستورالعمل‌های اخلاقی در نظر گرفته شود (۴).

### ب) میزان آگاهی از حقوق

- در این مطالعه اطلاعات از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شد. تعداد ۱۲۷۰ نفر در این مطالعه شرکت کردند. دانش کل افراد نسبت به برنامه پزشک خانواده شهری  $2/7 \pm 5$  از ۱۹ بود که نشان داد ۸۹/۲٪ افراد آگاهی پایینی نسبت به طرح پزشک خانواده دارند. در این مطالعه میزان آگاهی مردم از برنامه پزشک خانواده در قالب ۱۰ سؤال مورد سنجش قرار گرفت. تعداد ۴۱۱ بیمار مراجعه‌کننده به پایگاه‌های مجری برنامه پزشک خانواده شهری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی فسا با استفاده از پرسش‌نامه مورد پرسش قرار گرفتند. نتایج نشان داد ۳/۱۷٪ از افراد آگاهی مطلوب، ۵/۶۱٪ آگاهی متوسط و ۲/۲۱٪ آگاهی ضعیف از قوانین برنامه پزشک خانواده را گزارش کردند و میانگین نمره آگاهی ۵۸/۷ (بر مبنای نمره ۱۰۰) بود؛ اما در کل میانگین نمره آگاهی از قوانین خدمات سطح یک و نظام ارجاع نسبت به نمره آگاهی از نحوه دریافت خدمات در ساعات غیر کاری پزشک و خدمات اورژانس، بستری و آزمایشگاه بالاتر بود (۶۷٪ در برابر ۵۰٪) (۵).
- از بین ۱۲۱۷ نفر مورد بررسی نتایج نشان داد در کل سطح آشنایی ۵۵۱ نفر (۳۱/۱٪) از برنامه پزشک خانواده شهری کم، ۶۹۵ نفر (۳۹/۳٪) متوسط و ۵۲۳ نفر (۲۷/۱٪) زیاد بود (۳).

### ج) میزان رضایت از احترام به حقوق

- داده‌ها با پرسشنامه محقق ساخته جمع‌آوری شد که در دو قسمت طراحی شده است: قسمت اول سؤالاتی در رابطه با مشخصات فردی افراد مورد مطالعه بوده و قسمت دوم شامل ۴۹ سؤال در رابطه با کیفیت خدمات پزشک خانواده بوده که رضایت‌مندی گیرندگان خدمت را نسبت به ۹ شاخص مربوط به کیفیت خدمات پزشک خانواده مورد بررسی قرار می‌دهد. این ۹ شاخص عبارت‌اند از: متناسب بودن، کارایی، اثربخشی، در دسترس بودن، احترام به حقوق مشتری، به موقع بودن، فراهم بودن، تداوم داشتن و امکانات و تسهیلات رفاهی. در بررسی سؤالات مربوط به هر شاخص مشخص شد که گیرندگان خدمات پزشک خانواده از مواردی مانند بهداشت مادر و کودک، بهداشت مدارس، مراقبت‌های دوران بارداری، بهبود دسترسی به آب آشامیدنی سالم و سرویس بهداشتی، تعهد تیم پزشک خانواده در حفظ اسرار مشتری و ویزیت مراجعات مکرر توسط پزشک خانواده رضایت کمابیش بالایی داشته و در مقابل از مواردی مانند تأثیر تیم پزشک خانواده در کاهش میزان سوانح و حوادث، خودکشی و اعتیاد به مواد مخدر، به موقع در اختیار قرار گرفتن خدمات تشخیصی-آزمایشگاهی، دسترسی به تلفن عمومی در مراکز بهداشتی و خانه‌های بهداشت و نیز ارائه خدمات پزشک خانواده در ساعات ۲ بعد از ظهر تا ۸ صبح، کمترین میزان رضایت را داشتند. شایان ذکر است که تمامی موارد مربوط به شاخص مناسب بودن امکانات

و تسهیلات (نظام‌های تهویه، گرمایشی، سرمایشی، وجود صندلی و تلفن عمومی) از لحاظ کیفیت و میزان رضایت‌مندی در وضعیت نامناسبی قرار داشتند.

در حیطه احترام به حقوق مشتری، تعهد تیم پزشک خانواده در حفظ اسرار مشتری با ۷۳٪ بیشترین درصد رضایت‌مندی مردم و ارائه اطلاعات کافی در خصوص مشکلات مشتریان با ۲۸/۶٪ کمترین رضایت‌مندی را داشتند. بیشترین اختلاف بین رضایت افراد متأهل و مجرد مربوط به شاخص احترام به حقوق مشتری بود. به جز در شاخص متناسب بودن، در تمامی شاخص‌ها و حتی وضعیت کلی کیفیت، میزان رضایت افراد مجرد بیشتر از رضایت افراد متأهل بوده و این اختلاف‌ها در شاخص‌های احترام به حقوق مشتری و به‌موقع بودن از نظر آماری معنی‌دار بود و در مورد سایر شاخص‌ها این اختلاف معنی‌دار نبود (۶).

#### د) عوامل مؤثر بر آگاهی

- از بین ۱۲۱۷ نفر مورد بررسی نتایج نشان داد در کل سطح آشنایی ۵۵۱ نفر (۳۱/۱٪) از برنامه پزشک خانواده شهری کم، ۶۹۵ نفر (۳۹/۳٪) متوسط و ۵۲۳ نفر (۲۷/۱٪) زیاد بود. در مطالعه حاضر نگرش مثبت مردمی که پزشک خانواده خود را کاملاً قبول داشتند، حدود ۲۰،۵ برابر بیشتر از دیگران بوده و فاصله نزدیک با محل خدمت پزشک خانواده نقش زیادی در نگرش مردم داشته است. در این مطالعه ارتباط معنی‌دار بین تحصیلات، سن و سطح آشنایی با برنامه پزشک خانواده مورد تأیید قرار گرفت. مطالعه همچنین نشان داد که نگرش مثبت مردم به قواعد برنامه پزشک خانواده شهری در شهرهای کوچک بیش از ۲۰،۵ برابر بیشتر از شهرهای بزرگ می‌باشد (۳).

#### بحث و نتیجه‌گیری

بخش‌های حقوق‌گیرندگان خدمت در این مطالعه شامل حق انتخاب پزشک خانواده، نحوه انتخاب مکان پزشک خانواده، مسئولیت‌های پزشک خانواده، ساعات کاری پزشک خانواده، ساعات کاری پزشک خانواده در روزهای غیر تعطیل، کشیک و پزشک جایگزین خانواده، شماره مرکز پزشک خانواده، آگاهی در مورد ارجاع، آشنایی در مورد پرونده الکترونیک، آشنایی در مورد مسئول تشکیل پرونده سلامت، اطلاع از دادن بازخورد از ارجاع، تغییر پزشک خانواده، تعداد دفعات مجاز تغییر پزشک خانواده در سال، حداکثر مسافت مرکز پزشک خانواده از محل زندگی، آشنایی با مقدار حق ویزیت پزشک خانواده و آشنایی با مقدار حق ویزیت پزشک متخصص می‌باشد. نتایج این بررسی نشان داد که آگاهی مردم از حقوق خود، در وضعیت مناسبی قرار ندارد و این آگاهی با تحصیلات و سن ارتباط معنی‌داری دارد. همچنین در مطالعه‌ای احترام به حقوق مشتری، تعهد تیم پزشک خانواده در حفظ اسرار مشتری در وضعیت مناسبی قرار داشت. برای ارتقاء آگاهی مردم از حقوق خود باید از روش‌های مختلف برای دادن آگاهی اقدام کرد و از طرف دیگر به ارائه‌دهندگان در مورد رعایت حقوق آموزش‌های لازم را داد تا به رضایت مردم منجر شود.

## منابع

۱. جعفرزاده س، مباشری ف، بهرامعلی ا. میزان آگاهی گیرندگان خدمت از قوانین برنامه پزشک خانواده شهری فسا در سال ۱۳۹۳. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا. ۱۳۹۵؛ ۶(۳): -.
2. Honarvar B, Lankarani KB, Rostami S, Honarvar F, Akbarzadeh A, Odoomi N, et al. Knowledge and Practice of People toward their Rights in Urban Family Physician Program: A Population-Based Study in Shiraz, Southern Iran. *International journal of preventive medicine*. 2015;6(4):46.
۳. کبیر مج، امیری حا، ربیعی سم، رستمی زحز، فرزین ک، شیروانی سدنپ، et al. سطح آشنایی و نگرش جمعیت تحت پوشش از ضوابط و الزامات برنامه پزشک خانواده شهری ایران. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۲۰۱۸؛ ۲۰(۱۱): ۴۰-۸.
4. Madani SJ, Larijani B, Nedjat S, Bagheri A. Family medicine ethical issues regarding physician-patient interactions from patients' perspectives: A qualitative study. *Caspian Journal of Internal Medicine*. 2021;12(2):184-93.
۵. جعفرزاده س، مباشری ف، بهرامعلی ا. میزان آگاهی گیرندگان خدمت از قوانین برنامه پزشک خانواده شهری فسا در سال ۱۳۹۳. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا. ۲۰۱۶؛ ۶(۳): ۳۳-۳۲۶.
۶. بابایی رع، صادقی ا، وحیدی ر، اکابری سآ. تعیین کیفیت خدمات تیم پزشک خانواده از دیدگاه گیرندگان خدمت در شهرستان عجب شیر: ۱۳۸۸. مجله سلامت و بهداشت. ۲۰۱۴؛ ۵(۲): ۱۷۰-۸۱.

# حقوق خدمت‌گران

## مقدمه

سلامت و امنیت جزو حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه است و دولت موظف به تأمین آن به طور برابر برای آحاد جامعه می‌باشد. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، پزشک خانواده مرکز تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیت خدمات، کاهش هزینه، ارتقاء اثربخشی و برقراری برابری در نظام‌های مراقبت‌های سلامتی به شمار می‌رود؛ اما بدون جلب مشارکت ذینفعان و تغییر در رفتارهای اجتماعی امکان‌پذیر نمی‌باشد. پزشک و تیم او به عنوان مهمترین ذینفع در طرح پزشک خانواده دارای انتظارات و حقوقی می‌باشند که بدون برآورده کردن این انتظارات و حقوق، طرح پزشک خانواده با مشکلات جدی مواجه خواهد شد. از حقوق خدمت‌گران می‌توان به موارد مادی و غیر مادی اشاره کرد. برآورده کردن این انتظارات موجب پیشبرد هر چه بیشتر این طرح خواهد شد. بنابراین در این عنصر به بررسی حقوق خدمت‌گران در مطالعات انجام شده پرداخته خواهد شد.

## نتایج

در بررسی مستندات تنها به مواردی از حقوق خدمت‌گران پرداخته شده است که به تفصیل در زیر آورده شده است:

### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان	مهم‌ترین یافته‌ها
۱	رابطه پزشک و بیمار در پزشکی خانواده	۱. نیازهای ارتباطی بین فردی
۲	چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی شمال شرق ایران	۲. جبران خدمت ۳. امکانات و تسهیلات رفاهی

### ۱- ارتباط پزشک و جامعه

- یک مطالعه مروری پیشنهاد می‌کند با توجه به اینکه برنامه پزشک خانواده روستایی یک نظام نوپا در ایران است و در سال‌های آتی شاهد پدید آمدن پزشک خانواده شهری خواهیم بود، در نظر گرفتن نیازهای جامعه و بیماران در تدوین و بازنگری کوریکولوم‌های آموزشی این رشته ضروری به نظر می‌رسد؛ از جمله این موارد نیازهای ارتباطی بین فردی که مورد شاخص آن در روابط بین پزشک و بیمار مشهود است می‌باشد، که این امر منجر به افزایش کارایی خدمات درمانی و افزایش رضایت‌مندی بیمار می‌شود.

همچنین این مطالعه نشان داد پزشک خانواده نیاز دارد که نه تنها با بیمار بلکه با خانواده و اطرافیان وی و بخش‌های دیگر ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی و حتی سازمان‌های دیگر که در سلامت جامعه ذی‌نفع می‌باشند ارتباط مؤثر برقرار کند. پس لازم است در این زمینه آموزش دیده و تعالیم را در کار خود به کار بندد. توجه به این امور باید در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های آتی این رشته به‌خصوص در تدوین برنامه‌های درسی مدنظر قرار گیرد (۱).

## ۲- جبران خدمت

• در این مطالعه با ۱۱ مدیر طرح و ۹ پزشک خانواده شاغل در طرح پزشک خانواده در خراسان رضوی مصاحبه شد. سپس بر اساس نتایج مصاحبه‌ها پرسشنامه‌ای طراحی و پس از تأیید روایی و پایایی آن در یک مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۷ به کار گرفته شد. در این مطالعه چالش‌های برنامه پزشک خانواده در ۹ مفهوم اساسی و ۲۷ زیرگروه دسته‌بندی شد. دسته‌ها شامل برنامه‌ریزی جامع (عدم پایلوت صحیح قبل از اجرا، عدم هماهنگی بین بخشی، تمرکز در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی و ساعت کاری نامناسب)، نظام بیمه درمان (بسته خدمتی ناقص، کسورات و تأخیر زیاد پرداخت‌ها، معیار نامناسب در تعیین سرانه)، جبران خدمات (ناکافی بودن حقوق، تأخیر در پرداخت حقوق و عدم تناسب اختیار و مسئولیت پزشکان)، ارزیابی عملکرد (پایش توسط دو وزارتخانه، عدم تناسب بین سطح تحصیلات پایشگران و پزشکان، روا و پایا نبودن بازبینه‌ها، عدم پایش سایر کارکنان تیم پزشک خانواده، پزشکان متخصص و پاراکلینیک‌ها و نادیده گرفتن ارزش و شخصیت پزشکان)، امکانات و تسهیلات رفاهی (زیرساخت نامناسب اقامتی و رفاهی، زیرساخت نامناسب حمل‌ونقل)، جذب و حفظ نیروی انسانی (ناکافی بودن تعداد پزشکان دائمی، امنیت شغلی پایین، عدم استقبال پزشکان)، نظام اطلاعات (زمان بر بودن فرآیند ثبت اطلاعات، تمایل به مستندسازی صوری)، فرهنگ‌سازی (آگاهی ناکافی مردم، آموزش ناکافی ارائه‌کنندگان)، تأمین مالی (عدم پرداخت به پزشکان متخصص، مشارکت محدود بخش خصوصی، عدم استقبال پزشکان) بوده است. دو حیطة جبران خدمت و امکانات و تسهیلات رفاهی مربوط به حقوق خدمت‌گران است. در مورد جبران خدمت، مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که «منافع مالی ... [پزشکان خانواده] ... با [سطح] تحصیلات، ساعت کاری و شرح وظایف ... [آن‌ها] مطابقت ندارد و این بزرگ‌ترین چالشی است که ... [پزشکان] با آن مواجه‌اند».

علاوه بر این عدم تناسب بین اختیار و مسئولیت پزشکان نیز یکی از مواردی بود که در این حیطة به آن اشاره شد: «پزشک، همکاران خود را انتخاب نکرده ... و [ممکن است] در یک گروه [پزشک خانواده] هر ۵ عضو ... کارایی داشته باشند ولی در گروه دیگری دو نفرشان کارا باشند». (۲).

## ۳- امکانات و تسهیلات رفاهی

• در مطالعه فوق دو حیطة جبران خدمت و امکانات و تسهیلات رفاهی مربوط به حقوق خدمت‌گران است. در حیطة تسهیلات رفاهی نیز مشخص شد بیشتر پزشکان بیان کردند که امکانات و تسهیلات رفاهی اعم از محل سکونت مناسب، مهدکودک، سرویس ایاب و ذهاب و ... در روستاها مناسب نیستند به همین دلیل تمایل آنان برای شرکت در طرح پزشک خانواده کم است (۲).

## منابع

۱. عمادزاده ع، روانشادی، آذرفر آ، خواه یو. رابطه پزشک و بیمار در پزشکی خانواده: یک بررسی مروری. نشریه افق توسعه آموزش پزشکی. ۱۶:۲۰۱۶(۲):۳۳-۵.
۲. هوشمند ا، زادگان زن، پور حا، اسماعیلی حا، نجار عو. چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی شمال شرق ایران از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در طرح. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا. ۱۹:۲۰۱۹(۴):۱۷۹۴-۸۰۸.



# فرهنگ‌سازی در مورد همه‌ی ذی‌نفعان

## مقدمه

پزشک خانواده مسئول ارائه خدمات جامع سلامت به‌طور مستمر به افراد تحت پوشش خود بدون توجه به اختلاف سنی، جنسی، اقتصادی و فرهنگی از قبل از تولد تا لحظه مرگ است. پزشک خانواده مسئول یک جمعیت تعریف شده است و همه مسائل سلامت اعم از بهداشت و درمان، توان‌بخشی و سلامت جسمی و روحی بیمار را بر عهده دارد و با ثبت اطلاعات در پرونده سلامت هر فرد، مسائل مربوط به درمان فرد پیگیری می‌شود.

با اجرای این طرح آزادی‌های مردم در انتخاب پزشک محدود می‌شود؛ لذا این طرح به فرهنگ‌سازی در حوزه اجتماعی نیاز دارد. بیمار بر اساس اجرای طرح پزشک خانواده باید یک پزشک را انتخاب کند و در چارچوبی که پزشک برای او انتخاب می‌کند؛ مسائل و مشکلات درمانی خود را پیگیری کند. بی‌تردید برای جامعه‌ای که همیشه در انتخاب پزشک آزاد بوده و حتی در برخی موارد دستور تجویز دارو توسط بیمار به پزشک صورت می‌گیرد، اجرای موفق آن به یک فرهنگ‌سازی اساسی نیاز دارد.

فرهنگ‌سازی برای مردم و به وجود آوردن شرایط پذیرش عمومی پزشک خانواده از طرف مردم از الزامات اجرای درست از طرح پزشک خانواده می‌باشد. با توجه به گستردگی فرهنگی کشور ما، آنچه در روند پیشرفت طرح پزشک خانواده تأثیرگذار است، جنبه‌های اجتماعی و فرهنگی است که در مناطق مختلف کشور متفاوت است و نیاز به فرهنگ‌سازی بیشتری در خصوص آغاز و اجرای موفق طرح پزشک خانواده بیش‌ازپیش احساس می‌شود. از این‌رو باید از ظرفیت‌های رسانه‌ای، جراید، مطبوعات و به‌خصوص صداوسیما استفاده کرده و علاوه بر آن با پرسش و پاسخ نظرات مردم استان را در این زمینه دریافت کرد.

مسئولان طرح باید قبل از اجرای این طرح، زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی آن را فراهم کنند تا مردم با وظایف پزشک خانواده و نظام ارجاع آشنا شوند زیرا بسترسازی فرهنگی برای جامعه‌ای که بالغ بر پنجاه سال با نظام‌های فعلی سروکار داشته است، امری مهم است و بی‌شک عدم برنامه‌ریزی برای آن از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی اجرای برنامه پزشک خانواده است.

در مثلث، پزشکان خانواده، مسئولان، مردم، اگر ضلع مهم جمعیت تحت پوشش از نحوه خدمت‌رسانی و اجرای بسته‌های بهداشتی آگاهی نداشته باشند موفقیت حاصل نخواهد شد. با توجه به نقش پررنگ فرهنگ‌سازی و آموزش جمعیت تحت پوشش در روند اجرای موفقیت‌آمیز طرح پزشک خانواده در این مطالعه به بررسی شواهد پژوهشی طرح پزشک خانواده در زمینه فرهنگ‌سازی می‌باشد. موارد زیر از این مطالعات استخراج شده است:

الف) میزان آگاهی؛

ب) عوامل مؤثر بر آگاهی؛

ج) راه‌های کسب آگاهی؛

د) چالش‌ها؛

ه) دستاوردها.

## نتایج

در ادامه هر یک از موارد بالا به تفصیل آورده شده است.

### الف) میزان آگاهی

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان	نتایج
۱	آگاهی در مورد برنامه پزشک خانواده شهری	۹۶۱ نفر (۷۱/۱٪) آگاهی پایینی از این برنامه داشتند
۲	تعیین عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی کاشان	که میانگین آگاهی و اطلاعات جامعه تحت پوشش برنامه خانواده از دیدگاه پزشکان خانواده وضعیت نامطلوبی داشت.
۳	تعیین میزان آشنایی و نگرش جامعه تحت پوشش با معیارها و الزامات برنامه پزشک خانواده شهری در فارس و مازندران	میزان آشنایی با برنامه پزشک خانواده شهری در ۵۵۱ نفر (۳۱/۱٪) پایین، در ۶۹۵ نفر (۳۹/۳٪) متوسط و در ۵۲۳ نفر (۲۹/۶٪) بالا بوده است
۴	بررسی ارتباط بین آگاهی و نگرش روستاییان با منابع کسب اطلاعات در مورد برنامه پزشک خانواده بیمه و روستایی در مناطق روستایی	میزان آگاهی افراد مورد بررسی نسبت به برنامه پزشک خانواده به ترتیب، ۳۰/۹٪ ضعیف، ۵۳/۴٪ متوسط، ۴۱/۵٪ خوب و ۱/۳٪ عالی بود.
۵	آشنایی بیمه‌شدگان بیمه روستایی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی از دفترچه بیمه روستایی در طرح پزشک خانواده دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی	میزان شناخت بیمه‌شدگان بالای ۲۰ سال بیمه روستایی از پزشک خانواده مربوط و شرایط بهره‌مندی از خدمات مربوط به جنس پزشک خانواده ۶۲/۲٪ و کمترین شناخت از ارائه نتایج ویزیت پس‌خوراند پزشک متخصص به پزشک خانواده ثابت آن در پرونده سلامت با ۱۴/۸٪ بوده است.
۶	شناخت اعضای نهادهای محلی شامل اعضای شورای حل اختلاف، شورای اسلامی، شورای بهداشتی، دهیار، مدیر و معلم بومی	میانگین نمره آشنایی افراد مورد مطالعه از کل ۱۴ نمره مربوط به پزشک خانواده و بیمه روستایی $6/2 \pm 5$ بوده است

۱. هدف از مطالعه توصیفی حاضر تعیین عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی کاشان می‌باشد.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه دویبخشی پژوهشگر ساخته، پرسشنامه عملکرد نظام ارجاع از دیدگاه پزشکان خانواده بوده است. پرسشنامه مشتمل بر ۲ بخش بود. بخش اول شامل اطلاعات جمعیت‌شناسی پاسخ‌دهندگان به همراه پرسشنامه باز بود. بخش دوم پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال مشتمل بر ۴ قسمت بود: قسمت اول، ۵ سؤال مربوط به آگاهی و فرهنگ جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده، قسمت دوم ۵ سؤال مربوط به میزان دانش، مهارت و مسئولیت‌پذیری کارکنان سلامت، قسمت سوم شامل ۵ سؤال مربوط به میزان همکاری پزشکان سطح دو و در نهایت قسمت چهارم شامل ۵ سؤال مربوط به امکانات و تسهیلات برنامه پزشک خانواده بر اساس مقیاس لیکرت بود. در تحلیل نمرات مربوط به هر بخش میانگین نمره ۱ تا ۲/۹۹ مطلوب و از ۳ تا ۵ مطلوب ارزیابی شد.

داده‌های حاصل از پرسشنامه نشان داد که از دیدگاه پزشکان خانواده بالاترین و پایین‌ترین نمره به ترتیب مربوط به میزان دانش، مهارت و مسئولیت‌پذیری کارکنان سلامت با میانگین ۳/۴۵ (مطلوب) و میزان همکاری پزشکان سطح دو با میانگین ۲/۰۵ (نامطلوب) است.

نتایج حاصل از تحلیل یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین آگاهی و اطلاعات جامعه تحت پوشش برنامه خانواده از دیدگاه پزشکان خانواده وضعیت نامطلوبی داشت. با توجه به گذشت بیشتر از ۸ سال از اجرای این برنامه، به نظر می‌رسد که آگاهی مردم و جامعه‌ی تحت پوشش با میانگین ۲/۰۵ (نامطلوب) نسبت به برنامه پزشکی خانواده ناکافی باشد. شروع اجرای برنامه پزشکی خانواده به صورت یک برنامه با جامعیت محدود و تنها در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و حتی در برخی از استان‌ها به صورت پایلوت باعث شده است که در خصوص اطلاع‌رسانی به جامعه سیاست‌گذاری‌های اندکی صورت گرفته و گاهی اجرای برنامه بدون هیچ اطلاع‌رسانی صحیح از اهداف برنامه به جامعه عرضه شده است؛ لذا توجه جدی مسئولان و مجریان برنامه در جهت بهبود ارائه اطلاعات به جامعه تحت پوشش و آشنا کردن آن‌ها با ابعاد مختلف برنامه مذکور را طلب می‌کند (۱).

۲. هدف این مطالعه مقطعی دانش و عملکرد ۱۳۵۰ فرد نسبت به برنامه ۵ ساله پزشکی خانواده بوده است. اطلاعات از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شد. قسمت اول مشخصات دموگرافیک و اجتماعی اقتصادی شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، موقعیت شغلی خانواده، درآمد ماهانه، پوشش برنامه پزشکی خانواده شهری و پوشش نظام‌های بیمه اصلی و تکمیلی جمع‌آوری شد. پرسشنامه همچنین حاوی سؤالاتی در مورد دانش و عملکرد افراد نسبت به برنامه پزشکی خانواده شهری بود. در قسمت دانش ۱۴ سؤال با موضوعات انتخاب و تغییر پزشکی خانواده، وضعیت درمانگاه، ساعات کاری پزشکی خانواده در ایام تعطیل و آخر هفته، محل مراجعه یا شماره تلفن شکایات یا کسب اطلاعات، فرم ثبت الکترونیکی و هزینه ویزیت بوده است. همچنین ۹ سؤال نیز به عملکرد افراد اختصاص داده شده که شامل: مراجعه به پزشکی خانواده و عمومی، مشاوره تلفنی با پزشکی خانواده و روش شکایات، نیاز به کسب اطلاعات یا در صورت عدم حضور پزشکی خانواده بوده است.

نتایج نشان داد میانگین نمره آگاهی در مورد برنامه پزشکی خانواده شهری ۴/۲ از ۱۴ بود و ۹۶۱ نفر (۷۱/۱٪) آگاهی پایینی از این برنامه داشتند. ۸۱۴ نفر (۶۰/۲٪) بیان کردند که انتخاب پزشکی خانواده باید بر اساس نزدیک‌ترین مرکز باشد. با این حال، ۷۳ نفر (۵/۴٪) می‌دانستند که هر عضو خانواده بالای ۱۸ سال می‌تواند پزشکی خانواده را توسط خودش انتخاب کند، ۶۱۰ نفر (۴۵/۱٪) می‌دانستند که هر فرد می‌تواند پزشکی خانواده خود را تغییر دهد و ۱۳۶ نفر (۱۰/۱٪) به درستی پاسخ دادند که افراد می‌تواند پزشکی خانواده را دو بار در سال عوض کند. ۶۵ نفر (۴/۸٪) اطلاعات صحیحی داشتند که پزشکی خانواده باید هم خدمات پیشگیرانه و هم خدمات پزشکی را به مردم خود ارائه دهند و ۲۷ نفر (۲٪) از شماره تلفن مرکز اطلاع داشتند. ۶۱ نفر (۴/۵٪) نیز از پرونده الکترونیک سلامت اطلاع داشتند و ۴۸۸ نفر (۳۶/۱٪) می‌دانستند که پزشکی خانواده باید پرونده‌ها را خودش پر کند. حدود ۹۴۲ نفر (۶۹/۷٪) در مورد شرایط کلینیک پزشکان خانواده

می‌دانستند و ۱۳۹ نفر (۱۰/۳٪) در مورد اینکه در صورت غیبت پزشکان خود به کجا مراجعه کنند، اطلاع داشتند. ۴۹ نفر (۳/۶٪) آگاهی داشتند که ویزیت پزشک خانواده باید رایگان باشد (۲).

۳. هدف این مطالعه مقطعی تعیین میزان آشنایی و نگرش جامعه تحت پوشش با معیارها و الزامات برنامه پزشک خانواده شهری در فارس و مازندران بوده است. در این مطالعه ۱۷۶۹ نفر با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته مورد پژوهش قرار گرفتند.

داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر سه بخش جمع‌آوری شد: الف. ۱۷ متغیر فردی و اجتماعی (استان و شهر محل سکونت [دانشگاهی/غیردانشگاهی]، جمعیت شهری محل سکونت، جنسیت، سن، تحصیلات، ازدواج، شغل، سابقه مراجعه به پزشک خانواده، تعداد اعضای خانوار، بیمه تکمیلی، افراد مبتلا به بیماری مزمن، فاصله منزل تا مرکز بهداشت با پای پیاده، سابقه تعویض پزشک، انتخاب پزشک خانواده، پذیرش پزشک خانواده؛ ب. آشنایی با برنامه پزشک خانواده (با ۱۳ سؤال بسته ۲-۳ گزینه‌ای با حداکثر ۱۴ امتیاز). نگرش به برنامه پزشک خانواده شهری (با دو سؤال بسته با مقیاس لیکرت) جمع‌آوری شد به‌طورکلی میزان آشنایی با برنامه پزشک خانواده شهری در ۵۵۱ نفر (۳۱/۱٪) پایین، در ۶۹۵ نفر (۳۹/۳٪) متوسط و در ۵۲۳ نفر (۲۹/۶٪) بالا بوده است. در استان فارس سطح آشنایی در ۲۷۸ نفر (۳۱/۰٪) پایین، در ۳۵۴ نفر (۳۹/۵٪) متوسط و در ۲۶۵ نفر (۲۹/۵٪) بالا بوده است. در استان مازندران سطح آشنایی در ۲۷۳ نفر (۳۱/۳٪) پایین، در ۳۴۱ نفر (۳۹/۱٪) متوسط و در ۲۵۸ نفر (۲۹/۶٪) بالا بوده است (۳).

۴. هدف این مطالعه بررسی ارتباط بین آگاهی و نگرش روستاییان با منابع کسب اطلاعات در مورد برنامه پزشک خانواده بیمه و روستایی در مناطق روستایی شهرستان شهرکرد بود. در این پژوهش توصیفی تعداد ۱۱۰۰ نفر افراد تحت پوشش برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی شهرستان شهرکرد به روش نمونه‌گیری به‌صورت چندمرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شد.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه خودساخته شامل ۴ بخش بود، بخش اول شامل ۳ سؤال مربوط به مشخصات فردی و بخش دوم منابع مورد استفاده در زمینه برنامه پزشک خانواده، بخش سوم شامل ۱۱ سؤال آگاهی و بخش چهارم پرسشنامه شامل ۸ سؤال مربوط به سنجش سطح نگرش بر اساس مقیاس لیکرت بود. نمره‌گذاری پرسشنامه برای سؤالات آگاهی به این صورت انجام گرفت که برای پاسخ صحیح نمره ۱ و در غیر این صورت نمره صفر منظور شد، برای سؤالات نگرش (مقیاس ۵ گزینه‌ای شامل کاملاً موافقم، موافقم، بی‌نظر، مخالفم و کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری از ۴۰ در نظر گرفته شد (حداکثر امتیاز ۲۴). میزان آگاهی افراد موردبررسی نسبت به برنامه پزشک خانواده به ترتیب، ۳۰/۹٪ ضعیف، ۵۳/۴٪ متوسط، ۱۴/۵٪ خوب و ۱/۳٪ عالی بود. همچنین ۰/۵٪ نگرش خیلی خوب، ۲۵/۵٪ خوب، ۶۴/۴٪ نگرش متوسط، ۹/۱٪ نگرش ضعیف، ۰/۵٪ نگرش خیلی ضعیف داشتند.

همچنین نتایج نشان داد تنها به ۵۱٪ از روستاییان موضوعات مربوط به برنامه پزشک خانواده آموزش داده شده بود؛ بین میانگین نمره آگاهی و نگرش روستاییان با آموزش‌های داده شده ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. بیشترین روستاییان (۳۴٪) اطلاعات خود را به‌روزان و کارمندان مراکز بهداشتی درمانی دریافت کرده بودند (۴).

۵. مطالعه توصیفی به منظور بررسی سطح آشنایی بیمه‌شدگان بیمه روستایی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی از دفترچه بیمه روستایی در طرح پزشک خانواده دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران انجام گرفته است.

داده‌ها ۱۰۸۱ بیمه شده با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته و به روش مصاحبه جمع‌آوری شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه خودساخته (شامل ۱۱ سؤال از متغیرهای مستقل یا زمینه‌ای، ۱۰ سؤال در خصوص آشنایی با پزشک خانواده، شرایط کار و نحوه تحت پوشش بودن، ۷ سؤال در خصوص ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی، ۷ سؤال در خصوص تسهیلات برقرار شده برای دارندگان دفترچه بیمه روستایی و یک سؤال در خصوص منبع کسب اطلاعات) بود. نتایج نشان داد که بیشترین میزان شناخت بیمه‌شدگان بالای ۲۰ سال بیمه روستایی از پزشک خانواده مربوط به شرایط بهره‌مندی از خدمات مربوط به جنس پزشک خانواده با ۶۲/۲٪ و کمترین شناخت از ارائه نتایج ویزیت پس‌خوراند پزشک متخصص به پزشک خانواده تا ثبت آن در پرونده سلامت با ۱۴/۸٪ بوده است.

همچنین میزان شناخت بیمه‌شدگان بیمه روستایی ۲۰ سال بیمه روستایی از ضوابط استفاده از دفترچه جز در خصوص مدت اعتبار ارجاع ۱۲/۵٪ و میانگین مجاز تجویز دارو (۵/۲ قلم) با ۱۶/۵٪، تقریباً خوب می‌باشد. بیشترین میزان شناخت از دریافت دارو فقط در داروخانه‌های طرف قرارداد با ۷۲/۴٪ می‌باشد. میزان شناخت بیمه‌شدگان بیمه روستایی از تسهیلات مورد استفاده با دفترچه بیمه روستایی جز در خصوص فرانشیز ویزیت پزشک خانواده در ساعت رسمی با ۷۲/۳٪ در سایر موارد مطالعه شده بسیار ضعیف می‌باشد. کمترین میزان شناخت از فرانشیز ویزیت پزشک خانواده در منزل بیمار با ۰/۶٪ بوده است.

نتایج نشان داد ۳٪ دارای سطح آشنایی خوب، ۳۸/۵٪ دارای سطح آشنایی متوسط و ۵۸/۵٪ دارای سطح آشنایی ضعیف بودند. بین جنس، سن و سطح تحصیلات با سطح آشنایی رابطه معنی‌دار وجود داشت. بین تأهل، محل سکونت، شغل و دانشگاه علوم پزشکی مورد مطالعه با سطح آشنایی رابطه معنی‌دار آماری وجود نداشت (۵).

۶. در این مطالعه شناخت اعضای نهادهای محلی شامل اعضای شورای حل اختلاف، شورای اسلامی، شورای بهداشتی، دهیار، مدیر و معلم بومی در دسترس مورد بررسی مورد پژوهش قرار گرفتند. آیت‌های آشنایی شرکت‌کنندگان شامل: جنس پزشک، نام پزشک، ساعات کار رسمی، محل اجرای برنامه کشیک شب و روزهای تعطیل، الزام پرونده سلامت همه مردم، انجام معاینات دوره‌ای، ارائه بازخورد پزشک متخصص به پزشک خانواده و قید نتایج ویزیت در برگ ارجاع، مراجعه مجدد بیمار به پزشک خانواده برای ثبت بازخورد، الزام ده‌گردشی، شناخت ترکیب اعضای هیئت‌امنا، اعتبار دستور ارجاع و میانگین تجویز دارو بوده است. بیشترین شناخت اعضای نهادهای محلی در خصوص جنس پزشک خانواده و کمترین شناخت انجام معاینات دوره‌ای می‌باشد. میانگین نمره آشنایی افراد مورد مطالعه از کل ۱۴ نمره مربوط به پزشک خانواده و بیمه روستایی ۶/۲±۵ بوده است (۶).

سوالات مربوط به ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی شامل: مراجعه به پزشک خانواده، با ارجاع از خانه بهداشت، دریافت دارو فقط در داروخانه‌های طرف قرارداد، انجام آزمایش در آزمایشگاه سطح اول،

انجام آزمایش، رادیولوژی و سونوگرافی در مراکز تشخیصی طرف قرارداد، ویزیت در بیمارستان‌های دولتی و مطب‌های تخصصی طرف قرارداد، بستری در بیمارستان‌های دولتی (سطح دوم و سوم) می‌باشد. میزان شناخت اعضای نهادهای محلی از ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی همگی بالاتر از حد متوسط قرار دارد و تفاوت چشمگیری در موارد مختلف وجود ندارد. میانگین نمره آشنایی افراد مورد مطالعه از کل ۶ نمره مربوط به ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی  $3/2 \pm 9/3$  بوده است (۶).

سؤالات مربوط به ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی شامل: مراجعه به پزشک خانواده، با ارجاع از خانه بهداشت، دریافت دارو فقط در داروخانه‌های طرف قرارداد، انجام آزمایش در آزمایشگاه سطح اول، انجام آزمایش، رادیولوژی و سونوگرافی در مراکز تشخیصی طرف قرارداد، ویزیت در بیمارستان‌های دولتی و مطب‌های تخصصی طرف قرارداد، بستری در بیمارستان‌های دولتی (سطح دوم و سوم) می‌باشد. میزان شناخت اعضای نهادهای محلی از سهم پرداخت بیمار به ازای دریافت خدمات با استفاده از دفترچه بیمه روستایی خیلی پایین می‌باشد. میانگین نمره آشنایی افراد مورد مطالعه از کل ۷ نمره مربوط به فرانشیزها  $3/1 \pm 1$  بوده است (۶).

میانگین آشنایی افراد مورد بررسی از کل ۲۷ نمره در خصوص برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی نشان می‌دهد که میانگین آشنایی اعضای نهادهای محلی از پزشک خانواده و ساعات کار آن و شرایط بهره‌مندی از دفترچه بیمه روستایی، از ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی، از سهم پرداخت بیمار به ازای دریافت خدمات  $8/4 \pm 8/9$  بوده است. همچنین دهیاران بیشترین آشنایی و معلمان بومی کمترین آشنایی را داشتند (۶).

## ب) عوامل مؤثر بر آگاهی

### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان	نتایج
۱	بررسی سطح آشنایی بیمه‌شدگان بیمه روستایی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی از دفترچه بیمه روستایی در طرح پزشک خانواده	جنس، سن و سطح تحصیلات
۲	بررسی آشنایی اعضای نهادهای محلی در مورد طرح پزشک خانواده	تعداد مراجعه به خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی و عضویت در هیئت‌امنای روستا، سن و سطح تحصیلات

۱. این مطالعه توصیفی به منظور بررسی سطح آشنایی بیمه‌شدگان بیمه روستایی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی از دفترچه بیمه روستایی در طرح پزشک خانواده دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران انجام گرفته است.

نتایج نشان داد که بین جنس، سن و سطح تحصیلات با سطح آشنایی رابطه معنی‌دار وجود داشت. بین تأهل، محل سکونت، شغل و دانشگاه علوم پزشکی مورد مطالعه با سطح آشنایی رابطه معنی‌دار آماری وجود نداشت (۵).

۲. این مطالعه با هدف بررسی میزان آشنایی اعضای نهادهای محلی شامل اعضای شورای حل اختلاف، شورای اسلامی، شورای بهداشتی، دهیار، مدیر و معلم بومی در دسترس در مورد طرح پزشک خانواده مورد بررسی قرار گرفتند. پژوهش نشان می‌دهد که آشنایی کلی افراد مورد مطالعه با تعداد مراجعه به خانه

بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی و همین طور عضویت در هیئت امنای روستا رابطه معنی داری دارد. همچنین عدم اختلاف معنی داری در ارتباط آگاهی با سطح تحصیلات افراد دارد. همچنین اختلاف معنی داری (معکوس) آشنایی کلی با سن افراد می باشد (۶).

### ج) راه‌های کسب آگاهی

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان	نتایج
۱	منابع کسب اطلاعات در مورد برنامه پزشک خانواده بیمه و روستایی	اعضای شورای اسلامی روستا، بهورزان، کارمندان مراکز بهداشتی درمانی، پزشک خانواده رسانه‌های گروهی. بیشتر روستاییان اطلاعات خود را از بهورزان و کارمندان مراکز بهداشتی درمانی دریافت کرده‌اند

۱. هدف این مطالعه بررسی ارتباط بین آگاهی و نگرش روستاییان با منابع کسب اطلاعات در مورد برنامه پزشک خانواده بیمه و روستایی در مناطق روستایی شهرستان شهرکرد بود. در این پژوهش توصیفی تعداد ۱۱۰۰ نفر افراد تحت پوشش برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی شهرستان شهرکرد به روش نمونه‌گیری به صورت چندمرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شد.

نتایج نشان داد از نظر منابع در دسترس برای کسب اطلاعات، ۲۵ نفر (۲/۳٪) اطلاعات را از اعضای شورای شهر، ۳۷۵ نفر (۳۴٪) از بهورزان و کارمندان مراکز بهداشتی درمانی، ۳۰ نفر (۲/۷٪) از پزشک خانواده، ۶۱ نفر (۵/۵٪) از طریق رسانه‌های گروهی، ۷۵ نفر (۶/۸٪) از بهورزان و پزشک خانواده، ۲ نفر (۰/۲٪) از بهورزان و رسانه‌های گروهی و ۳ نفر (۰/۳٪) از پزشک خانواده و رسانه‌های گروهی کسب کردند.

بیشترین روستاییان (۳۴٪) اطلاعات خود را از بهورزان و کارمندان مراکز بهداشتی درمانی دریافت کرده بودند (۴).

### د) چالش‌ها

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	تم اصلی	مهم‌ترین یافته‌ها
۱	چالش‌های کلیدی پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و پزشکان	بی‌توجهی به نظام ارجاع در سطوح بالاتر، توضیح ناکافی به متخصصان در مورد نظام ارجاع، آموزش ناکافی مشکلات بهداشتی به پزشکان، آموزش ناکافی افراد و عدم اعتماد عمومی به پزشک خانواده
۲	چالش‌های اجرای سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی	مشارکت پایین جامعه در اجرای سیاست و اعتماد کم مردم به خدمات پزشک عمومی
۳	علل ترک خدمت و کناره‌گیری پزشکان خانواده	ناآگاهی ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات
۴	ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان‌های فارس و مازندران	اطلاع‌رسانی ناقص و آموزش ناکافی مردم، اعتقاد به دانش کم پزشک عمومی در عده‌ای از مردم، درخواست مکرر مردم برای ارجاع غیرضروری و در نهایت خود ارجاعی، تخصص‌گرایی در پزشکان، مسئولان و خانواده‌ها عدم پذیرش مسئولان رده‌بالای کشور در رفتار خود و بستگان طبق این الگو

ردیف	تم اصلی	مهم ترین یافته‌ها
۵	چالش‌های طرح پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و پزشکان	عدم اعتماد کافی مردم به پزشک خانواده، نادیده گرفته شدن نظام ارجاع در سطوح بالاتر، عدم آموزش کافی به مردم، عدم آموزش کافی مسائل بهداشتی به پزشکان و توجه ناکافی پزشکان متخصص در مورد نظام ارجاع
۶	تحلیلی بر نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری	درمان محور بودن نظام سلامت، کم توجهی مردم به مراقبت‌های بهداشتی عدم اطلاع مردم از ماهیت پزشک خانواده و خدمات و مزایای برنامه
۷	موانع اجرایی برنامه پزشک خانواده از نظر بستر و زمینه‌های آن	شکل‌گیری رفتار و فرهنگ مسئولان و مردم در تعامل با دیگران بر مبنای بی‌عدالتی، فرهنگ سنتی مردم در مراجعه به پزشکان، مقاومت مردم در برابر تغییرات فرهنگی، درونی نشدن بسیاری از ارزش‌های فرهنگی نزد مردم، نبود فرهنگ مشارکتی و کار تیمی
۸	چالش‌ها و راهکارهای اجرای پزشک خانواده روستایی در ایران	اطلاع‌رسانی به مردم در خصوص برنامه پزشک خانواده، آشنایی و هماهنگی متولیان برنامه با اهداف پزشک خانواده، میزان هماهنگی محتوای آموزش پزشکی با پزشک خانواده روستایی و توانمندی پزشکان عمومی برای فعالیت به عنوان پزشک خانواده
۹	چالش‌ها و موانع اجرایی برنامه پزشک خانواده روستایی	ضعف در بسترسازی فرهنگی و اطلاع‌رسانی به جامعه شامل آموزش و اطلاع‌رسانی نامناسب به جمعیت، عدم توجه متولیان برنامه به بسترسازی فرهنگی و مشارکت پایین مردم در برنامه‌های بهداشتی
۱۰	چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی شمال شرق ایران	آگاهی ناکافی مردم (عدم اعتماد مردم به پزشک عمومی و بهورز و نادیده گرفتن نظام ارجاع در سطوح بالاتر) و آموزش ناکافی ارائه‌کنندگان (عدم آموزش کافی مسائل بهداشتی به ارائه‌کنندگان و عدم آشنایی کافی متخصصان و پاراکلینیک‌ها با نظام ارجاع)
۱۱	درک، آگاهی و انتظارات مردم و پزشکان از اجرای طرح پزشک خانواده	اطلاع‌رسانی ناکافی، عدم اعتماد مردم به طرح پزشک خانواده و کاهش ارزش طرح به علت رایگان بودن طرح

۱. مطالعه با عنوان چالش‌های کلیدی پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و پزشکان انجام شد. در این مطالعه ۹ تم شناسایی شد که یکی از تم‌ها فرهنگ می‌باشد.

چالش‌های فرهنگی از دیدگاه مدیران و پزشکان شامل: بی‌توجهی به نظام ارجاع در سطوح بالاتر، توضیح ناکافی به متخصصان در مورد نظام ارجاع، آموزش ناکافی مشکلات بهداشتی به پزشکان، آموزش ناکافی افراد و عدم اعتماد عمومی به پزشک خانواده می‌باشد (۷)

۲. مطالعه کیفی حاضر با هدف بررسی کیفی چالش‌های اجرای سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان کرمان انجام پذیرفته است.

چالش‌های این سیاست به هفت مقوله اصلی شامل: مکانیزم‌های انگیزشی نامناسب، ضعف در اثربخشی آموزشی، ضعف در جامعیت دستورالعمل‌های اجرایی، ضعف در کفایت سرانه و تخصیص آن، کارآمدی پایین نظام مدیریت اطلاعات سلامت، نقص در زنجیره ارجاع و بسترسازی فرهنگی ناکافی دسته بندی شده‌اند.

تم بسترسازی فرهنگی ناکافی شامل: دو تم فرعی مشارکت پایین جامعه در اجرای سیاست و اعتماد کم مردم به خدمات پزشک عمومی بود. از آنجاکه اجرای سیاست پزشک خانواده به همکاری‌های بین بخشی و مشارکت مردمی نیاز دارد فرهنگ‌سازی برای تمام تأثیرگذاران در این سیاست ضروری است. نتایج مطالعه، مقاومت مردم، پزشکان و حتی مسئولان را در برابر اجرای این سیاست نشان می‌دهد. عدم اجرای صحیح نظام ارجاع توسط پزشکان متخصص و عدم پیگیری ارجاعات توسط پزشک خانواده و بی‌توجهی مردم به رعایت آن، نمونه‌ای از مشارکت پایین جامعه در اجرای سیاست است. دلیل این مقاومت، عدم



آگاهی و آموزش کافی در مورد سیاست پزشک خانواده و نیز عدم نگرش مطلوب به آن و اعتماد پایین به پزشکان خانواده در این رابطه می‌باشد. همچنین اعتماد کم مردم به خدمات یک پزشک عمومی در مراقبت از سلامت یکی از مسائل مطرح شده از سوی شرکت‌کنندگان بود. همچنین اشاره شد که این مسئله ریشه در باورهای فرهنگی دارد و شدت و ضعف آن در محیط‌های مختلف متفاوت است (۸).

۳. هدف این مطالعه توصیفی بررسی علل ترک خدمت و کناره‌گیری پزشکان خانواده از این طرح می‌باشد. در این مطالعه تمامی پزشکان خانواده شاغل در دانشگاه علوم پزشکی تهران به صورت سرشماری مورد پرسش قرار گرفتند (۲۶ نفر).

پرسشنامه مورد استفاده از سه بخش تشکیل شده است که شامل بخش دستورالعمل، بخش سؤالات عمومی و بخش سؤالات اختصاصی که این بخش شامل ۳۰ سؤال است که به‌طور هماهنگ با اهداف پژوهش طرح شده است. به‌طوری‌که سؤالات ۱ الی ۶ مربوط به هدف اول، یعنی تأثیر مشکلات اقتصادی در کناره‌گیری پزشکان خانواده، سؤالات ۷ الی ۱۰ مربوط به هدف دوم، یعنی تأثیر مشکلات محیطی، بهداشتی، رفاهی و آموزشی در کناره‌گیری پزشکان خانواده، سؤالات ۱۱ الی ۱۷ مربوط به هدف سوم، یعنی تأثیر مشکلات سیستمی و سازمان‌دهی در کناره‌گیری پزشکان خانواده، سؤالات ۱۸ الی ۲۴ مربوط به هدف چهارم، یعنی تأثیر مشکلات اداری در کناره‌گیری پزشکان خانواده، سؤالات ۲۵ الی ۳۰ مربوط به هدف پنجم، یعنی تأثیر مشکلات اجتماعی و فرهنگی در کناره‌گیری پزشکان خانواده است. بر اساس نظرات و پاسخ‌های پزشکان خانواده، نمره میانگین مؤلفه‌های مؤثر در کناره‌گیری پزشکان خانواده مشخص شد و از بین آن‌ها، مؤلفه مشکلات اقتصادی کمترین نمره با ۳/۳۶ و مؤلفه اجتماعی - فرهنگی بیشترین میانگین را با ۳/۶۹ داشته است.

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که متغیر اجتماعی فرهنگی با میانگین ۳/۶۹ در رتبه اول از مؤلفه‌های تأثیرگذار در کناره‌گیری پزشکان خانواده می‌باشد. ناآگاهی ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات از طرح مذکور، تأثیر بسزایی را در عدم رضایت و به‌نوعی کناره‌گیری پزشکان از طرح داشته است. به گفته ارائه‌دهندگان خدمت، اولین قدم در اجرای یک طرح ملی، فرهنگ‌سازی مناسب در بین دو طرف ارائه‌دهنده و گیرنده خواهد بود (۹).

۴. این پژوهش به شیوه کیفی با هدف ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان‌های فارس و مازندران با استفاده از روش‌های مرور اطلاعات موجود در متون و مستندات، مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته با مطلعات کلیدی و بحث گروهی متمرکز انجام گرفته است.

یافته‌های حاصل از مرور متون و مصاحبه‌ها نشان داد که برنامه پزشک خانواده شهری با چالش‌های متعددی در اهداف و حوزه‌های تولید، نحوه ارائه خدمات و تأمین منابع مالی، انسانی و اطلاعاتی روبرو بوده است. مشکلات طراحی و استقرار برنامه پزشک خانواده شهری در این مطالعه که مرتبط با فرهنگ می‌باشد شامل: اطلاع‌رسانی ناقص و آموزش ناکافی مردم، اعتقاد به دانش کم پزشک عمومی در عده‌ای از مردم، فرهنگ خانواده‌ها که نظام ارجاع را رعایت نمی‌کنند، درخواست مکرر مردم برای ارجاع غیرضروری و در نهایت خود ارجاعی، تخصص‌گرایی چه در پزشکان، مسؤلان و خانواده‌ها وجود دارد و طبق تشخیص

خود به متخصص و یا فوق تخصص رجوع می‌کنند، عدم پذیرش مسئولان رده بالای کشور در رفتار خود و بستگان طبق این الگو (فرهنگ سازی) بوده است (۱۰).

۵. مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی است. در این مطالعه برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ای استفاده شد که به منظور تعیین چالش‌های طرح پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در ۹ حوزه برنامه‌ریزی جامع، نظام بیمه درمان، جبران خدمات، ارزیابی عملکرد، امکانات و تسهیلات رفاهی، جذب و حفظ نیروی انسانی، نظام اطلاعات، فرهنگ و تأمین مالی تنظیم شده است.

سؤالات حیطة فرهنگ شامل: موارد عدم اعتماد کافی مردم به پزشک خانواده، نادیده گرفته شدن نظام ارجاع در سطوح بالاتر، عدم آموزش کافی به مردم، عدم آموزش کافی مسائل بهداشتی به پزشکان و توجیه ناکافی پزشکان متخصص در مورد نظام ارجاع بوده است.

میانگین نمرات حیطة فرهنگ به صورت زیر است:

عدم اعتماد کافی مردم به پزشک خانواده ۳/۲۹؛

نادیده گرفته شدن نظام ارجاع در سطوح بالاتر ۳/۶۵؛

عدم آموزش کافی به مردم ۴/۱۱؛

عدم آموزش کافی مسائل بهداشتی به پزشکان ۳/۳۳؛

توجیه ناکافی پزشکان متخصص در مورد نظام ارجاع ۳/۸۳ (۱۱).

مطالعه کیفی حاضر با روش مصاحبه عمیق و نیم ساختاریافته با هدف تحلیلی بر نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری با روش SWOT اجرا شده و جامعه موردنظر شامل کارشناسان خبره پزشکان خانواده، مدیران اجرایی و کارشناسان شاغل در بخش بیمه و دریافت‌کنندگان خدمات بوده است.

تهدیدها در این مطالعه شامل: نبودن هماهنگی و همسویی بین سیاست‌گذاران، درمان محور بودن نظام سلامت، کم‌توجهی مردم به مراقبت‌های بهداشتی و رسوخ بخش خصوصی بودند.

یکی از نقاط ضعف طرح فرهنگ / آگاهی مردم بوده است. به عقیده همه مصاحبه‌شوندگان، عدم اطلاع مردم از ماهیت پزشک خانواده و خدمات و مزایای برنامه، به‌عنوان مهم‌ترین چالش نظام ارجاع، منجر به بسیاری از مسائل و چالش‌ها در اجرایی شدن نظام ارجاع شده است؛ از جمله بی‌اعتمادی به توانمندی‌های پزشک خانواده، عدم تمکین بیماران متعلق به طبقات بالای اجتماعی اقتصادی از اصول نظام ارجاع، تمایل بیماران به مراجعه به متخصص و فوق تخصص، رفتار خشونت‌آمیز بیماران و همراهانشان با پزشکان خانواده و دستیاران برای دریافت برگه ارجاع، عدم همکاری بیمار در تحویل برگه پس‌خوراند به پزشک و ارجاع یک‌طرفه و... همچنین یکی از شرکت‌کنندگان بیان کرد که معیار رضایت مردم، علمی نیست، آن‌ها متوجه نیستند که در صف‌های کلینیک تخصصی و فوق تخصصی برای یک آزمایش ساده وقتشون داره از بین میره! فقط میان اینجا میگن مهر بزن ما میخوایم بریم فلان جا، مردم به یک روش غلط عادت کردند. در خوشبینانه‌ترین حالت میتونم بگم که ۶۰-۷۰٪ ارجاعات واقعا نیاز نیست اما مردم با رفتار تهاجمی شون پزشک را مستاصل می‌کنند ارجاع بده» (۱۲).

۶. پژوهش حاضر یک پژوهش کیفی است. جمع‌آوری داده‌ها از تحلیل اسنادی و مصاحبه استفاده شده است. موانع اجرایی برنامه از نظر بستر و زمینه‌های آن تحت عنوان ۴ مقوله اصلی شناسایی شد: «قائم به فرد بودن برنامه‌ها و تأثیر تغییرات مدیریت و دولت بر برنامه ملی»، «چالش ناشی از نحوه حمایت دولت دهم از پزشک خانواده»، «چالش‌های فرهنگی»، «قانون‌گریزی، عدم اراده و تعهد سیاسی مسئولان ارشد کشوری».
- در چالش‌های فرهنگی نتایج نشان داد که چالش‌های فرهنگی از جمله موانع اجرایی دیگر پزشک خانواده است که مصاحبه‌شوندگان بر آن در ابعاد مختلف همچون شکل‌گیری رفتار و فرهنگ مسئولان و مردم در تعامل با دیگران بر مبنای بی‌عدالتی، فرهنگ سنتی مردم در مراجعه به پزشکان، مقاومت مردم در برابر تغییرات فرهنگی، درونی نشدن بسیاری از ارزش‌های فرهنگی نزد مردم، نبود فرهنگ مشارکتی و کار تیمی به عنوان موانع اجرایی پزشک خانواده تأکید می‌کردند. در این راستا، برخی از مصاحبه‌شوندگان، ضمن تأکید بر چالش فرهنگی به عنوان مهم‌ترین چالش موجود در برابر برنامه، ریشه‌های این چالش را در اضمحلال جایگاه پزشک عمومی توسط سیاست‌گذاران نظام سلامت دانسته و بیان می‌کردند که همین امر بنای بی‌اعتمادی مردم بر پزشکان عمومی و سبب رفتارسازی نادرست مابین آن‌ها در مراجعه به پزشکان شده است. از این رو خاستگاه اجتماعی برنامه را لازمه اجرایی شدن برنامه دانسته و معتقد بر این امر بودند که آن نیز جز به وسیله توانمندسازی مردم از طریق آگاهی بخشی آنان توسط مسئولان اجرایی برنامه حاصل نمی‌شود. هم‌زمان مصاحبه‌شوندگان دیگری نیز، نه تنها ریشه چالش فرهنگی برنامه را در فرهنگ سنتی مردم در مراجعه به پزشکان بیان می‌دارند؛ بلکه علاوه بر فرهنگ سنتی، بر نبود فرهنگ مشارکتی و فرهنگ اجرای کار به صورت تیمی که لازمه اجرایی شدن پزشک خانواده است، تأکید می‌کردند. «مشکل دیگر هم مشکل فرهنگی مردم است... ما دو تا فرهنگ‌سازی باید می‌کردیم اولاً برای مردمی که شما هر جا و همین طوری مراجعه نکنید... باید مردم را قانع می‌کردیم که این برای شما مفید نیست که هر جا می‌خواهید بروید. که این فرهنگ‌سازی می‌خواست... من فکر می‌کنم که کشور ما این مشکل رو دارد که یک نفر حرف بزند و مردم هم گوش بکنند. من همچنین برداشتی از کشور خودمون دارم یعنی ما خیلی اهل مذاکره و تفاهم نیستیم... و این مذاکره و تفاهم در کشور ما خیلی سخت اتفاق می‌افتد»
- در این زمینه، یکی از مقام‌های ارشد وزارت بهداشت، فرهنگ و نگرش نابرابرانه مردم و مسئولان در تعامل با یکدیگر را از این جهت که منجر به قائل شدن حقوق و امتیازات ویژه برای خود در مقایسه با دیگران می‌شود به عنوان عامل و مانعی در برابر اجرایی شدن پزشک خانواده می‌دانست، چراکه وجود نگرش و فرهنگ عدالت محور و عدالت‌پرور لازمه اجرایی شدن پزشک خانواده است. این مصاحبه‌شونده در نهایت ریشه‌های شکل‌گیری فرهنگ و نگرش نابرابرانه را در کژکارکردی نظام آموزش و تربیت می‌داند (۱۳).
۷. پژوهشی با عنوان چالش‌ها و راهکارهای اجرای پزشک خانواده روستایی در ایران با استفاده از روش کیفی با مصاحبه نیمه ساختاریافته عمیق با افراد مطلع کلیدی انجام شده است.
- نتایج نشان داد با گذشت بیش از یک دهه از اجرای پزشک خانواده هنوز این برنامه با یک سری چالش‌های اساسی در حوزه‌های رهبری و حکمرانی، تأمین مالی، عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات، آموزش و فرهنگ رسانی، رفتار گیرندگان خدمات و نظارت و ارزیابی مواجه است.

تم آموزش و فرهنگ رسانی شامل: اطلاع‌رسانی به مردم در خصوص برنامه پزشک خانواده، آشنایی و هماهنگی متولیان برنامه با اهداف پزشک خانواده، میزان هماهنگی محتوای آموزش پزشکی با پزشک خانواده روستایی و توانمندی پزشکان عمومی برای فعالیت به‌عنوان پزشک خانواده بوده است.

در تم آموزش و فرهنگ‌سازی مصاحبه‌کنندگان بیان داشتند که ناهماهنگی و بروز نبودن محتوای آموزش پزشکی با PHC و پزشک خانواده روستایی موجب عدم توانمندی پزشکان عمومی برای فعالیت به‌عنوان پزشک خانواده روستایی شده است: پزشکان ما برای فعالیت به‌عنوان پزشک خانواده تربیت نشده‌اند؛ بلکه برای درمان تربیت شده‌اند. این پزشکان به قوی Health Manager نیستند در واقع Case Manager هستند. «ناآشنایی و ناهماهنگی متولیان برنامه پزشک خانواده روستایی با ضوابط و موازین برنامه که با عدم پیش‌بینی درست و جامع، اجرای برنامه را با مشکل مواجه کرده است؛ از بدو امر دیدگاه مسئولان در مورد پزشک خانواده یکی نبود و مسائلی که در وزارتخانه مطرح بود مربوط به ساختار و سخت‌افزار می‌شد اینک چند پزشک جذب کنیم؟ چقدر پول بدهیم؟ ولی در مورد کیفیت و نحوه فعالیت پزشک خانواده که چه کاری را و چگونه انجام دهد؟ بحث محتوا زیاد مطرح نبود. عدم اطلاع‌رسانی کافی به مردم قبل و حین اجرای برنامه، منجر به مقاومت و عدم رغبت نسبت به استقرار کامل برنامه به‌خصوص سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع شده است؛ برنامه‌ای با این حد‌گسترده‌گی که تمامی بخش‌ها و سطوح نظام سلامت و مردم را درگیر می‌کرد؛ بدون کوچک‌ترین اطلاع‌رسانی آغاز شد و بعد از گذشت ۴۸ سال هنوز هم مردم نسبت به ابعاد برنامه بی‌اطلاع می‌باشند» (۱۴).

۸. مطالعه کیفی حاضر از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته و بحث گروهی متمرکز با ذینفعان برنامه پزشک خانواده انجام گرفته است.

چالش‌ها و موانع اجرایی برنامه پزشک خانواده روستایی در ریز ۱۶ طبقه و ۵ طبقه اصلی دسته‌بندی شد. چالش‌های تولیدی، چالش ارائه خدمت چالش‌ها فرهنگی و آموزشی، چالش‌های نیروی انسانی و چالش زیرساختی طبقه‌های اصلی بودند.

زیر طبقه‌های چالش‌های فرهنگی و آموزشی شامل: ضعف در بسترسازی فرهنگی و اطلاع‌رسانی به جامعه (آموزش و اطلاع‌رسانی نامناسب به جمعیت، عدم توجه متولیان برنامه به بسترسازی فرهنگی و مشارکت پایین مردم در برنامه‌های بهداشتی) و ضعف در آموزش ارائه‌دهندگان خدمت (کمبود آموزش دانشگاهی برای کارکنان گروه سلامت، درمان محور بودن آموزش‌ها پزشکی در دانشگاه و ضعف در آموزش بدو خدمت و حین خدمت گروه سلامت) بوده است.

ضعف در بسترسازی فرهنگی و اطلاع‌رسانی به جامعه: به اعتقاد مشارکت‌کنندگان، آموزش و اطلاع‌رسانی نامناسب به جمعیت تحت پوشش از نقاط ضعف اساسی اجرای برنامه پزشک خانواده است؛ که موجب ایجاد انتظارات بالا از پزشک و گروه سلامت شده است. همچنین معتقد بودند، متولیان آموزش و فرهنگ‌سازی مانند سازمان بیمه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پزشکان و کارشناسان برنامه به شکل مطلوب، اهداف و منافع طرح را برای مردم روشن نساخته‌اند. یکی از مدیران در این خصوص بیان داشت: «آموزش کافی به مردم داده نشده است. بین مردم نرفتن بگویند هدف این

برنامه چپی هست، اگر شما از این طریق وارد بشوید چه مزایای برای شما دارد.» (۱۵).

۹. مطالعه حاضر یک مطالعه ترکیبی (کمی - کیفی) است که با هدف چالش‌های نظام پزشکی خانواده روستایی شمال شرق ایران انجام شده است. در این مطالعه با ۱۱ مدیر و ۹ پزشک خانواده شاغل در طرح خراسان رضوی مصاحبه شد. سپس بر اساس نتایج مصاحبه‌ها پرسشنامه‌ای طراحی به کار گرفته شد. در تحلیل محتوای کیفی ۹ مفهوم اساسی (برنامه‌ریزی جامع، نظام بیمه درمان، جبران خدمات، ارزیابی عملکرد، امکانات و تسهیلات رفاهی، جذب و حفظ نیروی انسانی، نظام اطلاعات، فرهنگ‌سازی و تأمین مالی) شناسایی شدند.

تم فرهنگ‌سازی شامل تم‌های فرعی آگاهی ناکافی مردم (عدم اعتماد مردم به پزشک عمومی و بهورز و نادیده گرفتن نظام ارجاع در سطوح بالاتر) و آموزش ناکافی ارائه‌کنندگان (عدم آموزش کافی مسائل بهداشتی به ارائه‌کنندگان و عدم آشنایی کافی متخصصان و پاراکلینیک‌ها با نظام ارجاع) بوده است. در حیطه فرهنگ‌سازی مطالعه نشان داد تعداد زیادی از مصاحبه‌شونده‌ها به مشکلات فرهنگ‌سازی به‌خصوص عدم آموزش کافی مردم در مورد نظام ارجاع و بیتوجهی پزشک اشاره کردند: مردم فقط برای مهر زدن دفترچه و ارجاع [به متخصص] به پزشک خانواده مراجعه می‌کنند و حتی بعضی [از مردم] بیمار را هم نمی‌آورند.» همچنین تعدادی از مصاحبه‌شونده‌ها معتقد بودند که به ارائه‌دهندگان آموزش کافی داده نشده است به‌صورتی که بیشتر مدیران و سیاست‌گذاران دید درمان‌نگر دارند و پزشکان خانواده در مورد مسائل بهداشتی آشنایی کافی ندارند. بیمار با یک‌بار ارجاع پزشک [خانواده] می‌تواند به چند جا مراجعه کند ولی پزشک متخصص یا [پاراکلینیک‌ها] توجیه نیستند؛ لذا [بیمار] ... مجبور است چندین بار مسیر ... [روستا و شهر] را برود» (۱۶).

۱۰. مطالعه‌ای با عنوان درک، آگاهی و انتظارات مردم و پزشکان از اجرای طرح پزشکی خانواده انجام شده است. در این مطالعه کیفی و مقطعی مصاحبه نیمه ساختارمند با ۳۰ نفر انجام گرفت. نتایج در خصوص دیدگاه پزشکان ۵ کد اصلی با عناوین: عدم وجود زیرساخت کافی، مشکلات نظام پرداخت، همکاری درون / بین بخشی ضعیف، دیدگاه‌های اشتباه در خصوص پزشکی خانواده و ۱۷ محور فرعی و در خصوص دیدگاه مردم ۲ کد اصلی با عناوین: درک و آگاهی، انتظارات و ۵ کد فرعی استخراج شد. یکی از آیتم‌های فرهنگی از دیدگاه‌های مردم در خصوص طرح پزشکی خانواده شامل اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی بوده است که افراد مورد پژوهش انتظار اطلاع‌رسانی جامع و گسترده به‌وسیله تمامی رسانه‌ها و واحدهای بهداشتی درمانی را داشتند

دیدگاه پزشکان در این حیطه شامل دیدگاه‌های اشتباه در خصوص پزشکی خانواده عدم اعتماد مردم به طرح پزشکی خانواده و کاهش ارزش طرح به علت رایگان بودن طرح بوده است که به شرح زیر می‌باشد. عدم اعتماد مردم به طرح پزشکی خانواده: دیدگاه مردم نسبت به این طرح اغلب همراه با بدبینی و عدم اعتماد است. به‌گونه‌ای که یک گروه از مصاحبه‌شوندگان بیان کردند: «مردم بی اعتمادن به این طرح باور ندارن که من هفت سال درس خوندم منم می‌تونم تشخیص بدم چون پزشک عمومی‌ام.»

کاهش ارزش طرح به علت رایگان بودن طرح: در خصوص طرح مذکور دیدگاه مردم در خصوص کم‌ارزش بودن طرح و تشخیص پزشکان خانواده به علت ارزانی طرح می‌باشد به گونه‌ای که گروهی از مصاحبه‌شونده‌ها اظهار کردند: «به مردم می‌گن پزشک خانواده رایگان خب مردم می‌گن پس این چه دکتریه که ویزیتاش رایگانه پس نمی‌فهمه؛ اما پزشک متخصص ۴۵ هزار تومن می‌گیره پس بهتره» (۱۷).

### ه) دستاوردها

این پژوهش به شیوه کیفی با استفاده از روش‌های مرور اطلاعات موجود در متون و مستندات، مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته با مطلعان کلیدی و بحث گروهی متمرکز انجام گرفته است. دستاوردهای برنامه پزشک خانواده شهری در استان‌های فارس و مازندران از دیدگاه خبرگان مرتبط با فرهنگ‌سازی شامل: حمایت سیاسی مدیران، اطلاع‌رسانی به مردم از طریق رسانه‌ها، شکستن سد نتوانستن و افزایش مطالبات مردم برای خدمات سلامت می‌باشد (۱۰).

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج بررسی شواهد نشان داد که آگاهی مردم از طرح پزشک خانواده در وضعیت مطلوبی نمی‌باشد. مردم بیشتر آگاهی خود را از بهورزان و در هنگام مراجعه برای دریافت خدمت دریافت کرده‌اند که شواهد نشان داد با مراجعه بیشتر، آگاهی مردم افزایش می‌یابد.

این طرح به‌رغم دستاوردهای فرهنگی زیادی مانند جلب حمایت سیاسی مدیران، شکستن سد نتوانستن و افزایش مطالبات مردم برای خدمات سلامت با چالش‌های متعددی روبه‌رو می‌باشد. از مهم‌ترین چالش‌های فرهنگی این طرح می‌توان به اطلاع‌رسانی ناقص و آموزش ناکافی مردم، اعتقاد به دانش کم پزشک عمومی در عده‌ای از مردم، درخواست مکرر مردم برای ارجاع غیرضروری و درنهایت خودارجاعی، تخصص‌گرایی چه در پزشکان، مسئولان و خانواده‌ها و عدم پذیرش مسئولان رده‌بالای کشور در رفتار خود و بستگان طبق این الگو اشاره کرد.

با توجه به اینکه یکی از الزامات اجرای موفقیت‌آمیز این طرح فرهنگ‌سازی می‌باشد و مسئولان طرح باید قبل از اجرای این طرح، زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی آن را فراهم کنند تا مردم با وظایف پزشک خانواده و نظام ارجاع آشنا شوند؛ زیرا بسترسازی فرهنگی برای جامعه‌ای که بالغ بر پنجاه سال با سیستم‌های فعلی سروکار داشته است، امری مهم است و بی‌شک عدم برنامه‌ریزی برای آن از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی اجرای برنامه پزشک خانواده است.

## منابع

۱. پوران، متقی م، نوابی ن. عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال‌های ۹۰-۱۳۸۵. نشریه مدیریت ارتقای سلامت. ۱۴(۳):۲۰۱-۲۰۳:۵۸-۶۸.
2. Honarvar B, Lankarani KB, Kazemi M, Shaygani F, Sekhavati E, Raooufi A, et al. Five Years after Implementation of Urban Family Physician Program in Fars Province of Iran: Are People's Knowledge and Practice Satisfactory? International journal of preventive medicine. 2018;9:41.
۳. کبیر مج، امیری حا، ربیعی سم، رستمی زحز، فرزین ک، شیروانی سدنپ، et al. سطح آشنایی و نگرش جمعیت تحت پوشش از ضوابط و الزامات برنامه پزشک خانواده شهری ایران. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۲۰۱۸؛۲۰(۱۱):۴۰-۸.
۴. توسلی ا، علیدوستی م، خدیوی ر، راد غش، زاده اح. بررسی ارتباط آگاهی و نگرش روستاییان با منابع کسب اطلاعات در زمینه برنامه پزشک خانواده در شهرستان شهرکرد سال ۱۳۸۸. مجله تحقیقات نظام سلامت. ۲۰۱۰؛۶(۳):۴۹۸-.
۵. مطلق ما، شیروانی سنپ، امیری حا، کبیر مج، منفرد عش، جوی آن، et al. آشنایی بیمه شدگان بیمه روستایی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی از دفترچه بیمه روستایی در طرح پزشک خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران: ۱۳۸۷. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی. ۲۰۱۱؛۲(۲):۳۳-.
۶. کبیر مج، جعفری ن، طبعی من، امیری حا، میکائیکی ا، شیروانی سنپ، et al. میزان آشنایی اعضای نهادهای محلی استان‌های شمالی ایران از ضوابط طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در سال ۱۳۹۱. نشریه طلوع بهداشت. ۲۰۱۵؛۱۴(۳):۱۲-۲۴.
7. Hooshmand E, Nejat-zadegan Z, Ebrahimipour H, Bakhshi M, Esmaili H, Vafae-najar A. Rural family physician system in Iran: Key challenges from the perspective of managers and physicians, 2016. International Journal of Healthcare Management. 2017;123-30:(2)12.
۸. مهرالحسنی م، سیریزی مج، پورحسینی س، آبادی ویف. چالش‌های اجرای سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان کرمان: یک مطالعه کیفی. فصلنامه بهداشت و توسعه. ۲۰۱۲؛۱۴(۳):۱۹۳-.
۹. صدیقی س، امینی م، پوررضا ا. علل کناره‌گیری پزشکان از طرح پزشک خانواده روستائی در سال ۱۳۹۱. مجله مدیریت بهداشت و درمان. ۲۰۱۵؛۵(۴):۳۳-۴۳.
۱۰. دماري ب، مقدم عو، گوران نر، کبیر مج. ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان‌های فارس و مازندران: پیشینه، دستاوردها، چالش‌ها و راه حل‌ها. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۲۰۱۶؛۱۴(۲):۱۷-۳۸.

۱۱. محمدیان م، نجار عو، عیدگاهی زنز، جاجرمی ح، هوشمند ا. بررسی چالش‌های طرح پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و پزشکان در استان خراسان شمالی، ۱۳۹۵. فصلنامه علوم پیراپزشکی و توانبخشی. ۲۰۱۸؛۷۴(۱):۱۴-۲۴.
۱۲. مختاری خسنج، عابدی ق، مروی ا. تحلیلی بر نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری، با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان: یک مطالعه کیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۲۰۱۸؛۲۸(۱۶۱):۷۵-۸۷.
۱۳. شیانی م، رشیدیان آ، محمدی آم. جایگاه و موانع اجرایی طرح پزشک خانواده در نظام سلامت ایران. فصلنامه رفاه اجتماعی. ۲۰۱۶؛۱۶(۶۲):۵۹-۱۰۲.
۱۴. شیرجنگ ا، پور سم، اصلی ام، دشمنگیر ل. چالش‌ها و راهکارهای اجرای پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه کیفی. مجله تصویر سلامت. ۲۰۲۰؛۱۱(۱):۶۲-۷۳.
۱۵. محمدی ج، محمدی ا، ولیئی س، نسب نا، بیدارپور ف، مرادی ق. چالش‌ها و موانع برنامه پزشک خانواده روستایی از دیدگاه ذی نفعان در استان کردستان: مطالعه کیفی. مجله اپیدمیولوژی ایران. ۲۰۱۹؛۱۵(۱):۴۷-۵۶.
۱۶. هوشمند ا، زادگان زن، پور حا، اسماعیلی حا، نجار عو. چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی شمال شرق ایران از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در طرح. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا. ۲۰۱۹؛۹(۴):۱۷۹۴-۸۰۸.
۱۷. یاردکانی عت، حسینی س، ای نا، میرزایی س. درک، آگاهی و انتظارات مردم و پزشکان از اجرای طرح پزشک خانواده: مطالعه موردی شهر شیراز. مجله سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. ۲۰۱۵؛۳۳(۲):۱۴۷-.



# تأمین مالی پزشکی خانواده

## مقدمه

تأمین مالی سلامت، به عنوان یکی از عملکردهای اصلی نظام سلامت معرفی شده و خود به سه محور جمع‌آوری درآمد، انباشت منابع و تخصیص منابع و خرید راهبردی خدمات تقسیم بندی می‌شود. در فرآیند جمع‌آوری درآمد، تأمین منابع مالی از سوی مردم با سازوکارهای پایدار مبتنی بر پیش پرداخت و مالیات و عوارض از مهمترین منابع در تمامی نظام‌های تأمین مالی محسوب می‌شوند. فرآیند انباشت منابع، موجب انباشت خطر و توزیع ریسک می‌شود و افراد را در مقابل خطرات مالی پیشبینی نشده محافظت می‌کند. فرآیند تخصیص منابع و خرید راهبردی خدمت نیز به بسیاری از تسهیلات و مقدمات برای ارائه و دریافت خدمات سلامتی توسط افراد جامعه و عرضه‌کنندگان اشاره دارد که موضوعات مهمی مانند نظام پرداخت، تعرفه و قیمت‌گذاری، راهنماهای بالینی و اتخاذ سیاست‌هایی برای تعریف و سهمیه بندی مزایای استحقاقی را شامل می‌شود (۱). براساس گزارش ۲۰۱۰ سازمان بهداشت جهانی، موفقیت کشورها در انجام این کارکردها با هدف دستیابی به پوشش همگانی سلامت به موارد زیر بستگی خواهد داشت: ۱. کافی بودن منابع مالی موجود با توجه به ارائه خدمات ضروری و حمایت مالی؛ ۲. منصفانه بودن مکانیزم‌های جمع‌آوری درآمد؛ ۳. کارایی اقتصادی منابع جمع‌آوری شده؛ ۴. سطوح انباشت و پیشپرداخت‌ها؛ ۵. تعداد و انواع خدمات خریداری شده و مصرف شده و تأثیر آنها بر درآمدها و هزینه‌های سلامت؛ ۶. کارایی فنی تولید خدمات؛ ۷. دسترس مالی و فیزیکی به خدمات (۲). بنابراین لازم است برای اجرای طرح پزشکی خانواده موارد بالا در بحث تأمین مالی مدنظر قرار گیرد. مطالعاتی که به تأمین مالی پزشکی خانواده اشاره داشته‌اند موارد زیر را مدنظر قرار داده بودند:

الف) تأمین مالی توسط بیمه‌ها؛

ب) تأمین مالی توسط خیرین؛

ج) تأمین مالی توسط دولت؛

د) چالش‌های تأمین مالی.

## نتایج

در این قسمت نتایج مطالعات مخالف در حیطه‌های عنوان شده ارائه شده است.

### الف) تأمین مالی توسط بیمه‌ها

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی
۱	چالش مرتبط با بیمه‌ها

۱. مصاحبه شونده‌گان معتقد بودند یکی از چالش‌های موجود در رابطه با تأمین مالی، رفتار بیمه‌هاست. به طور مثال بیمه‌ها به عنوان تأمین کننده منابع مالی، برنامه‌ریزی و مدیریت اطلاعات سلامت جامعی ندارند. در پرداخت‌ها تأخیر دارند. پایش‌های آنان سلامتی محور نیست (۳).

### ب) تأمین مالی توسط خیرین

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی
۱	تأمین مالی محدود بخش خصوصی
۲	مشارکت محدود بخش خصوصی

۱. در این مطالعه کمی-کیفی یکی از چالش‌های مطرح شده در طرح پزشکی خانواده مشارکت محدود بخش خصوصی در تأمین مالی این طرح ذکر شده است (۴).  
 ۲. در مطالعه انجام شده از طریق پرسشنامه ۸۱٪ مدیران و ۷۹٪ پزشکان معتقد بودند که مشارکت محدود بخش خصوصی یکی از چالش‌های اجرای طرح پزشکی خانواده در ایران است (۵).

### ج) تأمین مالی توسط دولت

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی
۱	چالش مرتبط با تأمین مالی توسط دولت
۲	چالش‌های مرتبط با تأمین مالی

۱. در این مطالعه کیفی عدم تخصیص منابع مالی توسط دولت دهم یکی از چالش‌های اجرای پزشکی خانواده شناخته شد (۶).  
 ۲. در مطالعه کیفی انجام شده موارد زیر بعنوان چالش‌های مرتبط با تأمین مالی طرح شناسایی شدند: بودجه نامحسوس در شروع طرح؛ منابع مالی ناکافی؛ ضعف در فرآیندهای مالی و بی ثباتی اقتصادی (۷).

## هـ) چالش‌های تأمین مالی

## خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی
۱	مشکلات مربوط به تأمین مالی اجرای طرح
۲	چالش مرتبط با بیمه‌ها
۳	چالش تأمین مالی توسط دولت
۴	تأمین مالی محدود بخش خصوصی
۵	چالش‌های مرتبط با تأمین مالی توسط دولت
۶	مشارکت محدود بخش خصوصی

۱. در این مطالعه با استفاده از پرسشنامه به بررسی چالش‌های طرح پزشک خانواده پرداخته شد. از دیدگان مدیران شرکت کننده در این مطالعه، بزرگترین چالش در حوزه تأمین مالی بیان شده بود (۸).
۲. مصاحبه شونده‌گان معتقد بودند یکی از چالش‌های موجود در رابطه با تأمین مالی رفتار بیمه‌هاست (۳).
۳. در این مطالعه کیفی، عدم تخصیص منابع مالی توسط دولت دهم یکی از چالش‌های اجرای پزشک خانواده شناخته شد (۹).
۴. در این مطالعه کمی-کیفی یکی از چالش‌های مطرح شده در طرح پزشک خانواده مشارکت محدود بخش خصوصی در تأمین مالی این طرح ذکر شده است (۴).
۵. در مطالعه کیفی انجام شده موارد زیر بعنوان چالش‌های مرتبط با تأمین مالی طرح شناسایی شدند: بودجه نامحسوس در شروع طرح؛ منابع مالی ناکافی؛ ضعف در فرآیندهای مالی و بی ثباتی اقتصادی (۷).
۶. در مطالعه انجام شده از طریق پرسشنامه، ۸۱٪ مدیران و ۷۹٪ پزشکان معتقد بودند که مشارکت محدود بخش خصوصی یکی از چالش‌های اجرای طرح پزشکی خانواده در ایران است (۵).

## بحث و نتیجه‌گیری

- در رابطه با تأمین مالی توسط بیمه‌ها یک مقاله یافت شد که در آن به چالش‌های مرتبط با اجرای پزشکی خانواده اشاره شده است. این چالش‌ها شامل عدم برنامه‌ریزی و مدیریت جامع اطلاعات سلامت، تأخیر در پرداخت‌ها و سلامتی محور نبودن پایش‌های انجام شده است.
  - در رابطه با تأمین مالی توسط خیرین و بخش خصوصی اشاره شده است که مشارکت این بخش محدود است.
  - مقالات مرتبط با تأمین مالی توسط دولت از بودجه نامحسوس در شروع طرح، منابع مالی ناکافی، ضعف در فرآیندهای مالی و بی‌ثباتی اقتصادی نام برده شده است.
  - پرداخت از جیب بیماران که یکی از روش‌های تأمین مالی نیز شناخته می‌شود، در بخش عدالت و بار مالی تحمیل شده به بیماران ارائه شده است.
- \*\* موارد بالا تحت عنوان چالش‌های موجود در بحث تأمین مالی نیز مطرح می‌شود، توجه به این چالش‌ها و تلاش برای رفع آن می‌تواند برای بهبود وضعیت موجود کمک کننده باشد.

## منابع

1. Mehrolihasani M, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Abolhallaje M, Ramezani M, Dehnavieh R, et al. A Review of the Health Financing Policies Towards Universal Health Coverage in Iran. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2017;74-84:(0)12.
2. Organization WH. Financing for universal health coverage: dos and don'ts. *Health financing guidance note*. 2019(9):2019-09.
3. عابدی ق، مروی ا، سلطانی کنتایی ا، عابدینی ا، اسدی علی آبادی م، صفی زاده چم مختاری خ، et al. تحلیلی بر استقرار برنامه پزشکی خانواده شهری با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان: یک مطالعه کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه)*. ۱۳۹۶؛ ۲۷(۱۵۵):۲۷-۳۰. (L۰۰۲۲# ۱۵۵).
4. هوشمند ا، نجات زادگان ز، ابراهیمی پور ح، اسماعیلی حا، وفایی نجار ع. چالش‌های نظام پزشکی خانواده روستایی شمال شرق ایران از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در طرح. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*. ۱۳۹۸؛ ۹(۴):۱۳۹۸-۱۴۰۰. (f۰۰۱۲۷۰# ۴).
5. Hooshmand E, Nejatizadegan Z, Ebrahimipour H, Bakhshi M, Esmaili H, Vafaee-najar A. Rural family physician system in Iran: Key challenges from the perspective of managers and physicians, 2016. *International Journal of Healthcare Management*. 2017;123-30:(2)12.
6. شیانی م، رشیدیان آ، محمدی آم. جایگاه و موانع اجرایی طرح پزشکی خانواده در نظام سلامت ایران. *فصلنامه رفاه اجتماعی*. ۱۳۹۵؛ ۱۶(۶۲):۱۶-۲۰. (۶۲):۱۶-۲۰.
7. Dehnavieh R, Kalantari AR, Jafari Sirizi M. Urban family physician plan in Iran: Challenges of implementation in Kerman. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2015;1219-28:(1)29.
8. محمدیان م، نجار عو، عیدگاهی زنز، جاجرمی ح، هوشمند ا. بررسی چالش‌های طرح پزشکی خانواده از دیدگاه مدیران و پزشکان در استان خراسان شمالی، ۱۳۹۵. *فصلنامه علوم پیراپزشکی و توانبخشی*. 2018؛ 7(1):14-24.
9. شیانی م، رشیدیان آ، محمدی آ. جایگاه و موانع اجرایی طرح پزشکی خانواده در نظام سلامت ایران. *رفاه اجتماعی*. ۱۳۹۵؛ ۱۶(۶۲):۱۶-۲۰. (g۰۰۴۴۲# ۶۲).

# هزینه‌ی اجرای پزشکی خانواده

## مقدمه

به منظور برآورد هزینه‌ی اجرای طرح پزشک خانواده باید تمامی هزینه‌ها از منظر نظام سلامت، شناسایی، اندازه‌گیری و ارزش‌گذاری شود. بدین منظور لازم است برآورد هزینه‌های مربوط به نیروی انسانی (پرداخت سرانه، پرداخت حقوق و مزایا و...)، برآورد هزینه‌های مربوط به ساختمان و تجهیزات، هزینه‌های مربوط به فرهنگ‌سازی، اطلاع‌رسانی و ثبت‌نام و برآورد سایر هزینه‌ها (بسته خدمات، آموزش، لوازم مصرفی و...) به درستی انجام شود. محتوای مطالعاتی که به هزینه‌های پزشکی خانواده اشاره کرده‌اند را می‌توان در گروه‌های زیر بررسی کرد:

الف) هزینه بستری؛

ب) هزینه سرپایی؛

ج) هزینه دارویی.

## نتایج

در این بخش نتایج حاصل از گروه‌های ارائه شده در بالا به تفکیک نشان داده شده است.

### الف) هزینه بستری

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی
۱	تاثیر اجرای طرح پزشکی خانواده بر هزینه‌های بستری به طور کلی
۲	هزینه‌های بستری در اصفهان
۳	هزینه بستری از دیدگاه بیمه سلامت استان گلستان
۴	هزینه بستری در بهشهر
۵	هزینه‌ها و مصرف خدمات سلامت در فارس

۱. در یک مطالعه با استفاده از تکمیل پرسشنامه توسط پزشکان خانواده به این نتیجه رسیدند که اجرای طرح پزشک خانواده منجر به کاهش هزینه‌های بستری شده است. در این مطالعه محاسبه‌ای برای اندازه‌گیری این آیت‌ها انجام نشده است (۱).

۲. بررسی اسناد هزینه‌های جاری قطعی شده اداره کل بیمه سلامت استان و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان اصفهان نشان داد که با اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر، میزان بار مراجعه به پزشکان متخصص و فوق تخصص و استفاده از خدمات بستری روند کاهشی داشته است. در این مطالعه هزینه‌های بستری بیماران از ۳،۰۸۷،۸۵۷ ریال به ۶،۷۵۹،۱۳۱ ریال به ازای هر فرد طی سال‌های مذکور رسیده است (۲).

۳. در یک مطالعه هزینه بستری بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت در تمام بیمارستان‌های استان گلستان در ۶ ماهه اول سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ جمع آوری شد (قبل و بعد از نظام ارجاع الکترونیک). هزینه بستری دولتی در ۶ ماهه اول ۱۳۹۶ برابر با ۹۸۲۷۹۳ میلیون ریال و در ۶ ماهه اول ۱۳۹۷ برابر با ۸۵۲۹۵۱ میلیون ریال برآورد شد (۳).

۴. در یک مطالعه هزینه‌های بستری در یک بیمارستان در بهشهر قبل و بعد از اجرای پزشک خانواده طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۷ از سیستم HIS بیمارستان استخراج شده است. متوسط هزینه بستری در سال ۱۳۹۱ (اولین سال اجرای طرح) برابر با ۴۵۴۳۹۳۳ ریال و در سال ۱۳۹۷ برابر با ۱۵۰۴۴۷۵۱ ریال به ازای هر فرد برآورد شده است (۴).

۵. این مطالعه بر روی بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی استان فارس طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۵ انجام شد. داده‌های مربوط به استفاده از خدمات و هزینه‌های ویزیت پزشک عمومی، ویزیت متخصص، داروها، تصویربرداری، آزمایش‌های آزمایشگاهی و بستری در بیمارستان جمع‌آوری شد. نتایج نشان داد اجرای پزشکی خانواده منجر به کاهش هزینه بستری در کوتاه مدت شده است (۵).

### ب) هزینه سرپایی

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی
۱	هزینه‌های سرپایی در اصفهان
۲	اجرای پزشکی خانواده و کاهش هزینه‌ها در گرگان
۳	هزینه‌ها و مصرف خدمات سلامت بعد از اجرای پزشکی خانواده در فارس
۴	هزینه سرپایی در گلستان

۱. بررسی اسناد هزینه‌ای جاری قطعی شده اداره کل بیمه سلامت استان و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان اصفهان نشان داد که با اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر، میزان بار مراجعه به پزشکان متخصص و فوق تخصص و استفاده از خدمات بستری روند کاهشی داشته است. در این مطالعه هزینه سرپایی سرانه ۰/۷۸، ۱۷۲ ریال در سال ۱۳۸۸ بوده که به ۲۶۵،۴۶۱ ریال در سال ۱۳۹۲ رسیده است (۲).

۲. در این مطالعه که در یک دوره ۲۴ ماهه و در ۱۷ مرکز بهداشت روستایی شهرستان گرگان انجام شد نشان داد که تأثیر پزشک خانواده برای کاهش هزینه‌های غیرضروری به طور قابل ملاحظه حدود ۶/۶٪ و تأثیر پرستار حدود ۰/۲٪ بود (در این مطالعه هزینه‌ها نمایش داده نشده‌اند) (۶).

۳. یک مطالعه بر روی بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی استان فارس طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۵ انجام شد. داده‌های مربوط به استفاده از خدمات و هزینه‌های ویزیت پزشک عمومی، ویزیت متخصص، داروها، تصویربرداری، آزمایش‌های آزمایشگاهی و بستری در بیمارستان جمع‌آوری شد. نتایج نشان داد اجرای پزشکی خانواده بیشتر، هزینه‌ها را در کوتاه مدت کاهش داد. پس از راه اندازی این برنامه، هزینه‌های ویزیت متخصص، دارو، خدمات رادیولوژی و آزمایشات آزمایشگاهی کاهش چشمگیری داشت. در بلندمدت، اثرات این طرح کمابیش برعکس اثرات کوتاه مدت آن بود (۵).

۴. در این مطالعه هزینه‌های سرپایی بیماران تحت پوشش بیمه روستایی گلستان قبل و بعد از اجرای نظام ارجاع الکترونیک در سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ برآورد شده است. داده‌ها از سامانه اطلاعاتی و اسناد موجود اداره کل بیمه سلامت جمع‌آوری شد. هزینه مراقبت‌های سرپایی در ۶ ماه اول سال ۱۳۹۷ برابر با ۲۰۵۷۵۰ میلیون ریال برآورد شده بود (۳).

خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی
۱	هزینه‌های دارویی
۲	هزینه داروهای تجویز شده توسط پزشکان خانواده در سال ۱۳۹۰
۳	بررسی اقلام دارویی
۴	هزینه‌های دارویی
۵	داروهای تجویز شده توسط پزشکان خانواده

۱. محققان در این مطالعه با استفاده از تکمیل پرسشنامه توسط پزشکان خانواده به این نتیجه رسیدند که اجرای طرح پزشک خانواده منجر به کاهش هزینه‌های بستری و کاهش هزینه‌های دارویی شده است. در این مطالعه محاسبه‌ای برای اندازه‌گیری این آیتم‌ها انجام نشده است (۱).
۲. در این مطالعه به برآورد اقلام و هزینه‌های دارویی تجویز شده توسط پزشکان خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان اصفهان پرداخته شده است. هزینه کل دارو در این مطالعه ۲۰۰۶۸۰۶۸۰۷ ریال تخمین زده شده است (۷).
۳. اقلام دارویی تجویز شده توسط پزشکان خانواده شهرستان اهواز در سال ۱۳۸۷ بررسی شد. بیشترین فراوانی داروهای تجویز شده مربوط به گروه داروهای آنتی میکروبیال و کمترین فراوانی داروهای گروه سیستم اعصاب مرکزی بودند. در این مطالعه هزینه داروها محاسبه نشده است (۸).
۴. در این مطالعه هزینه‌های دارویی شامل: میانگین درآمد داروخانه‌ها، میانگین خرید دارو و هزینه نیروی انسانی قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده در ۷ شهرستان استان خراسان رضوی مورد بررسی قرار گرفته است. میانگین هزینه خرید دارو پس از اجرای طرح در سال ۹۲ برابر با ۳۴۲۵۹۹۲۰۹۰ ریال و هزینه نیروی انسانی برابر با ۳۴۵۲۲۸۵۰۰ ریال برآورد شد (۹).
۵. در این مطالعه نهصد و هشتاد و شش نسخه از ۴۲۱ پزشک خانواده (شامل ۳۲۴ پزشک خانواده شهری و ۹۷ پزشک خانواده روستایی) به طور تصادفی انتخاب و بررسی شدند و داروهایی که بیشترین تجویز را از طرف پزشکان داشتند و اقلام تجویز شده داروها به ترتیب گروه‌های سنی نمایش داده شده است. (در این مطالعه هزینه‌های دارویی ذکر نشده است) (۱۰).



## بحث و نتیجه گیری

- چندین مطالعه به برآورد هزینه‌های بستری پس از اجرای طرح پزشکی خانواده پرداخته‌اند. در مطالعه اصفهان با اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی هزینه بستری برابر با ۶،۷۵۹،۱۳۱ ریال و در بهشهر متوسط هزینه بستری در سال ۱۳۹۱ (اولین سال اجرای طرح) برابر با ۴،۵۴۳،۹۳۳ ریال و در سال ۱۳۹۷ برابر با ۱۵،۰۴۴،۷۵۱ ریال به ازای هر فرد برآورد شده است.
  - چند مطالعه نیز به برآورد هزینه‌های سرپایی با اجرای طرح پزشکی خانواده پرداخته‌اند. هزینه‌های سرپایی در اصفهان ۲۶۵،۴۶۱ ریال در سال ۱۳۹۲، در گلستان هزینه مراقبت‌های سرپایی در ۶ ماه اول سال ۱۳۹۷ برابر با ۲۰۵۷۵۰ میلیون ریال برآورد شده بود.
  - در رابطه با هزینه‌های دارویی پس از اجرای طرح پزشکی خانواده در اصفهان هزینه کل دارو در این مطالعه ۲۰۰۶۸۰۶۸۰۷ ریال تخمین زده شده است. در خراسان رضوی میانگین هزینه خرید دارو پس از اجرای طرح در سال ۹۲ برابر با ۳۴۲۵۹۹۲۰۹۰ ریال برآورد شد.
- \*\* شایان ذکر است هزینه‌های برآورد شده، هزینه‌های بستری، سرپایی و هزینه‌های دارویی هستند. این هزینه‌ها با هزینه‌های کلی اجرای طرح پزشکی خانواده متفاوت هستند و در مجموع مطالعه‌ای که در آن هزینه اجرای طرح پزشکی خانواده برآورد شده باشد، یافت نشد.

## منابع

۱. سپهوند چپ، فرهادی ع. بررسی اثر طرح پزشک خانواده بر بهبود فرآیند درمان استان لرستان (نظرسنجی از پزشکان شاغل در طرح پزشک خانواده کمیته امداد امام). مجله پزشکی تأمین اجتماعی. ۲۰۰۶؛ ۵(۲۸): ۸-.
2. KHADIVI R, SAEBIAN A, KHOSRAVI M, NASEHI R. The pattern of costs by the health insurance organization for the people in Urban areas with population under Twenty Thousands and nomads in Isfahan province, Iran, 2009-2013. 2016.
۳. تلوری ک، حیدری، عباسی، انیس، کبیر، بدخشان، et al. بار مراجعه و هزینه بیماران بستری تحت پوشش صندوق بیمه روستایی قبل و بعد از اجرای برنامه نظام ارجاع در استان گلستان. نشریه بیمه سلامت ایران. ۲۰۲۰؛ ۳(۴): ۲۵۴-۶۳.
4. Khandehroo M, Rouhani S, Yazdani Charati J, Esmaeili R. Impact of Health System Reforms on Inpatient Cost in Iran: A Case Study of Behshahr Imam Khomeini Hospital Using Interrupted Time Series. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2021;177-82:(197)31؛.
5. Bayati M, Keshavarz K, Lotfi F, Kebriaeezadeh A, Barati O, Zareian S, et al. Effect of two major health reforms on health care cost and utilization in Fars Province of Iran: Family physician program and health transformation plan. BMC Health Services Research. 2020;20(۱):.
۶. کاظمیان م، کاویان تلوری ف، میردروطن ش. ارزیابی کاهش هزینه‌های غیرضروری در برنامه پزشک خانواده با رویکرد جامعیت مراقبت‌ها (کاهش هزینه‌ها در برنامه پزشک خانواده). مدیریت بهداشت و درمان (نظام سلامت). ۱۳۹۵؛ ۷(۳) (پیاپی ۲۱): -.
7. d Utilization after Family Physician Program Implementation in Rural Health Centers of Isfahan District, Iran. Journal of Isfahan Medical School. 2014;271(31):.
۸. احمدی ب، عرب م، نریمیساپ، پرپوش، جانانی، پورن، et al. بررسی الگوی تجویز دارو توسط پزشکان خانواده و سرانه دارو در شهرستان اهواز. مدیریت بهداشت و درمان. ۲۰۱۳؛ ۴(شماره ۳ و ۴): ۳۴-۲۵.
۹. خوبان ح، گل را، فرخانی ام. ارزیابی واگذاری ارائه خدمات دارویی به بخش خصوصی در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده استان خراسان رضوی: رویکردی بر سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد. مجله سازمان نظام پزشکی مشهد (سیمرغ سپید). ۲۰۱۳؛ ۱۷(۱): ۲۳-۵.
10. Arab M, Torabipour A, Rahimifrooshani A, Rashidian A, Fadai N. Factors affecting family physicians' drug prescribing: A cross-sectional study in Khuzestan, Iran. International Journal of Health Policy and Management. 2014;377-81:(7)3؛.

# جذب و به کارگیری منابع انسانی

## مقدمه

در نظام سلامت ایران، از اصلی‌ترین اصلاحات انجام شده برای پاسخگویی به نیازهای سلامت مردم و همچنین مقابله با افزایش بی‌رویه هزینه‌های سلامت و جلوگیری از تأثیر سوء آن بر مردم اجرای برنامه پزشکی خانواده بود. در این برنامه، پزشک عمومی و تیم وی مسئولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش را بر عهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئول پیگیری سرنوشت آنها هستند. بنابراین، میزان موفقیت در برنامه پزشکی خانواده به طور قابل توجهی به نیروی کار شاغل در آن بستگی دارد که نحوه جذب، به کارگیری و ماندگاری آنها باید مورد توجه سیاست‌گذاران، مدیران و سایر افراد کلیدی در نظام سلامت قرار گیرد. با گذشت چندین سال از اجرای برنامه پزشکی خانواده، مهمترین چالش این برنامه، کمبود پزشک و پایین بودن ماندگاری پزشکان است. از آنجایی که پزشک خانواده، نیروی محوری در تیم سلامت و اجرای صحیح این برنامه است، فقدان فعالیت وی در ارائه خدمات سلامت به جمعیت تحت پوشش خود می‌تواند باعث تناقض بزرگ در اجرای برنامه شود.

از آنجایی که در اجرای برنامه پزشکی خانواده همه‌آحاد جامعه، سیاست‌گذاران و مدیران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به نحوی ذینفع هستند، در مورد جذب، به کارگیری و ماندگاری پزشکان خانواده و اعضاء تیم سلامت دیدگاه‌ها و نظرات مختلفی بررسی شده است. به طور کلی در این قسمت به موارد زیر پرداخته شده است:

الف) وضعیت فعلی برنامه پزشکی خانواده از لحاظ نیروی انسانی؛

ب) چالش‌های مربوط به منابع انسانی موجود در برنامه پزشکی خانواده؛

ج) ماندگاری نیروی انسانی در برنامه و عوامل موثر بر آن؛

د) نحوه جذب نیروی انسانی در برنامه پزشکی خانواده.

## نتایج

هریک از موارد ذکر شده در بالا به تفصیل در ادامه شرح داده شده است.

### الف) بررسی وضعیت برنامه از لحاظ نیروی انسانی

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	وضعیت نیروی انسانی
۱	کمبود نیروی انسانی	کمبود
۲	وضعیت نیرو در طرح پزشکی خانواده	بیشترین کمبود مربوط به کارشناس تغذیه
۳	توزیع پزشک خانواده روستایی	عدم تعادل جنسیتی در توزیع
۴	توزیع پزشکان عمومی	نابرابری در توزیع پزشکان
۵	مقایسه شاخص‌های نیروی انسانی قبل و بعد از اجرای طرح	نیاز به تقویت شاخص‌ها

باتوجه به بررسی‌های صورت گرفته، یکی از مسائل مطرح شده کمبود نیروی پزشک در اجرای برنامه است. ۱. یافته‌های نظرسنجی نشان داد که حدود ۳۶٪ کمبود پزشک در تیم بهداشتی مستقر در نظام ارجاع سطح اول وجود دارد. همچنین، در تیم سلامت، کمبود ۳۴ درصدی پرستار و ۶۰ درصدی کمبود کارکنان تغذیه

دیده می‌شود. بنابراین، به نظر می‌رسد برای تسهیل دسترسی بیماران به پزشکان تحت قرارداد با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در سطح دو و سه، اتخاذ تمهیداتی برای جذب متخصص و بهبود نگهداری آنها ضروری است (۶).

۲. در مطالعه دیگری تبیین شد که بیشترین کمبود مربوط به کارشناس تغذیه و سپس به ترتیب پرستار و پزشک است که تسهیل دسترسی بیماران به پزشکان طرف قرارداد طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در سطوح دوم و سوم ضروری به نظر می‌رسد و در این راستا ایجاد یک نظام انگیزشی برای جذب متخصصان و بهبود شرایط نگهداشت آنها می‌تواند سودمند باشد (۷).

۳. یکی از عوامل اصلی این کمبود نیرو، توزیع ناعادلانه پزشک در سطح شبکه بهداشت و درمان کشور است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این زمینه دچار ضعف می‌باشد. در همین راستا، نتایج مطالعه‌ای نشان داد که تعداد پزشکان خانواده مرد روستایی در سیستان و بلوچستان به طور معنی‌داری بیشتر است و تعداد پزشکان زن در استان زنجان نیز بیشتر است. همچنین، نتایج نشان داد شاخص تراکم کل پزشک خانواده روستایی (RFPS<sub>1</sub>) معنی‌دار نبود. نتایج مدل رگرسیون نیز نشان داد که امید به زندگی تعدیل شده با سلامت (HALE<sub>2</sub>) و تولید ناخالص داخلی سرانه هیچ رابطه معنی‌داری با توزیع RFPS ندارند. به طور کلی، طرح RFP در افزایش دسترسی برابر به پزشک و خدمات مراقبت بهداشتی تاندازه‌ای موفق بوده است، با این حال عدم تعادل جنسیتی در توزیع RFP به ویژه در مناطق کمتر توسعه یافته بالا می‌باشد که باید به آن توجه شود (۸).

۴. مطالعه دیگری نیز به بررسی تعداد و توزیع پزشکان عمومی در سطح کشور پرداخته بود که نتایج محاسبه تعداد پزشکان عمومی به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت ایران نشان داد که در سال ۱۳۸۹، استان چهارمحال و بختیاری بیشترین و استان البرز کمترین تعداد پزشک عمومی را به خود اختصاص داده بودند. بیشترین تعداد پزشکان عمومی به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت در بین استان‌های ایران مربوط به چهارمحال و بختیاری و کمترین آن مربوط به تهران در سال ۱۳۹۵ بوده است. بر اساس نتایج این مطالعه، توزیع پزشکان عمومی در بخش بهداشت عمومی ایران طی سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۵ نابرابری را نشان داد (۹).

۵. مقایسه شاخص‌های مدیریت خدمات بهداشتی قبل و بعد از اجرای طرح نیز از راه‌های دیگر برای بررسی وضعیت برنامه پزشک خانواده است. در این راستا شاخص‌های مدیریت خدمات بهداشتی (شامل ۵ شاخص نسبت جمعیت به پزشک، نسبت ماما به مرکز، درصد دسترسی به اقلام آزمایشگاه، متوسط اقلام دارویی موجود در داروخانه مراکز روستایی و متوسط زمان حضور پزشک در شهرستان‌ها) قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده روستایی در شهر یزد مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج نشان داد که شاخص نسبت ماما به مرکز به طور معنی‌داری بهبود چشمگیر داشته است ولی اجرای برنامه پزشک خانواده نتوانسته بر میانگین سایر شاخص‌های ذکر شده با وجود بهبود نسبی تأثیر مثبت داشته باشد. بنابراین، می‌توان با تقویت شاخص‌های مدیریت خدمات بهداشتی مطابق با استانداردهای مربوطه و نیز در نظر گرفتن امکانات رفاهی، و انگیزه‌های مناسب مالی، برای افزایش زمان ماندگاری پزشکان در نقاط محروم روستایی در آینده موجب تقویت نظام ارجاع و در نتیجه ارتقاء شاخص‌های سلامت شد (۱۰).

### ب) چالش‌های مطرح شده در نیروی انسانی برنامه پزشکی خانواده

دینفعان با توجه به تأثیرشان در برنامه، دیدگاه‌های مختلفی در مورد برنامه پزشکی خانواده دارند که توجه به آنها می‌تواند موجب بهبود اجرای برنامه پزشکی خانواده شود. در این راستا، چالش‌های نیروی انسانی برنامه پزشکی خانواده از دیدگاه دینفعان در استان کردستان در دو حوزه اصلی مطرح شده است: ۱. ماندگاری پایین پزشکان که شامل ماندگاری پایین به علت شرایط نامناسب محل خدمت، ماندگاری پایین به علت ادامه تحصیل و ماندگاری پایین به دلیل بومی نبودن پزشکان است؛ ۲. مکانیسم‌های انگیزشی نامناسب که شامل وضعیت نامناسب پرداختی به کارکنان، عدم توجه به حجم و کیفیت ارائه خدمت در پرداختی‌ها، عدم توجه کافی به همه نیروها در پرداختی‌ها و امنیت شغلی پایین پزشکان شاغل در برنامه است (۱۱).

در مطالعه دیگری در شمال شرق ایران، جذب و حفظ نیروی انسانی نیز به عنوان یکی از چالش‌های اساسی برنامه پزشکی خانواده شناسایی شد که شامل زیر مفاهیم ناکافی بودن تعداد پزشکان دائمی (۶۵٪)، امنیت شغلی پایین (۴۵٪) و عدم استقبال پزشکان از برنامه (۷۵٪) و همچنین امکان لغو قرارداد پزشکان به راحتی (۲۵٪) بود. بنابراین، پیشنهاد شد که به منظور اجرای صحیح طرح پزشکی خانواده به هماهنگی آن با اهداف این طرح در سطح بین‌المللی و تجربیات کشورهای دیگر که این برنامه را اجرا کرده‌اند، توجه شود (۱۲).

### ج) ماندگاری پزشکان در برنامه پزشکی خانواده و عوامل موثر بر آن

چالش پیش‌روی بسیاری از سازمان‌های بهداشتی و درمانی، نگهداشت منابع انسانی در مناطق شهری و روستایی است که این منابع انسانی می‌تواند مزیت رقابتی برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی قلمداد شود. سازمان بهداشت جهانی (WHO) در گزارشی عوامل موثر بر حفظ نیروی انسانی در مناطق روستایی را عنوان کرده است که اهمیت موضوع را نشان می‌دهد (۱۳). بررسی ماندگاری پزشکان خانواده به عنوان اصلی‌ترین فرد تیم سلامت در برنامه پزشکی خانواده و همچنین علل و عوامل ماندگاری و ترک شغل در این قسمت از گزارش تبیین خواهد شد.

### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	یافته‌ها
۱	عوامل مرتبط با ماندگاری	مطالعه‌ای در استان کهگیلویه و بویراحمد انجام شد که نتایج بررسی رابطه بین ماندگاری و عوامل دیگر نشان داد که بین ضریب محرومیت منطقه و همچنین امکانات بیتوته محل خدمت با ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار رابطه معنی‌داری وجود دارد. در حالی که، بین میزان حقوق و مزایا و زمان پرداخت حقوق با ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. بنابراین، با فراهم آوردن عوامل معیشتی و رفاهی نظیر امکانات مناسب اقامت محل زیست پزشکان و محرومیت‌زدایی از مناطق محل خدمت پزشکان خانواده منجر به امر ماندگاری آنان خواهد شد.
۲	عوامل موثر بر ترک شغل	مطالعه دیگری نیز در مناطق محروم کشور به بررسی عوامل ترک شغل در بین پزشکان خانواده پرداخت که نتایج نشان داد، پنج عامل اول موثر بر ترک خدمت پزشکان خانواده شامل وضعیت نامناسب پرداخت‌ها، وضعیت نامناسب حقوق، ساعات کار زیاد، برخورد نامناسب مردم و بار مراجعه بالا است. همچنین، یافته‌های این مطالعه نشان داد که ریزش پزشکان در مناطق روستایی روند افزایشی دارد که البته نسبت به مناطق محروم کمتر است. افزایش مجوز استخدام در این مناطق، اصلاح شیوه مدیریت مالی و پرداخت‌های به موقع و افزایش حقوق، ایجاد تخصص پزشک خانواده و اولویت ورود به آن برای پزشکان فعال در این برنامه از جمله اقدامات لازم برای کاهش ریزش پزشکان است.
۳	ارتباط ترک خدمت با عوامل دیگر	بین مبلغ دریافتی ماهانه، زمان دریافت حقوق ماهانه، ساعات کاری، جمعیت تحت پوشش و بومی بودن با ترک خدمت پزشکان خانواده ارتباط معنی‌داری مشاهده شد؛ اما بین امکانات تفریحی و آموزشی محل خدمت و فاصله مرکز محل خدمت تا شهر با ترک خدمت پزشکان خانواده ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. همچنین، وضعیت نامناسب حقوق، وضعیت نامناسب پرداخت‌ها، ساعت کار زیاد، ادامه تحصیل و عوامل ناشی از ادامه تحصیل به عنوان عوامل اصلی موثر بر قطع همکاری پزشکان خانواده با این طرح در آینده شناسایی شدند.
۴	مشکلات منجر به کناره‌گیری	این مشکلات از دیدگاه پزشکان خانواده به ترتیب اولویت به صورت زیر بودند: ۱. مشکلات اجتماعی-فرهنگی (میانگین ۳/۶۹ از ۵). ۲. مشکلات محیطی، رفاهی و آموزشی (میانگین ۳/۸۶ از ۵). ۳. مشکلات سیستمی (میانگین ۳/۵۶ از ۵). ۴. مشکلات اقتصادی (میانگین ۳/۳۶ از ۵). ۵. مشکلات اداری (میانگین ۳/۳ از ۵). تحلیل بیشتر نشان داد که مولفه اداری همانند مولفه اقتصادی تأثیری بر کناره‌گیری پزشکان از طرح ندارد و مولفه مشکلات اجتماعی-فرهنگی مهم‌ترین عامل تأثیرگذار است. با توجه به تأثیرگذاری مولفه اجتماعی و فرهنگی در کناره‌گیری و ترک پزشکان خانواده قدم اصلی در اجرای این طرح ملی، فرهنگ‌سازی مناسب در بین دو طرف ارائه‌دهنده و گیرنده خدمت طبق قوانین جاری کشور خواهد بود. در این امر برنامه‌ریزی آموزشی مستمر در تمام سطوح برای ارتقای آگاهی، نگرش و فرهنگ صحیح بهره‌مندی از خدمات پزشک خانواده لازم است تا مجری، خریدار خدمت و ارائه‌دهندگان در زمینه اطلاع‌رسانی بیشتر و آگاهی بخشی عمومی به روستائیان همکاری کنند؛ لذا، مسئولان باید در جهت ارتقاء آگاهی و ایجاد بستر فرهنگی مناسب برای بهبود کارایی و افزایش انگیزه کاری کارکنان طرح پزشک خانواده تلاش بیشتری کنند.
۵	دلایل انصراف پزشکان خانواده	پژوهشی در شهر مشهد انجام شد که در این مطالعه؛ پزشکان مهم‌ترین دلایل انصراف از ادامه‌ی فعالیت در برنامه را پائین بودن مبلغ قرارداد (۲۶/۷٪)، تأثیر نمره پایش در حقوق دریافتی (۱۱/۷٪) و تعدد مسئولیت‌های محوله به پزشک (۹/۹٪) اعلام کردند. بنابراین، عامل میزان حقوق دریافتی و تأثیر نمره پایش در میزان پرداختی با بیش از ۳۸٪ مهم‌ترین دلیل خروج پزشکان از برنامه بوده است که براساس نتایج این پژوهش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید نسبت به ایجاد تغییرات جدی در شیوه‌نامه‌ی پرداخت به پزشکان تیم سلامت بپردازد.

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	یافته‌ها
۶	عوامل موثر در ماندگاری	در مطالعه دیگری در مورد عوامل مرتبط با ماندگاری در طرح، پزشکان عوامل محیطی را مهمترین عامل در ماندگاری خود ذکر کردند. همچنین، عوامل مدیریتی به عنوان تأثیرگذارترین عامل بر عوامل دیگر تشخیص داده شد. بنابراین، عامل انسانی عامل اثرگذاری بر عوامل محیطی و مدیریتی برای ماندگاری پزشکان در مناطق محروم می‌باشد. عامل محیطی، موثرترین عامل بر ماندگاری پزشکان در این پژوهش تعیین شد. ایجاد امکانات مناسب بیتوته، ارتباط مناسب پزشک خانواده و روستاییان، آموزش و فرهنگ‌سازی بیشتر مردم روستا بیشترین تأثیر را بر ماندگاری پزشکان دارند. بنابراین، لازم است مدیران با تخصیص بودجه‌ی بیشتر به عوامل محیطی، برنامه‌ریزی دقیق‌تری در این خصوص انجام دهند.
۷	اولویت‌بندی عوامل ترک شغل	عوامل منجر به عدم ماندگاری پزشکان خانواده در مطالعه‌ای در استان هرمزگان اولویت‌بندی شدند که ترتیب اولویت‌ها به صورت زیر بود: ۱. ناامنی منطقه ۲. فشار خانواده ۳. کمبود نیرو و فشار کاری ۳. وضعیت مرخصی ۴. پایش ۵. نامنظم بودن پرداخت ۶. ساعت کار بالا ۷. مسئولیت کاری زیاد ۸. محرومیت منطقه ۹. برخورد مسئولان ۱۰. کسورات بالا ۱۱. امکانات نامناسب بیتوته ۱۲. عدم امنیت شغلی ۱۳. بار مراجعه ۱۴. برخورد نامناسب کارکنان. تمایل به ترک خدمت در بین کارکنان خانواده در طرح پزشک خانواده در غرب استان هرمزگان بالا بود که بهبود فرآیند پایش، تأمین منابع انسانی، فراهم کردن موقعیت مناسب برای ادامه تحصیل جوانان، اصلاح نظام پرداخت‌ها و ایجاد جو قابل اعتماد در محیط کار منجر به امر ماندگاری کارکنان خواهد شد.
۸	تعهد سازمانی، کیفیت زندگی کاری و تمایل به ترک شغل	در مطالعه‌ای رابطه بین تعهد سازمانی (OC)، کیفیت زندگی کاری (QWL) و تمایل به ترک شغل بررسی شد. نتایج این مطالعه نشان داد که سطوح تعهد سازمانی، کیفیت زندگی کاری و تمایل به ترک شغل در بین پزشکان خانواده مورد مطالعه متوسط بود. علاوه بر این، نتایج نشان داد که QWL و OC ارتباط منفی و معنی‌داری با قصد ترک شغل داشتند و QWL ارتباط بیشتری داشت. پیشنهاد می‌شود برای ارتقای کیفیت زندگی و OC پزشک خانواده به پزشک خانواده در وزارت بهداشت و در سطح استان توجه بیشتری شود و در نتیجه از ترک شغل پزشکان از برنامه پزشک خانواده جلوگیری شود.

### د) مسائل مرتبط با جذب نیروی انسانی

با توجه به نقش و جایگاه پزشکان عمومی در طرح پزشک خانواده، شناخت و آگاهی از مولفه‌های اثرگذار بر تصمیم آنها برای ورود به این طرح، برای سیاست‌گذاران و برنامه ریزان از اهمیت بسزایی برخوردار است. در این راستا، پژوهشی در دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد که نتایج نشان داد خالص دریافتی بالاتر، خدمت در محل سکونت، وجود تخصیص سهمیه برای اخذ مدرک تخصص پزشک خانواده، وجود تسهیلات ایاب و ذهاب و جمعیت کمتر تحت پوشش، تمایل پزشکان عمومی شاغل در بخش دولتی دانشگاه علوم پزشکی تهران را برای ورود به طرح پزشک خانواده افزایش می‌دهد. از میان این مولفه‌ها، مولفه محل خدمت ۲،۵ تا ۱۵ برابر بیش از سایر مولفه‌ها از نظر پزشکان دارای اهمیت می‌باشد. همچنین، مولفه زمان تسویه با پزشک اثر معنی‌داری بر تصمیم پزشکان ندارد. طراحی برنامه با در نظر گرفتن ویژگی‌های دموگرافیک پزشکان عمومی می‌تواند با افزایش احتمال حضور پزشکان عمومی در طرح، همراهی بیشتر ایشان را برای پیاده‌سازی آن در پی داشته باشد. همچنین، با توجه به اهمیت بسیار بالای مولفه محل خدمت به نظر می‌رسد مشوق‌های بسیار جذابی باید در نظر گرفته شود تا پزشکان عمومی شاغل در بخش دولتی، تمایل به خدمت در مناطق دور افتاده داشته باشد (۲۱).

Organizational Commitment 1.

Quality of Work-Life 2.

در پژوهشی دیگر یافته‌ها نشان داد که مؤلفه «حقوق دریافتی بالاتر» برای پزشک عمومی مرد، پزشکان متأهل و پزشکانی با درآمد بالاتر مطلوبیت بالاتری ایجاد می‌کند. همچنین، پزشکان متأهل به طور معنی‌داری تمایل بیشتری برای ارائه خدمات خارج از بسته و استفاده از تسهیلات مسکن و ایاب و ذهاب دارند. از طرف دیگر، پزشکان متأهل تمایل چندانی برای ادامه تحصیل و استفاده از سهمیه برای قبولی در دوره تخصص ندارند. همچنین، بین محل خدمت و وضعیت تأهل نیز رابطه معکوس و معنی‌داری وجود داشت. طراحی برنامه با در نظر گرفتن ویژگی‌های دموگرافیک پزشکان عمومی، می‌تواند با افزایش احتمال حضور پزشکان عمومی در طرح، همراهی بیشتر ایشان را برای پیاده‌سازی آن در پی داشته باشد. با توجه به تأکید قوانین بالادستی کشور مبنی بر لزوم اجرای برنامه پزشک خانواده و همچنین نقش و جایگاه مهم پزشکان عمومی در شکل‌گیری و اجرای موفقیت‌آمیز این برنامه، چنانچه سیاست‌گذاری در این حوزه به گونه‌ای انجام پذیرد که متغیرهای دموگرافیک را در نظر گرفته باشد، این برنامه جذابیت بیشتری برای تعداد بیشتری از پزشکان خواهد داشت (۲۲).

نتایج مطالعه دیگری نشان داد که «نوع کارفرما» بیشترین تأثیر را بر ترجیحات پزشکان عمومی برای شرکت در طرح داشت. سپس ویژگی‌هایی از جمله «تخصیص سهمیه قبولی در تخصص پزشکی»، «افزایش مدت قرارداد» و «پرداخت سرانه + ۱۵٪ پاداش» به ترتیب تأثیر زیادی بر تصمیم شرکت‌کنندگان داشت. بنابراین، اجرای موفقیت‌آمیز طب خانواده مستلزم ایجاد راهکارهای مناسب برای جذب و دستیابی به پزشکان عمومی در این برنامه است که استفاده از انواع مشوق‌ها و اعمال آنها در قرارداد کاری پزشکان در این زمینه مفید می‌باشد (۲۳).

نتایج مطالعه مشابه دیگری نیز نشان داد که «سهمیه پذیرش در دوره‌های تخصصی» قوی‌ترین اولویت پزشکان عمومی برای مشارکت در طرح است. همچنین، به ترتیب اهمیت، حق ارائه خدمات خارج از بسته مشخص شده، افزایش تعداد جمعیت تحت پوشش، پرداخت سرانه + ۱۵٪ پاداش، افزایش حوضه آبریز به ۵ کیلومتر و افزایش طول قرارداد به ۵ سال از دیگر اولویت‌ها است. سایر نتایج نشان داد پزشکان عمومی در مورد عوامل مختلف قرارداد پزشک خانواده نگران هستند. این نتایج می‌تواند برای سیاست‌گذاران مفید باشد؛ زیرا آنها فرآیند ایجاد طرح‌های پزشک خانواده را تکمیل می‌کنند که می‌تواند به افزایش انگیزه پزشکان عمومی برای مشارکت در طرح کمک کند (۲۴).

مطالعه‌ای نیز به بررسی پزشکان خانواده مورد نیاز برای اجرای این طرح پرداخته بود. در این مطالعه برای برآورد تعداد پزشک عمومی موجود، از مدل جمعیتی مارکوف و برای برآورد تعداد پزشک مورد نیاز طرح پزشک خانواده از مستندات موجود و آمار جمعیتی استفاده شد. تعداد پزشک عمومی موجود در سال ۱۳۸۸ معادل ۳۷۹۷۷ نفر برآورد شده است. با فعالیت ۹۸۴۲ نفر از پزشکان عمومی در پست‌های ستادی، ۳۸۱۷۶ نفر از این پزشکان امکان ارائه خدمات بالینی را دارند. اجرای طرح پزشک خانواده در کل جمعیت کشور نیاز به ۳۲۷۶۹ نفر پزشک دارد و بر این اساس ادامه اجرای این طرح تا پوشش کامل جمعیت کشور با کمبود حدود ۴۵۹۳ نفر پزشک روبرو است. در مرحله اول اجرای طرح در زمان کفایت تعداد پزشک عمومی، جذب پزشک مورد نیاز طرح ممکن نشده است. در کل این مطالعه، اختلاف عرضه و تقاضا براساس شرایط فعلی طرح نشان می‌دهد که ادامه اجرای طرح پزشک، شناسایی و رفع موانع اجرایی جذب و نگهداشت پزشکان نیاز دارد و این موارد از اولویت بیشتری نسبت به تربیت و تأمین نیرو، برخوردار است (۲۵).



انگیزه همکاری پزشکان خانواده نیز با طرح پزشک خانواده از موارد مهم دیگری است که در جذب، به کارگیری و ماندگاری پزشکان خانواده موثر است. در مطالعه‌ای ۶۶٪ از پزشکان طرح پزشک خانواده، مهمترین انگیزه خود را در همکاری با طرح پزشک خانواده خدمت به مردم محروم، ۴۱٪ حقوق بیشتر، ۳۷٪ ادامه تحصیل، ۲۸٪ انجام تعهد خدمت و ۲۵٪ اعتقاد به برنامه پزشک خانواده اعلام کردند (۲۶).

همچنین، مطالعه دیگری میزان تمایل پزشکان خانواده به مشارکت در برنامه شهری را بررسی کرد که یافته‌های این مطالعه موید این بود که، ۴۹/۳٪ از پزشکان علاقه‌مند به ادامه همکاری خود در برنامه پزشک خانواده شهری بودند. بنابراین، حدود نیمی از پزشکان مورد مطالعه به مشارکت در برنامه پزشک خانواده شهری علاقه‌مند بودند که باید به آن توجه شود. شایان ذکر است که پزشکان مرد بیش از زنان و کارکنان دائمی بیش از دیگران مایل و علاقه‌مند به شرکت در برنامه پزشک خانواده شهری بودند (۲۷).

در مطالعه مشابه دیگری، میزان تمایل به مشارکت در برنامه پزشک خانواده، ۵۳،۳٪ گزارش شد (نمره تمایل از ۱۰۰ محاسبه شده است). با توجه به نتایج پژوهش به نظر می‌رسد پزشکان عمومی به عنوان بدنه اصلی اجرای برنامه پزشک خانواده تمایل متوسطی برای مشارکت در این برنامه دارند؛ لذا ضروریست برای رفع ابهامات و انطباق بیشتر این برنامه با نیازها و مطالبات پزشکان عمومی برنامه‌ریزی صورت گیرد تا موفقیت اجرای آن تضمین شود (۲۸).

## بحث و نتیجه‌گیری

بررسی‌های صورت گرفته در زمینه تعداد نیروی انسانی در برنامه پزشک خانواده حاکی از کمبود پزشک، پرستار و کارشناس تغذیه است که یکی از عوامل اصلی این کمبود توزیع ناعادلانه نیروهای سلامت در سطح کشور می‌باشد. در حوزه نیروی انسانی برنامه پزشک خانواده چالش‌هایی همچون ماندگاری پایین پزشکان خانواده، مکانیسم‌های انگیزشی نامناسب، جذب و حفظ نیروی انسانی مطرح شده است که برای اجرای صحیح این برنامه باید به آن توجه شود.

پزشکان خانواده اصلی‌ترین عضو تیم سلامت در برنامه هستند که عواملی از قبیل ضریب محرومیت منطقه و امکانات بیتوته محل خدمت، نامناسب بودن پرداخت‌ها و حقوق، ساعات کار زیاد، ادامه تحصیل، مشکلات فرهنگی-اجتماعی و عوامل محیطی بر ماندگاری پزشکان خانواده در برنامه موثر بودند. این عوامل در استان‌های مختلف با یکدیگر متفاوت بودند که در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها نیاز است که به آن توجه شود. همچنین، کیفیت زندگی کاری و تعهد سازمانی متغیرهای دیگری بودند که به صورت متوسط بر تمایل به ترک شغل پزشکان خانواده تأثیر داشتند. آگاهی از مولفه‌ها و عوامل موثر بر جذب پزشکان خانواده نیز در حوزه منابع انسانی این برنامه باید مورد توجه باشد که در این راستا حقوق دریافتی، تسهیلات رفاهی و امکاناتی، نوع کارفرما و امکان ادامه تحصیل بر تصمیم پزشکان برای ورود به برنامه تأثیرگذار است. همچنین، انگیزه همکاری پزشکان با برنامه پزشک خانواده نیز حدود ۵۴٪ گزارش شده است که مهمترین علت همکاری پزشکان خانواده با برنامه خدمت به مردم (۶۶٪) عنوان شده است.

## منابع

1. Kalhor R, Azmal M, Kiaei MZ, Eslamian M, Tabatabaee SS, Jafari M. Situational analysis of human resources in family physician program: survey from iran. *Mater Sociomed*. 2014;195-7:(3)26۹.
۲. رئیس‌پیان ش، اسلامیان م، ازمل م، باستانی پ، کلهر را. ارزیابی طرح پزشک خانواده شهری در مراکز پایلوت تحت پوشش دانشگاه جندی شاپور اهواز. *مجله پیاورد سلامت*. ۱۳۹۲؛۷(۱):۱۱-.
3. Tabari-Khomeiran R, Ehsani-Chimeh E, Davoudi Kiakalayah A, Homaie Rad E, Delavari S. Inequity in the distribution of rural family physicians in Iran: a cross sectional study. *International Journal of Human Rights in Healthcare*. 2019;258-66:(4)12۹.
4. Rabbanikhah F, Moradi R, Mazaheri E, Shahbazi S, Barzegar L, Karyani AK. Trends of geographic distribution of general practitioners in the public health sector of Iran. *J Educ Health Promot*. 2018;7:89۹.
۵. اردکانی ما، حسام س، وحدت ش. مقایسه شاخص‌های مدیریت خدمات بهداشتی روستایی قبل و بعد از اجرای پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان یزد در سال ۹۲. *نشریه طلوع بهداشت*. ۱۳۹۲؛۲۰(۴):۱۹۳-۲۰۴.
6. Kalhor R, Azmal M, Kiaei MZ, Eslamian M, Tabatabaee SS, Jafari M. Situational analysis of human resources in family physician program: survey from iran. *Materia socio-medica*. 2014;195:(3)26۹.
۷. رئیس‌پیان ش، اسلامیان م، ازمل م، باستانی پ، کلهر را. ارزیابی طرح پزشک خانواده شهری در مراکز پایلوت تحت پوشش دانشگاه جندی شاپور اهواز. *پیاورد سلامت*. ۱۳۹۲؛۷(۱):-.
8. Tabari-Khomeiran R, Ehsani-Chimeh E, Kiakalayah AD, Rad EH, Delavari S. Inequity in the distribution of rural family physicians in Iran: A cross sectional study. *International Journal of Human Rights in Healthcare*. 2019.
9. Rabbanikhah F, Moradi R, Mazaheri E, Shahbazi S, Barzegar L, Karyani AK. Trends of geographic distribution of general practitioners in the public health sector of Iran. *Journal of education and health promotion*. 2018;7۹.
۱۰. اردکانی ا، وحدت، شقایق. مقایسه شاخص‌های مدیریت خدمات بهداشتی روستایی قبل و بعد از اجرای پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان یزد در سال ۹۲. *طلوع بهداشت*. ۱۳۹۲؛۲۰(۴):۱۹۲-۲۰۳.
۱۱. آباد مب، جمیل، آباد مب، امجد، ویئی، سینا، et al. چالش‌ها و موانع برنامه پزشک خانواده روستایی از دیدگاه ذی‌نفعان در استان کردستان: مطالعه کیفی. *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*. ۱۳۹۲؛۱۵(۱):۴۷-۵۶.
۱۲. الهه ه، زهره نر، حسین اپ، اله اح، علی ون. چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی شمال شرق ایران از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در طرح.

13. Organization WH. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations: World Health Organization 2010؛.
۱۴. رجا سم، پور ان، زاده جم. عوامل مرتبط با ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار در استان کهگیلویه و بویراحمد سال ۱۳۸۸. نشریه ارمغان دانش. ۱۴؛۲۰۱۹(۴):۳۶۱-.
۱۵. عاطفی ع، آقامحمدی س، جمشیدبیگی ع، ضرابی م، پوررضا ا، شریعتی م. بررسی عوامل موثر بر ترک خدمت پزشکان خانواده در مناطق روستایی استان‌های با ضریب محرومیت کمتر از ۱/۴ (برخوردار) کشور. مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم. ۱۴؛۲۰۱۷(۱):۴۴-۷.
۱۶. صدیقی س، امینی م، پوررضا ا. علل کناره‌گیری پزشکان از طرح پزشک خانواده روستائی درسال ۱۳۹۱. مجله مدیریت بهداشت و درمان. ۱۵؛۲۰۱۵(۴):۳۳-۴۳.
۱۷. فرخانی ام، خوبان ح، دهرآزما ب، عارفی ور، سعادت‌ی ف. علل پائین بودن ماندگاری پزشکان خانواده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد. نشریه مدیریت اطلاعات سلامت. ۱۵؛۲۰۱۲(۱):۱۱۷-۲۴.
۱۸. جعفری م، توسلی م، محمدزاده خع. عوامل مرتبط با ماندگاری پزشکان برنامه پزشک خانواده مراکز خدمات جامع سلامت روستایی سبزوار با استفاده از تکنیک دیمتل (DEMATEL). مجله پی‌اورد سلامت. ۲۱؛۲۰۱۴(۵):۴۲۴-۳۴.
۱۹. بررسی عوامل موثر بر ترک خدمت پرسنل پزشک خانواده روستایی در غرب استان هرمزگان: غیر دولتی - دانشگاه آزاد اسلامی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت - پژوهشکده علوم؛ ۱۳۹۵.
20. Rezaee R, Shoaahaghighi P, Bordbar N, Tavani K, Ravangard R. Factors affecting the family physicians' intention to leave the job: A case of Iran. Open Public Health Journal. 2019482-8:(1)12؛.
۲۱. عبادی ج، مهرارا م، تاملی س، سبحانیان سمه، هادی سم. استخراج ترجیحات و مؤلفه‌های اثرگذار بر تصمیم پزشکان عمومی شاغل در مراکز دولتی دانشگاه علوم پزشکی تهران، جهت ورود به طرح پزشک خانواده. فصلنامه مدیریت سلامت. ۱۴؛۲۰۱۷(۵۶):۹۵-۱۰۷.
۲۲. رنجبر م، رفیعی س، سیما، پاکدامن، اثرکار. بررسی آثار متقابل بین مؤلفه‌های اثرگذار بر تصمیم پزشکان جهت مشارکت در طرح پزشک خانواده و ویژگی‌های دموگرافیک آن‌ها با استفاده از آزمون انتخاب گسسته. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت. ۱۹؛۲۰۱۳(۴):۳۴۵-۵۶.
23. Mohebbifar R, Akbarirad F, Ranjbar M, Rafiei S. What do Iranian general practitioners expect from family physician contracts? Family Medicine and Community Health. 20193(7)؛).
24. Kor EM, Rashidian A, Hosseini M, Azar F, Arab M. Acceptability of the urban family medicine project among physicians: A Cross-sectional study of medical offices, Iran. Glob J Health Sci. 201656295:(10)8؛.
۲۵. فرزودی ف، محمدک، مفتون ف، قاسمی رل، دزفولی رطز. تعداد پزشک عمومی در کشور و امکان اجرای طرح پزشک خانواده از بُعد نیروی انسانی. پایش. ۹؛۲۰۰۸(۴):۴۱۵-۲۱.
۲۶. رجا م، پور ن، اشکان، زاده م، جانمحمد. عوامل مرتبط با ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار در

- استان کهگیلویه و بویراحمد- سال ۱۳۸۸. Armaghane danesh . ۱۴:۲۰۱۹:(۴)۳۶۱-۷۰.
27. Sadeghi M, Dehghani M, Aghaee MA. Family physicians' attitude and interest toward participation in urban family physician program and related factors. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2016;4(4):5.
۲۸. علی گل ، محمدبیگی . بررسی تمایل پزشکان بخش خصوصی نسبت به مشارکت در برنامه پزشک خانواده با استفاده از مدل انتشار نوآوری ، قم سال ۱۳۹۱ . Qom Univ Med Sci J . ۱۴:۲۰۱۸:(۱)۳۴-۲۷.

# حجم جمعیت تحت پوشش یک پزشک و روش انتساب جمعیت به پزشک خانواده

## مقدمه

هر پزشک خانواده باید جمعیتی مشخص را تحت پوشش قرار دهد. این جمعیت نباید از حد معینی کمتر و یا بیشتر باشد. حجم جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده باید به گونه‌ای تعیین شود که با تجمیع بیماران و افراد سالم و ارائه سرانه برای آنان نوعی تجمیع ریسک رخ دهد. در سه مطالعه در رابطه با موضوعات زیر به بحث تخصیص و انتساب جمعیت به پزشکان خانواده پرداخته شده است:

الف) تخصیص پزشک به جمعیت و مراکز مجری؛

ب) تخصیص مراکز به جمعیت؛

ج) عدالت در توزیع پزشکان.

## نتایج

### الف) تخصیص پزشک به جمعیت

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی
۱	تخصیص افراد به پزشک و تخصیص پزشک به مراکز مجری

در این مطالعه از طریق برنامه‌ریزی خطی مدلی ارائه شده است که از طریق آن می‌توان تخصیص افراد به پزشک خانواده همزمان با تخصیص پزشکان خانواده به مراکز مجری طرح را انجام داد (۱).

### ب) تخصیص مراکز به جمعیت

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی
۱	راه‌اندازی مرکز سلامت روان

۱. در این مقاله پیشنهاد شده است که به ازای هر ۲۵۰ هزار نفر جمعیت، یک مرکز سلامت روان راه‌اندازی شود. (تنها در حد پیشنهاد است بدون عملیات محاسباتی) (۲).

### ج) عدالت در توزیع پزشکان

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی
۱	توزیع عادلانه پزشکان

۱. در این مطالعه با استفاده از شاخص‌های جینی و رابین هود به بررسی عدالت در توزیع پزشکان عمومی پرداخته شده است. نتایج این مطالعه نشان داد که توزیع پزشکان خانواده در استان بوشهر عادلانه نیست (۳).

## بحث و نتیجه‌گیری

- در یک مطالعه از طریق برنامه‌ریزی خطی مدلی ارائه شده است که از طریق آن می‌توان تخصیص افراد به پزشک خانواده همزمان با تخصیص پزشکان خانواده به مراکز مجری طرح را انجام داد. نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند در مطالعات آتی مرتبط با تخصیص جمعیت به پزشکان خانواده مورد استفاده قرار گیرد.

## منابع

۱. صباحی س، رضوی ح. بهینه‌سازی تخصیص در طرح پزشک خانواده. کنفرانس بین‌المللی انجمن ایرانی تحقیق در عملیات ۱۳۹۴.
۲. بوالهروی ج، کبیرک، حاجبی ا، یزدی سعب، رفیعی ح، اصل ما، et al. بازنگری برنامه ادغام سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۶:۲۰۱۶-۲۲(۲):۱۳۴-۴۶.
۳. هنرمند ر، یندرانی م، فر ا، منصوریان م، نیکنام ع. سنجش نابرابری توزیع پزشک عمومی دربخش مراقبت‌های بهداشتی اولیه در استان بوشهر در سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۸۹. مجله پایش. ۱۶:۲۰۱۶(۵):۵۰۵-.

# روش پرداخت به خدمت‌گران

## مقدمه

کنترل هزینه‌ها یکی از اهداف مهمی است که تمامی کشورها در اصلاحات خود در بخش بهداشت و درمان دنبال می‌کنند و این مقوله در کنار سایر اهداف از قبیل عدالت، افزایش کارایی و اثربخشی در نظام سلامت و در نهایت ارتقاء سطح کیفیت خدمات مطرح است (۱). استفاده از نظام پرداخت مناسب یکی از مهم‌ترین راهکارها برای مهار هزینه‌های درمانی در بخش سلامت است (۲). نظام‌های پرداخت اثر مستقیمی بر رفتار ارائه‌دهنده و خریدار خدمات دارند (۳)؛ لذا مطالعات مختلف از نظام‌های پرداخت بعنوان یکی از اهرم‌های کنترل در نظام سلامت نام برده‌اند (۴،۵). نظام پرداخت مناسب می‌تواند سبب کاهش پرداخت‌های غیررسمی و پرداخت از جیب بیمار شود (۶) و تأثیر مستقیمی روی کیفیت ارائه خدمات داشته باشد (۷). با در نظر گرفتن نقش نظام‌های پرداخت مناسب در دستیابی به پوشش همگانی سلامت، اهمیت بررسی این موضوع در بحث پزشکی خانواده مشخص می‌شود. مطالعات متعددی به بررسی وضعیت نظام پرداخت در زمان اجرای پزشکی خانواده پرداخته‌اند که به موارد زیر تقسیم می‌شود:

الف) پرداخت به پزشکان خانواده؛

ب) پرداخت به سایر اعضای تیم پزشکی خانواده؛

ج) رضایت از پرداخت‌ها؛

د) بهترین روش پرداخت.

## نتایج

در این بخش محتوای مطالعات مختلف در رابطه با روش‌های پرداخت ارائه شده است.

### الف) پرداخت به پزشکان خانواده

۱. براساس پرسشنامه استفاده شده عدم تناسب بین دستمزد پزشکان با تورم و تأخیر در پرداخت حقوق پزشکان جزء چالش‌های اجرای پزشکی خانواده شناخته شده است (۸).
۲. در این مطالعه کیفی که به صورت مصاحبه با کارشناسان خبره، پزشکان خانواده، مدیران اجرایی و کارشناسان شاغل در بخش بیمه و دریافت کنندگان خدمات انجام شد؛ نتایج نشان داد که ضعف در نظام پرداخت تأثیر منفی بر اجرای پزشکی خانواده دارد (۹).
۳. در این مطالعه کیفی که با اعضاء هیئت علمی، پزشکان خانواده، مدیران ارشد و کارشناسان سلامت مطلع از برنامه‌ی پزشک خانواده انجام شده است یکی از چالش‌های اجرای پزشکی خانواده مربوط به نظام پرداخت شناخته شده است. به طور مثال نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد و خرید راهبردی نیست همچنین پرداخت به اعضای تیم سلامت عادلانه نیست (۱۰).
۴. در این مطالعه کیفی یکی از چالش‌های اجرای پزشکی خانواده چالش نظام پرداخت عنوان شده است. به طور مثال عدم تأثیر نحوه فعالیت پزشک بر میزان دریافتی که منجر به عدم پیگیری و حساسیت پزشک

- در خصوص سلامت افراد تحت پوشش می‌شود؛ یک چالش مربوط به نظام پرداخت است (۱۱).
۵. در مطالعه کیفی انجام شده عدم توجه به حجم و کیفیت ارائه خدمت در پرداختی‌ها جزء چالش‌های اجرای پزشکی خانواده شناخته شده است (۱۲).
۶. در این مطالعه کیفی یکی از مشکلات مربوط به اجرای پزشکی خانواده از دیدگاه پزشکان مشکلات نظام پرداخت است که شامل: عدم تناسب سرانه پرداختی به پزشکان و جمعیت تحت پوشش، پرداخت‌های نامنظم به پزشکان و عدم شفافیت پرداخت‌ها به پزشک خانواده می‌باشد (۱۳).
۷. در این مطالعه که از طریق پرسشنامه انجام شد به بررسی دلایل انصراف پزشکان خانواده از این طرح پرداخته شده است. براساس نظر پزشکان خانواده مهمترین دلیل انصراف پزشکان از این طرح را پایین بودن مبلغ قرارداد ذکر کردند (۱۴).
۸. در این مطالعه کیفی مشکلات مربوط به نظام پرداخت شامل موارد زیر ذکر شده است: تأخیر در پرداخت‌ها، فرانشیز در شهر، مشکلات نظارتی ناشی از روش‌های متنوع پرداخت در شهر، عدم وجود نرم افزار پشتیبان برای روش‌های پرداخت (۱۵).
۹. در این مطالعه که با استفاده از پرسشنامه انجام شده است، عدم پرداخت به موقع حقوق پزشکان بعنوان یکی از چالش‌های طرح پزشک خانواده توسط مدیران و سیاست‌گذاران شناخته شده است (۱۶).
۱۰. در این خلاصه سیاستی تأخیر در پرداخت به پزشکان خانواده بعنوان یکی از مشکلات مربوط به تأمین مالی طرح پزشکی خانواده نام برده شده است (۱۷).
۱۱. یک مطالعه کیفی با پزشکانی انجام شده بود که حداقل ۵ سال سابقه در پزشکی خانواده را داشتند. در این مطالعه که با هدف شناسایی چالش‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد انجام شده بود؛ تم‌ها و زیرتم‌های زیر بعنوان چالش شناسایی شدند: این مطالعه ۷ تم، ۱۴ ساب تم و ۴۶ آیتم مربوط به چالش‌های موجود در اجرای سیستم P4P را در برنامه برنامه پزشک خانواده شناسایی کرد. ۱-۱. حجم کار: ۱-۱. بار سنگین پزشکان خانواده: - گستردگی وظایف، - تعداد زیاد افراد تحت پوشش ۲. آموزش: ۱-۲. فقدان مهارت مدیریت در پزشکان خانواده: - کمبود دانش و مهارت مربوط به رهبری، - کمبود دانش و مهارت مربوط به کیفیت، - کمبود دانش و مهارت مربوط به کار گروهی، ۲-۲. کمبود دانش و مهارت مربوط به پزشکی اجتماعی و پیشگیرانه در پزشکان خانواده: - دانشجویان پزشکی از دوره‌های بهداشت عمومی غافل می‌شوند، - عدم آموزش‌ها به افراد جدیدالورود و ضمن خدمت، - ضعف پزشکان خانواده، به ویژه در امور ارتقاء و پیشگیری، - فعالیت پزشک در تیم پزشک خانواده محدود به روش درمانی مرسوم است، - ضعف نگرش پزشکان خانواده ۳. پرورش برنامه: ۱-۳. عدم آگاهی مردم در مورد ماهیت و اهمیت پزشکان خانواده: - آموزش ضعیف توسط وزارت بهداشت و رسانه‌ها در مورد برنامه پزشک خانواده، - عدم پیروی عموم از سیستم ارجاع، - اعتماد عمومی کم به تخصص و توانایی پزشکان خانواده، - استفاده از پزشکانی که تجربه کمی به عنوان پزشک خانواده دارند، ۲-۳. دست کم گرفتن جایگاه و اهمیت پزشکان در میان خود پزشکان خانواده: - کم‌اهمیتی به پزشکان خانواده در مقایسه با سایر تخصص‌های بالینی، - در بین پزشکان خانواده مشاهده می‌شود که این شغل موقتی است و آنها



این شغل را به زودی ترک خواهند کرد. ۳-۳. ضعف در همکاری درون/خارج با تیم پزشک خانواده، - همکاری ضعیف موسسات خارج از بخش بهداشت با تیم پزشک خانواده، - عدم بازخورد در رابطه با بیماران ارجاع شده توسط متخصصان به پزشکان خانواده ۴. پرداخت: ۱-۴. بودجه کم PHC: - بودجه PHC پایین مربوط به خدمات بیمارستان، - دستمزد پایین پزشکان خانواده در مقایسه با متخصصان، ۲-۴. فقدان زیرساخت مناسب برای پایه‌گذاری P4P: - زیرساخت ناکافی برای سیستم پرداخت مبتنی بر عملکرد، - نظرات بالینی و درمانی مدیران متولی پرداخت به پزشکان خانواده، - فرد محور بودن پرداخت‌ها، - عدم رقابت در بین پزشکان خانواده ۵. ارزیابی و نظارت: ۱-۵. کمبود معیار و ابزار علمی برای ارزیابی کیفی برنامه: - نداشتن معیارهای مناسب و ابزار ارزیابی حتی برای برنامه‌های نظارتی معمول، - عدم توجه به شرایط محیط‌های مختلف کاری هنگام نظارت، - عدم توجه به تعدد عملکردها و نتایج در ارزیابی‌ها، ۲-۵. فقدان سازوکار کاملاً مشخص برای ارزیابی: - دولتی بودن سیستم نظارت و ارزیابی و فقدان نهاد مستقل برای این کار، - عدم وجود سیستم اعتباربخشی مناسب در زمینه PHC - نادیده گرفتن اشتباهات پزشک به دلیل کمبود پزشک، - عدم سازماندهی و نظم در نظارت و ارزیابی. ۳-۵. فقدان ارزیابان مناسب: - کمبود ارزیاب آموزش دیده و باتجربه، - برخورد نامناسب با ارزیاب‌ها توسط پزشکان خانواده و تیم‌های آنها ۶. مدیریت اطلاعات: ۱-۶. زیرساخت ضعیف اطلاعات: - ضعف در زیرساخت‌های نرم افزاری و سخت افزاری، - نداشتن پرونده سلامتی مناسب، به‌ویژه به صورت الکترونیکی، ۲،۶. مدیریت نظام‌مند ضعیف چرخه تولید و جریان اطلاعات: - مدیریت ضعیف در چرخه جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها و همچنین تولید و جریان اطلاعات، - پر کردن ضعیف و ناقص پرونده‌های موجود توسط پزشکان، - نداشتن پایگاه داده مناسب مربوط به مراکز بهداشتی و عملکرد آنها، - عدم تبادل اطلاعات مناسب بین نهادها و سطوح مختلف در ارائه خدمات، - نادیده گرفتن تأیید اسناد و گزارش‌های ارائه شده توسط پزشکان خانواده، - عدم مطابقت داده‌ها و اطلاعات ایجاد شده در سیستم با نیازهای واقعی. ۳-۶. اختیار ناکافی پزشکان خانواده: - اختیارات ناکافی پزشکان خانواده برای برقراری روابط درون بخشی / برون بخشی، - عدم قدرت نظارت کافی پزشکان خانواده بر گروه بهداشتی و مددکاران اجتماعی - اختیارات ناکافی پزشکان در انتخاب یا اصلاح اعضای تیم سلامت ۷. سطح اختیارات: ۱-۷. اختیارات ناکافی پزشکان خانواده: - اختیارات ناکافی پزشکان خانواده برای برقراری روابط درون بخشی / برون بخشی، - عدم قدرت کافی پزشکان خانواده برای نظارت بر گروه بهداشتی و مددکاران اجتماعی، - اختیارات ناکافی پزشکان در انتخاب یا اصلاح اعضای گروه سلامت (۱۸).

۱۲. در یک مطالعه کیفی برخی از شرکت‌کنندگان میزان سرانه پرداخت به پزشکان خانواده را کم و ناعادلانه ارزیابی کردند؛ زیرا علاوه بر هزینه‌های مستقیم اجرای برنامه‌های خود، از قبیل محل زندگی، منابع انسانی، تجهیزات و مدیریت، پزشکان خانواده همچنین مسئول هزینه‌های دیگری هستند که در پرداختی به آنها لحاظ نشده است، مانند هزینه‌های متغیر محل در شهر و همچنین هزینه‌های پنهان (به دلیل ماهیت پزشک خانواده) مانند پیگیری از طریق تماس تلفنی و یا سفر به منظور ملاقات (۱۹).

۱۳. در یک مطالعه کیفی چالش‌های موجود بر سر راه اجرای P4P به پزشکان خانواده شامل موارد زیر شناخته شد: ۱. حجم کار پزشکان خانواده: - گستردگی وظایف، - تعداد زیاد افراد تحت پوشش ۲. آموزش‌هایی که به پزشکان خانواده ارائه می‌شود: فقدان مهارت‌های مدیریتی در پزشکان خانواده، فقدان علوم و مهارت‌های مرتبط با پیشگیری و پزشکی اجتماعی. ۳. برنامه پرورش پزشک خانواده: عدم آگاهی مردم در مورد ماهیت و اهمیت پزشکان خانواده، دست کم گرفتن جایگاه و اهمیت پزشکان خانواده توسط خود آنها، همکاری ضعیف درون / خارج با تیم پزشک خانواده ۴. مکانیسم پرداخت به پزشکان خانواده: بودجه کم PHC، ۲۰۴. فقدان مکانیسم مناسب برای ایجاد سیستم پرداخت مبتنی بر عملکرد. ۵. مکانیسم‌های ارزیابی و پایش: فقدان معیارها و ابزارهای علمی برای ارزیابی کیفی برنامه، عدم وجود سازوکار کاملاً مشخص برای ارزیابی. ۶. مدیریت اطلاعات: فقدان ارزیابان مناسب، زیرساخت ضعیف اطلاعات، مدیریت ضعیف چرخه تولید و جریان اطلاعات در سیستم ۷. سطح اختیارات پزشکان خانواده: اختیار ناکافی پزشکان خانواده (۲۰).

### ب) پرداخت به سایر اعضای تیم پزشکی خانواده

۱. در این مطالعه کیفی که از طریق مصاحبه با طیف‌هایی از سیاست‌گذاران و ارائه دهندگان خدمات پزشک خانواده انجام شده است، خبرگان بیان کرده‌اند که پرداخت به غیرپزشکان شفاف نبوده است (۲۱).
۲. در این مطالعه کیفی که با اعضاء هیئت علمی، پزشکان خانواده، مدیران ارشد و کارشناسان سلامت مطلع از برنامه پزشک خانواده انجام شده است یکی از چالش‌های اجرای پزشکی خانواده مربوط به نظام پرداخت شناخته شده است. به طور مثال پرداخت به اعضای گروه سلامت عادلانه نیست (۱۰).
۳. در این مطالعه کیفی یکی از چالش‌های اجرای پزشکی خانواده چالش نظام پرداخت عنوان شده است. به طور مثال نظام پرداخت ناعادلانه بین اعضای گروه سلامت مشکلات ارتباط و همکاری بین اعضای تیم سلامت را تشدید کرده است (۱۱).
۴. در مطالعه کیفی انجام شده وضعیت نامناسب پرداختی به کارکنان، عدم توجه به حجم و کیفیت ارائه خدمت در پرداختی‌ها و عدم توجه کافی به همه نیروها در پرداختی‌ها جزء چالش‌های اجرای پزشکی خانواده شناخته شده است (۱۲).
۵. در این مطالعه کیفی مشکلات مربوط به نظام پرداخت شامل روش‌های نامشخص پرداخت به سایر کارکنان است (۱۵).
۶. در این مطالعه که با استفاده از پرسشنامه انجام شده است، عدم پرداخت به موقع ماماها شاغل بعنوان چالش شناخته شده است (۱۶).

### ج) رضایت از پرداخت‌ها

۱. در این مطالعه که از طریق پرسشنامه انجام شده است سوالاتی راجع به رضایت‌مندی پزشکان و ماماها در رابطه با رضایت از نحوه و میزان پرداختی‌ها به آنان پرسیده شده است. ۷۷٪ از پزشکان و ۴۹٪ از ماماها از میزان پرداختی‌ها به میزان زیادی راضی بودند (۲۲).

۲. در این مطالعه که از طریق پرسشنامه انجام شد به بررسی دلایل انصراف پزشکان خانواده از این طرح پرداخته شده است. براساس نظر پزشکان خانواده مهمترین دلیل انصراف پزشکان از این طرح را پایین بودن مبلغ قرارداد ذکر کردند (۱۴).

#### (د) بهترین روش پرداخت

۱. در این مطالعه به هیچ اجماع مشخصی درمورد روش‌های مناسب پرداخت به پزشکان خانواده دست نیافتند. برخی اظهار داشتند که پرداخت باید براساس سرانه انجام شود، در حالی که برخی دیگر معتقد بودند FFS و PFP روش‌های مناسبی هستند. برخی حقوق و پاداش را به عنوان مناسب ترین روش پرداخت به پزشکان خانواده ترجیح می‌دادند. برخی اظهار داشتند که حقوق ماهیانه، درآمد پزشکان و سایر اعضای گروه بهداشت را تضمین می‌کند. دیگران خاطر نشان کردند که داشتن سرانه اضافی برای برخی از کارهای خاص مانند تشخیص، درمان و نظارت بر بیماری‌های هدف ضروری است. چندین مصاحبه شونده نیز اهمیت طراحی نظام پرداخت را بر اساس روش‌های پرداخت مختلط، از جمله ترکیبی از روش‌های سرانه، FFS و پاداش مناسب دانستند (۲۳).

۲. در این مطالعه که با استفاده از مرور منظم متون، پانل خبرگان و تکنیک تحلیل سلسله مراتبی انجام شده است به تأثیر نظام‌های پرداخت بر شاخص‌های عملکردی پزشکان پرداخته شده است. در این مطالعه مدل‌های پرداخت بر مبنای شاخص‌های عملکردی رتبه بندی شده‌اند. مدل‌های سرانه، حقوق و کارانه به ترتیب بعنوان بهترین مدل‌ها شناخته شدند (۲۴).

## بحث و نتیجه‌گیری

- در رابطه با پرداخت به پزشکان بیشترین مطالعات به بررسی چالش‌ها و مشکلات موجود در این حیطه پرداخته بودند. برخی از این مشکلات شامل این موارد است: عدم تناسب بین دستمزد پزشکان با تورم، تأخیر در پرداخت حقوق پزشکان، راهبردی نبودن نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد و خرید، ناعادلانه بودن پرداخت به اعضای گروه سلامت، عدم تأثیر نحوه فعالیت پزشک بر میزان دریافتی، عدم توجه به حجم و کیفیت ارائه خدمت، عدم تناسب سرانه پرداختی به پزشکان و جمعیت تحت پوشش، عدم شفافیت پرداخت‌ها، پایین بودن مبلغ قرارداد و مشکلات نظارتی ناشی از روش‌های متنوع پرداخت در شهر.
  - در رابطه با پرداخت به سایر اعضای تیم پزشکی خانواده، مطالعات مختلف به چالش‌های پرداخت اشاره کرده‌اند. این چالش‌ها شامل: شفاف نبودن پرداخت به غیرپزشکان، عادلانه نبودن پرداخت به اعضای گروه سلامت، عدم توجه به حجم و کیفیت ارائه خدمت در پرداختی‌ها و عدم توجه کافی به همه نیروها در پرداختی‌ها.
  - در رابطه با رضایت از پرداخت‌ها در یک مطالعه اشاره شده بود که ۷/۷٪ از پزشکان و ۹/۴٪ از ماماها از میزان پرداختی‌ها به میزان زیادی راضی بودند.
  - در رابطه با بهترین روش پرداخت، یک مطالعه که به تأثیر نظام‌های پرداخت بر شاخص‌های عملکردی پزشکان پرداخته شده بود نشان داد که مدل‌های سرانه، حقوق و کارانه به ترتیب بعنوان بهترین مدل‌ها هستند. یک مطالعه کیفی نیز با ذکر مزایا و معایب روش‌های مختلف پرداخت عنوان کردند که به هیچ اجماع مشخصی در مورد روش‌های مناسب پرداخت به پزشکان خانواده دست نیافتند.
- \*\* در مجموع میتوان از روش کار و نتایج مطالعه مجاهد و همکاران (۲۴) که مدل‌های سرانه، حقوق و کارانه را به ترتیب بعنوان بهترین مدل‌ها معرفی کرده بودند و همچنین با بهره‌گیری از چالش‌های مطرح شده، به منظور بررسی روش‌های مختلف پرداخت و انتخاب بهترین روش (روش‌ها) بهره جست.

## منابع

۱. کریمی، پور ن، امیراشکان، ملکی، مخترع، هادی. ارزیابی شیوه‌های تأمین مالی و نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در کشورهای منتخب: ارائه‌ی الگو برای ایران. مدیریت سلامت. ۲۰۱۹؛ ۸(۲۲): ۱۵-۲۴.
2. Mohagheghi M. Review the Situation and Prescribe Antibiotics in Tehran City Between the Years 1998 till 2001. The Final Report of the Research Project Tehran. 2004.
3. Doshmangir L, Rashidian A, Takian A, Doshmangir P, Mostafavi H. Payment system of urban family physician programme in the Islamic Republic of Iran: is it appropriate? Eastern Mediterranean Health Journal. 20187(24):).
4. Organization WH. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization 2000 ؛.
5. Liu X, Mills A. Payment mechanisms and provider behavior. Alexander S Preker Xingzhu Liu Edit V Velenyi. 2007:259.
6. Rahmany K, Barati M, Ferdosi M, Rakhshan A, Nemati A. Strategies for reducing expenditures in Iran's health transformation plan: A qualitative study. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 201832:102؛.
7. Ellis RP, McGuire TG. Optimal payment systems for health services. Journal of health economics. 1990375-96:(4)9؛.
۸. محمدیان م، نجار عو، عیدگاهی زنز، جاجرمی ح، هوشمند ا. بررسی چالش‌های طرح پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و پزشکان در استان خراسان شمالی، ۱۳۹۵. فصلنامه علوم پیراپزشکی و توانبخشی. ۲۰۱۸؛ ۷(۱): ۱۴-۲۴.
۹. مختاری خصزج، عابدی ق، مروی ا. تحلیلی بر نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری، با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان: یک مطالعه کیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۲۰۱۸؛ ۲۸(۱۶۱): ۷۵-۸۷.
۱۰. عابدی ق، مروی ا، سلطانی کنتایی ا، عابدینی ا، اسدی علی آبادی م، صفی زاده چم مختاری خ، et al. تحلیلی بر استقرار برنامه پزشک خانواده شهری با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان: یک مطالعه کیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه). ۱۳۹۶؛ ۲۷(۱۵۵): ۲۲-۲۳ (L۰۰۲۲#).

۱۱. شیرجنگ ا، محفوظ پور س، مسعوداصل ا، دشمن گیر ل. چالش ها و راهکارهای اجرای پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه کیفی. تصویر سلامت. ۱۳۹۹؛ ۱۱(۱) (۱۰۸۹۸#): ۱-۱۰.
۱۲. غریبی، فردین، حیدری، ا. ع، زارعی، مژده. درصد پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت توسط مردم در استان کردستان در سال ۱۳۸۸. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. ۱۳۸۸؛ ۳(۳): ۸-۲۰.
۱۳. عاطفه تا، سعید ح، نادیا ا، سعید م. درک، آگاهی و انتظارات مردم و پزشکان از اجرای طرح پزشک خانواده: مطالعه موردی شهر شیراز (مطالعه موردی).
۱۴. احسان موسی ف، حسین خ، بهروز د، وحید رضاع، فریبا س. علل پائین بودن ماندگاری پزشکان خانواده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد. مدیریت اطلاعات سلامت. ۱۳۹۴؛ سال دوازدهم(۱): ۱۱۷-۲۴.
15. Dehnavieh R, Kalantari AR, Jafari Sirizi M. Urban family physician plan in Iran: Challenges of implementation in Kerman. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2015;12(19):28-31.
۱۶. رضایی م، زاده سدک، فدائی م، اعتباریان ا، بهرامی ح. بررسی رابطه تأمین منابع مالی، زیرساخت‌های فیزیکی، قانونی و نیروی انسانی در اجرای برنامه بیمه درمانی روستائیان و عشایر سازمان بیمه سلامت کشور. مجله بیمه سلامت ایران. ۱۳۹۹؛ ۲(۱): ۲۱-۹.
17. Fardid M, Jafari M, Vosoogh-Moghaddam A. A policy brief on improving the finance of family physician program: An experience from urban areas of Iran. Journal of family medicine and primary care. 2020;14(3):7-13.
18. Gharibi F, Dadgar E. Pay-for-performance challenges in family physician program. Malaysian Family Physician: the Official Journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia. 2020;19(2):15-21.
19. Esmaeili R, Hadian M, Rashidian A, Shariati M, Ghaderi H. The Experience of Risk-Adjusted Capitation Payment for Family Physicians in Iran: A Qualitative Study. Iranian Red Crescent medical journal. 2016;18(4):e23782.
20. Delgoshaei B, Vatankhah S, Sarabandi A. Performance payment challenges for family physician program. Journal of Education and Health Promotion. 2020;19(9):1-7.
۲۱. بهزاد د، عباس وثوق م، نرگس رستمی گ، محمد جواد ک. ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان‌های فارس و مازندران: پیشینه، دستاوردها، چالش‌ها و راه حل‌ها. دانشکده

بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. سال چهاردهم: ۱۷-۳۸.

۲۲. فرزانه م، فرانک ف، علی م، افسون آیین پ. وضعیت اجرای طرح «نظام ارجاع و پزشک خانواده» از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات. پایش. ۱۳۹۴؛ سال پانزدهم (۱): ۱۹-.

23. Doshmangir L, Rashidian A, Takian A, Doshmangir P, Mostafavi H. Payment system of urban family physician programme in the Islamic Republic of Iran: Is it appropriate? Eastern Mediterranean Health Journal. 2018;611-7:(7)24:.

۲۴. مجاهد ف، وحیدی ر، اصغری جعفرآبادی م، قلی پور ک، مهری ن. تاثیر نظام‌های پرداخت بر شاخص‌های عملکردی برنامه پزشک خانواده با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی. مدیریت اطلاعات سلامت. ۱۳۹۴؛ ۱۲(۱) (پیاپی ۴۱) #۱۴۵ (L۰۰۱۴۵#): -.

## بسته‌ی خدمات سلامت

### مقدمه

بسته خدمات سلامت در طرح پزشکی خانواده می‌بایست شامل: خدمات بهداشتی، درمانی یا توانبخشی پایه و دارای اولویت مانند: مراقبت‌های بهداشتی برابر، برنامه‌های سلامت کشوری، خدمات پزشکی شامل: تمام اقدامات درمانی سرپایی، تجویز داروهای لازم و انجام آزمایشات تشخیص طبی، درخواست مشاوره و پیگیری مراقبت‌های انجام شده یا قابل انجام برای جمعیت تحت پوشش و همچنین خدمات توانبخشی پایه و دارای اولویت که باید توسط پزشک خانواده یا گروه سلامت ارائه یا فراهم شود، باشد. همچنین شامل کالاها یا خدماتی باشد که در پوشش فهرست ملی انواع مراقبت‌ها، چه پیشگیرانه و چه درمانی قرار دارند و هزینه آنها به سبب اساسی بودن یا برخورداری از اولویت توسط جامعه پرداخت می‌شود. این در حالی است که هزینه سایر خدمات باید توسط فرد یا طرح‌های بیمه مکمل و به طور اختیاری تأمین شود (۱). مطالعات متعددی در زمینه بسته خدمات انجام شده است که محتوای آن به دسته‌های زیر تقسیم می‌شوند:

(الف) ارائه بسته؛

(ب) محتوای بسته؛

(د) مشکلات و چالش‌های موجود.

### نتایج

در این قسمت نتایج مربوط به هر دسته به طور مجزا ارائه شده است.

#### (الف) ارائه بسته

۱. یک پژوهش به صورت کیفی و مصاحبه با اعضاء هیئت علمی، پزشکان خانواده، مدیران ارشد و کارشناسان سلامت مطلع از برنامه پزشک خانواده انجام شده است. از دیدگاه مصاحبه شونده‌گان فرآیند ارائه و اجرای بسته‌های خدمتی با مشکل مواجه است (۲).

۲. در یک مطالعه مقطعی به بررسی نابرابری در شاخص‌های ارائه بسته خدمتی برنامه مراقبت کودکان در استان مرکزی پرداخته است. با توجه به اینکه شاخص‌های تراکم نمراتی نزدیک به صفر کسب کرده بودند؛ لذا نتیجه‌گیری شده است که در ارائه خدمات مراقبت کودک بیمار و سالم در سطح خانه‌های بهداشت استان مرکزی تفاوتی وجود ندارد (۳).

#### (ب) محتوای بسته

۱. هدف از این مطالعه پیمایشی بررسی دستاوردها و چالش‌های ترویج و توسعه بسته خدمات طب سنتی در برنامه پزشک خانواده است. بیشترین دستاورد مطرح شده شامل کاهش هزینه‌های درمانی، کاهش مصرف داروهای صنعتی، کاهش عوارض دارویی، افزایش اعتماد و استقبال مردم بود. بیشترین چالش‌های مطرح شده شامل: نبود زیرساخت‌های لازم، امکان سودجویی دلالان و افراد غیرحرفه‌ای، پایین بودن سطح آگاهی پزشکان و عدم استقبال پزشکان شناخته شد (۴).



۲. در این مطالعه ترکیبی از مطالعات مروری و روش‌های کیفی استفاده شده است و هدف آن اضافه کردن و بازنگری بسته خدمت سلامت روان به برنامه پزشکی خانواده است. این مطالعه به معرفی اهداف و راهبردها و اقدامات لازم تنظیم شده در این بازنگری پرداخته است. راهکارهای ارائه شده شامل: راهکارهای ارائه خدمت، راهکارهای آموزشی، راهکارهای نظام اطلاعات و ارزشیابی، راهکارهای جلب مشارکت، راهکارهای تدارک داروهای اساسی، راهکارهای بهبود کیفیت و راهکارهای مالی و اداری است که هرکدام شامل زیرمجموعه‌های متعدد می‌باشد (۵).

### ج) مشکلات و چالش‌های موجود

۱. در این مطالعه که به صورت کیفی و مرور متون مرتبط انجام شده است؛ یکی از چالش‌های طرح پزشکی خانواده مربوط به بسته خدمات مطرح شده است. در این مطالعه بیان شده است که بر طبق یافته‌های مرورمتون، بسته‌های خدمت با توجه به جایگاه همه گروه‌های پزشکی و تخصصی طراحی نشده است. در بسته‌های ابلاغی یا نسخه صفر ۲ به گروه سلامت، مثل پرستار و ماما توجه نشده است و ماما در ارائه خدمات سلامت به مادران استقلال ندارد. بسته خدمتی علاوه بر کم توجهی به بخشی از بیماری‌های جسمی (بیماری‌های غیرواگیر، مزمن و مادرزادی) در ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی سلامت ضعیف ارزیابی شد. همچنین فقدان راهنماهای بالینی مصوب برای مدیریت مسائل و بیماری‌های شایع از دیگر مشکلات برنامه عنوان شد (۶).
۲. در این مطالعه که با استفاده از پرسشنامه انجام شده است به چالش‌های پزشکی خانواده، دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در خراسان شمالی پرداخته است. در این مطالعه عدم تناسب بسته خدمتی با حجم جمعیت و عدم بومی سازی بسته خدمتی بعنوان دو چالش از سوی مشارکت‌کنندگان شناخته شده است (۷).
۳. این مطالعه از نوع پیمایشی و در قالب پرسشنامه محقق ساخته و بر اساس محتوای دستورالعمل پزشک خانواده و نظام ارجاع، در جامعه پزشکان عمومی استان خوزستان انجام شده است. در این مطالعه مناسب بودن سیاست مربوط به محتوای بسته خدمات با نمره ۳،۳ (از ۵) بیشترین نمره و از لحاظ قابلیت اجرای سیاست در ایران با نمره ۲،۵ (از ۵) کمترین نمره را در مقایسه با سایر مولفه‌ها (نیروی انسانی و فضای فیزیکی مورد نیاز در سطح اول و نظام ارائه خدمات) کسب کرده‌اند (۸).
۴. این پژوهش به صورت کیفی و مصاحبه با اعضاء هیئت علمی، پزشکان خانواده، مدیران ارشد و کارشناسان سلامت مطلع از برنامه پزشک خانواده انجام شده است. از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان فرآیند ارائه و اجرای بسته‌های خدمتی با مشکل مواجه است (۲).
۵. این پژوهش در قلمرو مطالعات کیفی می‌باشد که با استفاده از مصاحبه و مرور مستندات انجام شده است. مصاحبه نیمه ساختاریافته عمیق با ۶۲ نفر از افراد مطلع کلیدی انجام شد. بسته خدمتی ناقص، عدم بومی سازی بسته خدمات، عدم تناسب بین بسته خدمتی و حجم جمعیت بعنوان چالش‌های نظام پزشکی خانواده شناخته شدند (۹).

## بحث و نتیجه‌گیری

در این قسمت نتایج حاصل از مطالعات مرتبط با هردسته به طور خلاصه بیان شده است.

- در رابطه با ارائه بسته‌های خدمت، دو موضوع در دو مطالعه مختلف مطرح شده است؛ اول اینکه فرآیند ارائه و اجرای بسته‌های خدمتی با مشکل مواجه است. دوم اینکه ارائه بسته‌های خدمت مراقبت کودکان در استان مرکزی در بین مراکز مختلف همراه با عدالت بوده است.
  - در رابطه با محتوای بسته، مطالعات موجود توصیه به مدنظر قرار دادن بسته‌های «طب سنتی» و «سلامت روان» در برنامه پزشکی خانواده داشتند. در این مطالعات بیشترین دستاوردهای مطرح شده برای بسته طب سنتی شامل: کاهش هزینه‌های درمانی، کاهش مصرف داروهای صنعتی، کاهش عوارض دارویی، افزایش اعتماد و استقبال مردم عنوان شده است و بیشترین چالش‌ها شامل: نبود زیرساخت‌های لازم، امکان سودجویی دلالان و افراد غیرحرفه‌ای، پایین بودن سطح آگاهی پزشکان و عدم استقبال پزشکان شناخته شد. راهکارهایی نیز برای اضافه کردن و بازنگری بسته خدمت سلامت روان به برنامه پزشکی خانواده ارائه شده است. این راهکارها در رابطه با بازنگری در آموزش، نظام اطلاعات و ارزشیابی، جلب مشارکت، تدارک داروهای اساسی، بهبود کیفیت و مالی و اداری می‌باشد.
  - در رابطه با چالش‌های مرتبط با بسته خدمات نیز موارد زیر در مطالعات مختلف عنوان شده است:
  - بسته‌های خدمت با توجه به جایگاه همه گروه‌های پزشکی و تخصصی طراحی نشده است؛
  - در بسته‌های ابلاغی یا نسخه صفر ۲ به گروه سلامت مثل پرستار و ماما توجه نشده است و ماما در ارائه خدمات سلامت به مادران استقلال ندارد؛
  - بسته خدمتی علاوه بر کم توجهی به بخشی از بیماری‌های جسمی (بیماری‌های غیرواگیر، مزمن و مادرزادی) در ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی سلامت ضعیف ارزیابی شد؛
  - فقدان راهنماهای بالینی مصوب برای مدیریت مسائل و بیماری‌های شایع وجود دارد؛
  - عدم تناسب بسته خدمتی با حجم جمعیت و عدم بومی سازی بسته خدمتی مشاهده می‌شود؛
  - فرآیند ارائه و اجرای بسته‌های خدمتی با مشکل مواجه است؛
  - بسته خدمتی ناقص و عدم بومی سازی بسته خدمات دیده می‌شود.
- \*\* در مجموع به نظر می‌رسد در حیطه بسته خدمات، تعداد مطالعاتی که از طریق آن بتوان به طور قوی به تشریح وضعیت موجود پرداخت کافی نیست. شایان ذکر است چالش‌ها و مشکلات مطرح شده در این مطالعات می‌تواند برای ارزیابی وضعیت موجود مفید باشد.

## منابع

۱. اجتماعی وبدوآپ-وتکور. پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه ۲۰۱۳۹۱.
۲. عابدی ق، مروی ا، سلطانی کنتایی ا، عابدینی ا، اسدی علی آبادی م، صفی زاده چم مختاری خ، et al. تحلیلی بر استقرار برنامه پزشک خانواده شهری با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان: یک مطالعه کیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه). ۱۳۹۶؛ ۲۷(۱۵۵): ۲۰۲۲#(L۰۰۲۲).--.
۳. عشرتی ب، امروزی ر، موسوی عس، عظیمی مس، اسماعیلی ع، بختیاری ح، et al. بررسی نابرابری در شاخص‌های ارائه بسته خدمتی برنامه مراقبت کودکان از سوی پزشکان خانواده، بر اساس فاصله خانه بهداشت تا مرکز شهرستان ها و استان مرکزی. مجله اپیدمیولوژی ایران. ۱۳۹۰؛ ۹(۳): ۱-۸.
۴. امیری حا، ربیعی سم، کبیر مج، رستمی زحز، ممتهن ر، شیروانی سدنپ، et al. دستاوردها و چالش‌های ترویج و توسعه بهره مندی از طب سنتی در برنامه پزشک خانواده ی ایران. نشریه اسلام و سلامت. ۲۰۱۶؛ ۳(۱): ۱۳-۲۱.
۵. بوالهبری ج، کبیر ک، حاجبی ا، یزدی سعب، رفیعی ح، اصل ما، et al. بازنگری برنامه ادغام سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۲۰۱۶؛ ۲۲(۲): ۱۳۴-۴۶.
۶. بهزاد د، عباس وثوق م، نرگس رستمی گ، محمد جواد ک. ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان‌های فارس و مازندران: پیشینه، دستاوردها، چالش‌ها و راه حل‌ها. دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. سال چهاردهم: ۱۷-۳۸.
۷. محمدیان م، وفایی نجار ع، نجات زادگان عیدگاهی ز، جاجرمی ح، هوشمند ا. بررسی چالش‌های طرح پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و پزشکان در استان خراسان شمالی، ۱۳۹۵. علوم پیراپزشکی و توانبخشی مشهد. ۱۳۹۷؛ ۷(۱): ۶۰۶#(p۰۰۶۰۶).--.
۸. ظهیری م، محمدی ع، نجف پور ژ، مبینی زاده م، گودرزی ز. بررسی دیدگاه پزشکان عمومی در مورد سیاست‌های مندرج در دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری؛ استان خوزستان ۱۳۹۴. مدیریت بهداشت و درمان (نظام سلامت). ۱۳۹۶؛ ۸(۲): ۲۴#(پیایی ۲۴).--.
۹. هوشمند ا، نجات زادگان ز، ابراهیمی پور ح، اسماعیلی حا، وفایی نجار ع. چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی شمال شرق ایران از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در طرح. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا. ۱۳۹۸؛ ۹(۴): ۱۲۷#(f۰۰۱۲۷۰).--.

# راهنماهای ارائه خدمت

## مقدمه

در مورد حالات مختلف بیماری‌ها، درمان‌های رایج آنها، شواهد پژوهشی موجود و اقدامات مورد نیاز، پزشکان خانواده باید اطلاعات به‌روزی داشته باشند تا بتوانند مبتنی بر شواهد عمل کنند. توصیه‌های معتبر، راهنماهای بالینی و دستورالعمل‌های علمی بهترین شواهد هستند که پزشکان خانواده می‌توانند با در نظر گرفتن شرایط موجود اقدامات لازم را انجام دهند. بنابراین، نیاز است در مرحله اول این راهنماها و دستورالعمل منتشر شده و در دسترس پزشکان خانواده باشند که آنها بتوانند آگاهی و دانش خود را ارتقاء دهند.

## نتایج

باتوجه به اینکه مطالعات اندکی در مورد تأثیرات روزه‌داری بر بیماری‌های گوارشی انجام شده است، وجود یک راهنمای بالینی برای پزشکان خانواده با بهره‌گیری از تمامی مستندات منتشر شده موجود و نظرات صاحب‌نظران نیاز بود که در سال ۱۳۹۳ این راهنما منتشر شد. مطابق احکام دینی مسلمانان، چنانچه روزه‌داری منجر به وارد آمدن ضرر جسمی به فرد روزه‌دار شود، روزه گرفتن صحیح نیست و با توجه به این که بیماران اغلب پزشک را مرجع تعیین مضر بودن یا نبودن روزه‌داری برای خود در نظر می‌گیرند، این راهنما با هدف تسهیل اتخاذ تصمیم توسط پزشکان در زمینه رویکرد به بیماری‌های دستگاه گوارش فوقانی در روزه داری تدوین شده است. در این راهکار، سعی شده است، به توصیف حالت‌های مختلف بالینی بیماری‌های دستگاه گوارش فوقانی، با محوریت سوءهاضمه و ریفلاکس پرداخته شود و با توجه به شواهد موجود و نظرات متخصصان، راهنمایی عملی و روزآمد برای پزشکان خانواده برای مواجهه با این بیماری‌ها تدوین شود (۱).

توجه به طبابت مبتنی بر شواهد و استفاده از راهنماهای بالینی در کشور علاوه بر ارتقاء کیفیت ارائه خدمات، در کاهش هزینه‌ها و حفظ رضایت‌مندی بیماران موثر خواهد بود. برای رسیدن به این هدف، طبابت براساس یک شیوه استاندارد و کارآمد، گامی اساسی به شمار می‌رود که در دستورالعملی اقدام به بومی سازی راهنمای بالینی «سوءهاضمه» شده است. برای تهیه این مستند از راهنماهای معتبر بالینی در دنیا و پیش‌نویس اولیه راهنمای بالینی تهیه شده است که پزشکان خانواده می‌توانند از آن استفاده کنند (۲).

«کتابچه راهنمای اولویت‌بندی موضوعات دستورالعمل‌های عمل بالینی برای پزشکان خانواده» نیز برای پزشکان خانواده منتشر شده است که می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. این کتابچه راهنمای کاربر را می‌توان به عنوان ابزاری برای اطمینان از کیفیت فرآیند اولویت‌بندی موضوعات دستورالعمل‌های عمل بالینی (CPGs) برای پزشکان خانواده دانست، زیرا مسائل مربوط به اولویت‌بندی را در نظر می‌گیرد. انتخاب دینفعان آگاه برای رتبه‌بندی معیارها و رتبه‌بندی موضوعات، مباحثی بود که بسیار مورد تأکید کارشناسان قرار گرفته است. در نهایت، بکارگیری این دستورالعمل می‌تواند اولین گام در جهت نظام‌مندسازی فرآیند اولویت‌بندی موضوعات دستورالعمل‌های بالینی در کشور باشد (۳).

آگاهی و دانش پزشکان خانواده در مورد راهنماهای موجود نیز در پژوهشی مورد بررسی قرار گرفته بود. در

این مطالعه، بر اساس مقیاس برش بلوم، نمرات دانش و عملکرد پزشک خانواده در حد متوسط بود و تنها ۱۴ و ۳۸/۵٪ از آنها از آگاهی و عملکرد خوب برخوردار بودند. نمره نگرش در سطح خوبی بود و ۶۴/۱٪ از شرکت‌کنندگان نگرش مثبت داشتند. میانگین نمره دانش و عملکرد در میان پزشکان خانواده که در محیط‌های عمومی کار می‌کردند به‌طور معنی‌داری بالاتر بود. پزشکان خانواده که دوره‌های آموزشی پوکی استخوان را گذرانده بودند، نمره نگرش بالاتری داشتند. تنها ۲۳/۵٪ از پزشکان خانواده از وجود دستورالعمل ملی پوکی استخوان آگاهی داشتند. به‌طور کلی می‌توان بیان کرد که اکثر پزشکان خانواده به اهمیت اقدامات پیشگیرانه اعتقاد داشتند، اما تعداد محدودی از آنها دانش و عملکرد خوبی در مورد پوکی استخوان داشتند و کمتر از یک چهارم از دستورالعمل ملی آگاهی داشتند که این یک نیاز آشکار برای انتشار مؤثرتر دستورالعمل، استفاده بیشتر از روش‌های آموزشی کارآمد است (۴).

در پژوهشی دیگر الگوی تحویز دارو در بین پزشکان خانواده مورد بررسی قرار گرفت و یافته‌های این مطالعه نشان داد که درجاتی از تجویز غیرمنطقی دارو در بین پزشکان خانواده به‌ویژه از نظر تزریقی، آنتی‌بیوتیکی و پلی‌دارویی وجود دارد. بنابراین، توصیه می‌شود برنامه‌های آموزش مستمری برای پزشکان در خصوص تجویز منطقی برای انواع مختلف نشانه‌های پزشکی وجود داشته باشد. همچنین، انتظار می‌رود دستورالعمل‌های عمل بالینی نیز به استفاده منطقی از دارو کمک کند (۵).

آگاهی و دانش پزشکان خانواد در مورد مفاد و راهنماهای موجود در نحوه قرارداد بستن با طرح پزشک خانواده نیز در پژوهشی بررسی شده است. یافته‌های این مطالعه نشان داد که به حدود ۶۲٪ پزشکان و ۷۲٪ از ماما‌های مورد مطالعه، قرارداد یا حکم حقوقی تحویل داده شده بود. تنها ۴۷٪ پزشکان و ۵۸٪ از ماما‌های مورد مطالعه ذکر کردند که میزان دریافتی آنان مطابق قرارداد است و فقط ۲۰٪ پزشکان و ۳۲٪ از ماماها زمان پرداخت را مطابق قرارداد ذکر کردند. حدود ۱۵٪ پزشکان و ماما‌های ارائه‌دهنده خدمات هیچ‌گونه آموزشی نداشتند و سایرین نیز اغلب در ضمن خدمت آموزش‌هایی در این زمینه داشتند. حدود ۸۰٪ پزشکان و حدود ۷۶٪ ماما‌های مورد مطالعه شرح وظایف خود را مشخص ذکر کردند. کمتر از ۶۰٪ پزشکان و ۴۱٪ از ماما‌های مورد مطالعه برنامه مکتوب را در اختیار داشتند (۶).

## بحث و نتیجه‌گیری

دستورالعمل‌های بالینی و شواهد منتشر شده به‌عنوان راهنمایی هستند که پزشکان خانواده می‌توانند براساس آنها و شرایط ویژه بیماران و همچنین، تجربه و مهارت خود بهترین تصمیم را در مورد بیماری افراد اتخاذ کنند. در این راستا دستورالعمل بیماری سوء هاضمه، راهنماهای روزه‌داری در ایام ماه رمضان و دستورالعمل‌های عمل بالینی، اسناد ارزشمند کمک‌کننده به پزشکان خانواده هستند. البته نیاز است که در مورد انواع بیماری‌ها و درمان‌های آنها و بخصوص روش‌های پیشگیری و غیره دستورالعمل‌های شفاف‌تری بر جدیدترین شواهد توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین شده و در اختیار پزشکان خانواده قرار گیرد. انتظار می‌رود که استفاده از پزشکی مبتنی بر شواهد و راهنماهای بالینی در برنامه پزشک خانواده موجب ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات سلامت، کاهش هزینه‌ها و بهبود رضایت بیماران و عموم جامعه شود.

همچنین، در مورد دوره‌های آموزشی پوکی استخوان، اکثر پزشکان خانواده به جایگاه و اهمیت اقدامات پیشگیرانه اذعان کردند ولی کمتر از یک چهارم از آنها از دستورالعمل‌های ملی در این زمینه آگاهی و دانش داشتند که باید این شکاف برطرف شود. در حوزه تجویز دارو در بین پزشکان خانواده نیز تجویزهای غیر منطقی در تزریقات، آنتی‌بیوتیک و پلی‌دارویی‌ها مشاهده شده است که این تجویزهای غیرمنطقی می‌تواند منجر به افزایش هزینه‌های داروی و کاهش کیفیت خدمات سلامت شود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که اقدامات ویژه‌ای از قبیل برگزاری دوره‌های آموزشی برای پزشکان خانواده، تدوین راهنماهای شفاف و استفاده از قوه قهریه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شود. البته به نظر می‌رسد ارائه مداخلات و اجرای آن در زمینه بهبود شرایط عقد قرارداد با ارائه‌دهندگان خدمات و نیز ارتقای آموزشی آنان از ضروریات تداوم برنامه پزشک خانواده است.

## منابع

۱. ادیبی پ، پژوه‌نژاد پد، صادقی‌پور ش، هادی‌زاده ف، ملک‌زاده ر. روزه‌داری در مبتلایان به بیماری‌های دستگاه گوارش فوقانی: راهکار بالینی برای پزشک خانواده. دانشکده پزشکی اصفهان. ۳۲(۲۷۴):۱۳۱-۴۸.
2. Malekzadeh R, Saberi M, Firoozi. Dyspepsia Guileline. Govaresh. 201440-9:(1)19.
3. Mounesan L, Sayarifard A, Haghjou L, Ghadirian L, Rajabi F, Nedjat S. A manual for prioritizing the topics of clinical practice guidelines for family physicians. International Journal of Preventive Medicine. 20167.
4. Mahdaviyazad H, Keshtkar V, Emami MJ. Osteoporosis guideline awareness among Iranian family physicians: results of a knowledge, attitudes, and practices survey. Primary health care research & development. 2018485-91:(5)19.
5. Ahmadi F, Zarei E. Prescribing patterns of rural family physicians: a study in Kermanshah Province, Iran. BMC public health. 20171-7:(1)17.
۶. مفتون ف، فرزندی ف، منتظری ع، پرست آ. وضعیت اجرای طرح "نظام ارجاع و پزشک خانواده" از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات. پایش. ۲۰۱۶؛۱۵(۱):۱۹-۲۵.

# پرونده الکترونیک سلامت

## مقدمه

یکی از ابعاد مهم کاربرد فناوری اطلاعات در نظام سلامت که نقش موثری در افزایش اثربخشی خدمات سلامت ایفا می‌کند، ایجاد پرونده الکترونیک سلامت است. بدون وجود پرونده الکترونیک سلامت، دسترسی به اطلاعات یکپارچه سلامت افراد بسیار مشکل و حتی در بسیاری از موارد غیرممکن خواهد بود و از گزارش‌های متنوع به دست آمده از اطلاعات یکپارچه سلامت می‌توان برای مقاصد مدیریتی، نظارتی و پژوهشی استفاده کرد. مسئله پرونده الکترونیک در وزارت بهداشت و معاونت بهداشت فراز و فرودهای بسیار داشته و در دوره‌های زمانی مختلف، سیاست‌های گوناگون در این زمینه اتخاذ شده است. تا اینکه سرانجام در سال ۱۳۹۵ استفاده از سامانه سیب (سامانه یکپارچه بهداشت) به دانشگاه‌ها ابلاغ شد. مطالعات متعددی به بررسی وضعیت و عملکرد پرونده الکترونیک در کشور پرداخته‌اند. نتایج حاصل از این مطالعات را میتوان در حیطه‌های زیر دسته‌بندی کرد:

الف) دسترسی کاربران به محتوای آموزشی؛

ب) اجرای پرونده الکترونیک؛

ج) ثبت داده‌ها در سیستم؛

د) ارزیابی داده‌های ثبت شده؛

هـ) مدیریت و سازماندهی اجرا؛

و) پذیرش و رضایت از عملکرد سامانه الکترونیک؛

ی) ضعف / قوت زیرساخت‌های پرونده الکترونیک؛

ط) ارسال اطلاعات به سایر سطوح ارائه خدمات.

## نتایج

در این بخش نتایج مربوط به هر یک از دسته‌های بالا به تفکیک گزارش شده است و در پایان یک نتیجه‌گیری کلی از نتایج ارائه شده است.

### الف) دسترسی کاربران به محتوای آموزشی

#### خلاصه یافته‌ها

نمره عملکرد	عنوان مورد ارزیابی	ردیف
بالا	وجود نحوه ثبت اطلاعات پرونده مراجعان، فرم‌ها و دستورالعمل تکمیل فرم‌ها به صورت مکتوب یا سی‌دی	۱

۱. در مطالعه‌ای که با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته به بررسی وضعیت اجرای پزشکی خانواده در کشور پرداخته بود، یکی از سوالات مطرح شده به بررسی وجود یا عدم وجود نحوه ثبت اطلاعات پرونده مراجعان، فرم‌ها و دستورالعمل تکمیل آن بود. در این مطالعه ۱۷۸۰ پزشک خانواده و ۱۷۷۲ ماما وارد شدند. ۵۸/۴٪ از پزشکان و ۶۲/۲٪ ماماها اذعان داشتند که این اطلاعات موجود است (۱).

### ب) پرونده الکترونیک سلامت در مرحله اجرا

۱. در این مطالعه ضمن اشاره به مزایای سامانه‌ی سیب، بیان شده است که برای اجرای طرح پزشکی خانواده نیاز به سامانه نرم افزاری جامع و کامل سامانه سیب ضروری به نظر می‌رسد (۲).
۲. در این مطالعه چالش‌ها و دستاوردهای اجرای پزشکی خانواده از طریق پرسشنامه محقق ساخته در دو استان فارس و مازندران مورد بررسی قرار گرفته است. از دیدگاه پزشکان یکی از دستاوردهای آن الکترونیکی شدن پرونده سلامت است (۳).
۳. در این مطالعه کیفی که در سال ۱۳۹۲ از طریق مصاحبه با پزشکان و مردم شهر شیراز انجام شد، عدم وجود پرونده الکترونیکی از چالش‌های اجرای طرح پزشکی خانواده بیان شده است (۴).
۴. در این پژوهش کیفی که در سال ۱۳۹۵ انجام شد، مصاحبه شوندگان یکی از دلایل قطع ارتباط سطح اول با سطوح بالا و داروخانه را کاغذی بودن پرونده سلامت بیمار می‌دانستند (۵).
۵. در این مطالعه کیفی که در سال ۱۳۹۶ انجام شد، در مصاحبه‌های انجام شده با ذینفعان برنامه پزشک خانواده، از ضعف نظام اطلاعاتی بعنوان یکی از چالش‌های موجود در اجرای طرح پزشکی خانواده نام برده شده است. برخی از این ضعف‌ها شامل: نبود پرونده سلامت جامع و منسجم و عدم ارسال صحیح اطلاعات به سطوح بالاتر است (۶).

### ج) ثبت داده‌ها در سیستم

۱. در این مطالعه، ثبت داده‌ها در پرونده الکترونیک در سه استان گلستان، مازندران و گیلان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد مشخصات ۲۳٪ از بیماران ارجاع داده شده و نتایج آن ثبت شده‌اند. پرونده سلامت ۵۷٪ خانوارها تکمیل شده بود. نتایج معاینات دوره ای ۴۶٪ بیماران به طور کامل ثبت شده بود (۷).
۲. در این مطالعه چالش‌های مربوط به طرح پزشک خانواده از طریق پرسشنامه استخراج شده است. پرسشنامه مورد استفاده همان پرسشنامه مطالعه ۴۰۴۹ بود. این پرسشنامه، شامل دو بخش است: بخش نخست آن، حاوی اطلاعات جمعیت شناختی و بخش دوم، شامل ۴۲ سوال تخصصی که در قالب ۹ حوزه برنامه‌ریزی جامع، نظام بیمه درمان، جبران خدمات، ارزیابی عملکرد، امکانات و تسهیلات رفاهی، جذب و حفظ نیروی انسانی، نظام اطلاعات، فرهنگ و تأمین مالی تنظیم شده است. برای امتیازدهی پاسخ سوالات اختصاصی از مقیاس لیکرت به صورت بسیار موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و بسیار مخالفم (به ترتیب نمره ۵ تا ۱) استفاده شده است. نتایج نشان داد که آیتم «زمان بر بودن فرآیند ثبت اطلاعات» از دیدگاه پزشکان نمره ۲/۸۷ و از دیدگاه مدیران نمره ۳/۴۷ را کسب کرد (۸).
۳. در این پژوهش به چالش‌های موجود برنامه پزشک خانواده در سال ۱۳۹۵ در خراسان از دیدگاه پزشکان و مدیران شاغل در این برنامه پرداخته شده است. پرسشنامه مورد استفاده همان پرسشنامه مطالعه ۴۰۴۹ است. در این مطالعه ۷۰٪ پزشکان و ۷۷٪ مدیران معتقد بودند که «زمان بر بودن فرآیند ثبت اطلاعات» از چالش‌های طرح است (۹).
۴. با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته میزان رضایت‌مندی پزشکان خانواده شهری و مراقبان سلامت در استان‌های فارس و مازندران بررسی شد. این مطالعه نشان داد بیشترین مشکلات مربوط به متناسب



نبودن حجم و تعدد داده‌ها، عدم قابلیت بهره‌برداری علمی و اجرایی از سامانه با توجه به سرعت اینترنت در منطقه و سرعت وارد شدن داده‌ها در سامانه بود (۱۰).

#### د) ارزیابی داده‌های ثبت شده

۱. چالش‌های مربوط به طرح پزشک خانواده از طریق پرسشنامه استخراج شد. پرسشنامه مورد استفاده، پرسشنامه مطالعه هوشمند و همکاران (۱۱) بود. مستندسازی صوری توسط پزشکان بعنوان چالش شناخته شده بود (۸).

۲. در این پژوهش به چالش‌های موجود برنامه پزشک خانواده در سال ۱۳۹۵ در خراسان از دیدگاه پزشکان و مدیران شاغل در این برنامه پرداخته شده است. پرسشنامه مورد استفاده، همان پرسشنامه مطالعه هوشمند و همکاران (۱۱) است. در این مطالعه مستندسازی صوری پزشکان بعنوان چالش شناخته شده است (۹).

#### ه) مدیریت و سازماندهی اجرا

۱. در مصاحبه‌های انجام شده به چالش‌های سازمان دهی در بحث پزشک خانواده اشاره شده است. یکی از این چالش‌ها مربوط به استقرار سامانه ناب (نرم افزار اطلاعات بهداشت) در معاونت تحقیقات است؛ اما اجرا در بهداشت و درمان است (۱۲).

#### و) پذیرش و رضایت از عملکرد سامانه الکترونیک

۱. در این مطالعه از پرسشنامه برای سنجش رضایت اعضای تیم سلامت از سامانه سیب استفاده شد. میانگین میزان رضایت‌مندی اعضای تیم سلامت در سطح متوسط بود (۱۳).

۲. با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته میزان رضایت‌مندی پزشکان خانواده شهری و مراقبان سلامت در استان‌های فارس و مازندران بررسی شد. این مطالعه نشان داد رضایت‌مندی شاغلان در برنامه پزشک خانواده شهری پایین‌تر از حد متوسط بود (۱۰).

#### ی) ضعف/ قوت زیرساخت‌های پرونده الکترونیک

۱. در مصاحبه انجام شده، از ضعف نظام اطلاعاتی بعنوان یکی از چالش‌های موجود در اجرای طرح پزشکی خانواده نام برده شده است. این ضعف‌ها شامل منسجم نبود زیرساخت‌ها است (۶).

۲. با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته میزان رضایت‌مندی پزشکان خانواده شهری و مراقبان سلامت در استان‌های فارس و مازندران بررسی شد. یکی از این مشکلات ذکر شده مربوط به سرعت اینترنت در منطقه بود که مشکلاتی را در رابطه با سرعت وارد شدن داده‌ها در سامانه ایجاد کرده بود (۱۰).

#### ط) ارسال اطلاعات به سایر سطوح ارائه خدمات

در مصاحبه انجام شده، از ضعف نظام اطلاعاتی بعنوان یکی از چالش‌های موجود در اجرای طرح پزشکی خانواده نام برده شده است. یکی از این ضعف‌ها عدم ارسال صحیح اطلاعات به سطوح بالاتر ذکر شده است (۶).

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از مباحث بالا در ادامه به طور خلاصه بیان شده است.

- ارزیابی دسترسی کاربران به محتوای آموزشی نشان داد که حدود ۵۸ تا ۶۲٪ کاربران اذعان داشتند که اطلاعات مورد نیاز در زمینه نحوه ثبت اطلاعات پرونده مراجعان، فرم‌ها و دستورالعمل‌ها موجود است.
- مطالعاتی که به ارزیابی پرونده الکترونیک در مرحله اجرا اشاره کرده بودند، نشان دادند که در برخی از مناطق کشور که برنامه پزشکی خانواده اجرا شده بود؛ پرونده الکترونیک سلامت استفاده نشده بود و در برخی از مناطق دیگر از پرونده الکترونیک استفاده شده بود. یکی از دلایل آن می‌تواند تاخیر در اجرای پرونده پس از اجرای پزشکی خانواده باشد.
- مطالعاتی که به ارزیابی ثبت داده‌ها در سیستم پرداخته بودند نشان دادند که ثبت داده‌ها در سیستم در زمینه پرونده بیماران، ارجاع بیماران و معاینات دوره‌ای به طور کامل انجام نمی‌شود. علاوه بر آن مشکلات متعددی در زمینه سرعت اینترنت در منطقه، سرعت وارد شدن داده‌ها و متناسب نبودن حجم و تعدد داده‌ها وجود دارد.
- در زمینه ارزیابی داده‌های ثبت شده، مطالعات نشان دادند که مستندسازی صوری توسط پزشکان نکته مهمی است که باید مورد توجه قرار گیرد.
- ارزیابی رضایت کاربران از سیستم پرونده الکترونیک نشان داد که میانگین میزان رضایت‌مندی اعضای تیم سلامت در سطح متوسط و پایین‌تر از سطح متوسط بود.
- در رابطه با ارزیابی زیرساخت‌های پرونده الکترونیک، منسجم نبودن زیرساخت‌ها و مشکلات مربوط به اینترنت از جمله مشکلات مطرح شده بودند.
- یکی از مشکلات موجود در زمینه ارسال اطلاعات به سایر سطوح ارائه خدمات، از عدم ارسال صحیح اطلاعات به سطوح بالاتر نام برده شده است.

\*\* در مجموع مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که اگرچه اهمیت پرونده الکترونیک در اجرای پزشکی خانواده و سیستم ارجاع بر همگان مشخص است؛ اما مشکلات اساسی در رابطه با زیرساخت‌ها، عملکرد ورود داده‌ها و ارزیابی داده‌های وارد شده وجود دارد.

## منابع:

۱. فرزانه م، فرانک ف، علی م، افسون آیین پ. وضعیت اجرای طرح «نظام ارجاع و پزشک خانواده» از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات. پایش. ۱۳۹۴؛ سال پانزدهم (۱): ۱۹-.
۲. شهرام حسن ز، اسماعیل غ. پزشک خانواده نیروهای مسلح و ایجاد پرونده الکترونیک سلامت در سامانه سیب. سومین کنفرانس بین المللی بهداشت، درمان و ارتقای سلامت ۱۳۹۹.
۳. محمدجواد ک، حسن اشرفیان ا، رضا م، رسول ظ، زهرا حسن ز، سیدداود نصلو پور. دستاوردها و چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران: دیدگاه مدیران و مجریان. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت. ۱۳۹۸؛ سال ۱۴۸: ۴-۵۹.
۴. یاردکانی عت، حسینی س، ای نا، میرزایی س. درک، آگاهی و انتظارات مردم و پزشکان از اجرای طرح پزشک خانواده: مطالعه موردی شهر شیراز. مجله سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. ۲۰۱۵؛ ۳۳(۲): ۱۴۷-.
۵. مختاری خضج، عابدی ق، مروی ا. تحلیلی بر نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری، با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان: یک مطالعه کیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۲۰۱۸؛ ۲۸(۱۶۱): ۷۵-۸۷.
۶. محمدی بلبان آباد ج، محمدی بلبان آباد ا، ولیبی س، اسماعیل نسب ن، بیدارپور ف، مرادی ق. چالش‌ها و موانع برنامه پزشک خانواده روستایی از دیدگاه ذی نفعان در استان کردستان: مطالعه کیفی. مجله اپیدمیولوژی ایران. ۱۳۹۸؛ ۱۵(۱): ۱۵۸# (d۰۰۱۵۸#): -.
۷. کبیر م، جعفری ن، نعیمی طبیعی م، میکائیکی ا، اشرفیان امیری ح، نصراله پورشیروانی س، et al. پرونده سلامت و ثبت خدمات ارائه شده در مراکز مجری طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی استان‌های شمالی ایران. بیمارستان. ۱۳۹۴؛ ۱۴(۲) (مسلسل ۵۳): -.
۸. محمدیان م، نجار عو، عیدگاهی زنز، جاجرمی ح، هوشمند ا. بررسی چالش‌های طرح پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و پزشکان در استان خراسان شمالی، ۱۳۹۵. فصلنامه علوم پیراپزشکی و توانبخشی. ۲۰۱۸؛ ۷(۱): ۱۴-۲۴.
9. Hooshmand E, Nejat-zadegan Z, Ebrahimipour H, Bakhshi M, Esmaili H, Vafaeenajar A. Rural family physician system in Iran: Key challenges from the perspective of managers and physicians, 2016. International Journal of Healthcare Management. 2017;123-30:(2)12.
۱۰. کبیر مج، امیری حا، ربیعی سم، کشاورزی آ، حسینی س، شیروانی سدنپ. رضایت مندی پزشکان خانواده شهری و مراقبین سلامت استان‌های فارس و مازندران از سامانه یکپارچه بهداشت (سیب). مجله انفورماتیک سلامت و زیست پزشکی. ۲۰۱۸؛ ۴(۴): ۲۴۴-۵۲.

۱۱. هوشمند ا، نجات زادگان ز، ابراهیمی پور ح، اسماعیلی حا، وفایی نجار ع. چالش‌های نظام پزشکی خانواده روستایی شمال شرق ایران از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در طرح. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا. ۱۳۹۸؛ ۹(۴) #۴۰۱۲۷۰: (۴۰۱۲۷۰) :-.
۱۲. کبیر م، حیدری ع، هنرور م، خطیرنامنی ز، بدخشان ع، رفیعی ن، et al. چالش‌های مدیریتی پیاده سازی نظام ارجاع الکترونیک بیمار؛ یک مطالعه کیفی. مجله پژوهش سلامت. ۲۰۲۱؛ ۶(۴): ۲۷۵-۸۶.
۱۳. احمدی ر، احمدی ح، سارانی م. مقایسه ی تطبیقی عوامل موثر بر رضایت مندی پزشکان و بهورزان از سامانه ی سیب. مجله دانشکده پزشکی زابل. ۲۰۲۰؛ ۳(۳): ۱۰۲-۸.

## ارجاع مقدمه

در دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه ۰۲ آمده است که ارجاع، ارائه خدمات سلامت بصورت زنجیره‌ای مرتبط و تکاملی است تا چنانچه مراجعه کننده‌ای از واحد محیطی به خدمات تخصصی‌تر نیاز داشت بتوان او را به سطح بالاتر ارجاع داد. در فرآیند ارجاع می‌بایست نتیجه اقدامات درمانی در سطوح بالاتر به سطوح پایین‌تر برای پیگیری درمان اعلام شود. ارجاع بیماران به متخصصان سطح دو خدمات، توسط پزشکان خانواده مستقر در سطح یک صورت می‌گیرد. سقف ارجاع به متخصص سطح دو تا حداکثر ۱۵٪ مراجعان به پزشک خانواده مرکز خدمات جامع سلامت مشخص شده است و بدیهی است درصد مزبور شامل موارد ارجاعی به متخصص سطح دو بر اساس مراقبت گروه‌های هدف و بسته خدمتی نیز می‌باشد (۱). مطالعات متعددی به ارزیابی وضعیت ارجاع در برنامه پزشکی خانواده پرداخته‌اند. نتایج حاصل از این مطالعات را میتوان به شکل زیر دسته‌بندی کرد:

الف) ارزیابی ارجاع؛

ب) الگوی ارجاع؛

پ) حجم ارجاع؛

ج) فواید ارجاع؛

چ) متخصصان مرجع الیه؛

ح) مشکلات ارجاع؛

خ) ملزومات ارجاع.

در ادامه نتایج مربوط به مطالعات مرتبط با هر دسته ارائه شده است.

## نتایج

### الف) ارزیابی ارجاع

۱. در یک مطالعه به ترجمه، بومی سازی و بررسی روایی و پایایی ابزار ارزیابی نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در ایران پرداخته شده است. در این مطالعه نسخه انگلیسی ابزار -Referral Systems Assess-ment and Monitoring به فارسی روان برگردانده شد. این ابزار شامل ابعاد زیر است؛ مشخصات کلی سازمان یا واحد ارائه خدمت (۱۵ سوال)، ویژگی‌های شبکه ارجاع (۱۰ سوال)، پایش سیستم ارجاع (۲۲ سوال)، فرآیند سیستم ارجاع (۲۶ سوال)، توصیه‌های پاسخ دهندگان (۲ سوال). این پرسشنامه از طریق ارتباط با نویسندگان مقاله قابل دسترسی است (۲).

۲. در یک مطالعه به ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در استان‌های گلستان، مازندران و گیلان در سال ۱۳۹۱ پرداخته شده است. این مطالعه از طریق پرسشنامه و سوال از بیماران که از طریق ارجاع به سطح ۲ مراجعه کرده بودند انجام شد. نتایج نشان داد که حدود ۳۳٪ از بیماران فرم ارجاع را از

خانه‌های بهداشت به همراه داشتند. ۳۱٪ از موارد ارجاع بنا به تشخیص و خواست پزشکان خانواده بود و در حدود ۱۷٪ موارد در انتخاب پزشک متخصص نقش داشتند. در ۱۶٪ موارد پزشکان متخصص نتایج ویزیت را در قالب پسخوراند به پزشک خانواده ارائه کرده بودند. حدود ۱۵/۵٪ بیماران بعد از دریافت خدمات سطح ۲ به سطح اول بازگشتند (۳).

۳. در این مطالعه به ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در ۵ شهرستان تهران پرداخته شده است. این مطالعه از طریق پرسشنامه و سوال از بیمارانی که از طریق ارجاع به سطح ۲ مراجعه کرده بودند انجام شد. نتایج نشان داد که حدود ۳۵٪ از بیماران فرم ارجاع را از خانه‌های بهداشت به همراه داشتند. ۶۵٪ از موارد ارجاع بنا به تشخیص و خواست پزشکان خانواده بود و در حدود ۲۸٪ موارد در انتخاب پزشک متخصص نقش داشتند. در ۳۰٪ موارد پزشکان متخصص نتایج ویزیت را در قالب پسخوراند به پزشک خانواده ارائه کرده بودند. حدود ۲۵/۳٪ بیماران بعد از دریافت خدمات سطح ۲ به سطح اول بازگشتند (۴).

۴. در این مطالعه به ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در شاهرود پرداخته شده است. این مطالعه از طریق پرسشنامه و سوال از بیماران ارجاعی انجام شد. در ۵۶٪ از بیماران ضرورت ارجاع با تشخیص پزشک خانواده و در ۴۳٪ به درخواست بیمار انجام شده و نیز انتخاب پزشک سطح ۲ در ۶۶٪ از موارد توسط بیمار و در ۳۴٪ توسط پزشک خانواده صورت گرفته بود. محل ارجاع ۵۳٪ از بیماران در سطح ۲ مطب و کلینیک‌های خصوصی بود. یک سوم بیماران از خانه بهداشت ارجاع شده و حدود یک پنجم ارجاعات منجر به بستری بیمار شده بود. ارسال رونوشت ارجاع از پزشک خانواده به خانه بهداشت فقط در ۱۲/۵٪ از موارد وجود داشت. پزشکان متخصص داخلی با ۱۶٪، بیشترین پذیرش بیماران ارجاعی از سطح اول را داشتند. کیفیت پسخوراند، فقط در ۸/۴٪ از بیماران مطلوب بود. بین محل ارجاع بیماران در سطح ۲ و پسخوراند، رابطه معنی دار مشاهده شد (۵).

۵. در این مطالعه کیفی ابزارگردآوری داده‌ها پرسشنامه دو بخشی پژوهشگر ساخته بود که به بررسی نظام ارجاع در کاشان پرداخته بود. نتایج نشان داد که میزان آگاهی و فرهنگ جمعیت تحت پوشش نامطلوب است. میزان دانش و مهارت و مسئولیت پذیری کارکنان سلامت مطلوب است. همکاری پزشکان متخصص مستقر در سطح دو برنامه پزشک خانواده نامطلوب، امکانات و تسهیلات برنامه پزشک خانواده مطلوب، وضعیت کلی ارجاع به سطح دو نامطلوب ارزیابی شد (۶).

۶. این مطالعه با هدف بررسی عملکرد سیستم ارجاع در برنامه پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی جیرفت با استفاده از بازبینی و پرسشنامه انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که ۲۶٪ بیماران فرم ارجاع از خانه بهداشت داشتند. تنها ۵۶/۴٪ افراد به دلیل تشخیص پزشک خانواده به مراکز مراجعه کرده‌اند. در ۳۴٪ موارد، متخصصان نتایج ارزیابی خود را در قالب بازخورد نوشتند (۷).

۷. در این مطالعه که با استفاده از پرسشنامه انجام شده است میزان رضایت پزشکان خانواده از میزان همکاری سطح دو از نحوه پذیرش به موقع بیماران ارجاع داده شده و ارائه خدمات مورد نیاز به صورتی بود که ۲۱٪ زیاد و خیلی زیاد، ۴۵٪ متوسط و ۳۴٪ کم و خیلی کم عنوان شده بود (۸).

۸. در این پژوهش توصیفی به تعیین عوامل مؤثر بر تحقق فرآیند نظام ارجاع از دیدگاه مراجعان به بیمارستان‌های دولتی شهر اصفهان پرداخته شده است. نتایج نشان داد که آگاهی و رضایت در جوامع شهری و انگیزه در روستاها در سطح بالاتری قرار دارد (۹).
۹. در این مطالعه به بررسی کیفیت معرفی نامه‌های نوشته شده توسط پزشکان عمومی به متخصصان زنان و قلب پرداخته است. در این مطالعه ۴۰۰ معرفی نامه از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و داده‌ها با استفاده از ابزاری که توسط گروه پزشکی خانواده در دانشگاه مانیتوبا، کانادا طراحی شده بود، جمع آوری شد. نتایج نشان داد ارجاع به متخصص زنان در مقایسه با موارد ارجاع شده به متخصص قلب کیفیت بهتری را نشان داد و خوانایی نامه‌های معرفی ۷۳٪ بود. در این مطالعه توصیه شده است که ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید برای نوشتن نامه‌های معرفی مناسب آموزش ببینند (۱۰).
۱۰. در این مطالعه دو متخصص اتولوژیست، نامه‌های ارجاعی نوشته شده توسط پزشکان عمومی یا پزشکان مراقبت اولیه راکه به عنوان پزشک خانواده کار می‌کنند، ارزیابی کردند. از آنها خواسته شد تا در مورد متغیرهای مختلف مربوط به کیفیت نامه‌های معرفی و مناسب بودن آنها ارزیابی مستقلی انجام دهند. در مجموع ۱۰۰۰ نامه ارجاع نوشته شده توسط ۶۵۲ پزشک مراقبت‌های اولیه در مطالعه حاضر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج به دست آمده حاکی از آن بود که ۷۴٪ از معرفی نامه‌های گوش شناس حاوی اطلاعات ناکافی در مورد موارد مختلف در معرفی نامه‌ها بود. علائم، تشخیص و نشانه‌ها به ترتیب تنها در ۲۸،۳٪، ۲۸،۹٪ و ۳،۶٪ از نامه‌ها گزارش شده است. یافته‌ها نشان داد که شایع‌ترین دلایل ارجاع، عدم اطمینان در تشخیص (۵۲،۴٪)، اصرار بیمار (۳۲،۶٪) و درمان ناموفق (۳۲٪) بود. با توجه به شرایط خاص مورد، بیشترین میزان مراجعه مربوط به اوتیت خارجی، اوتیت میانی همراه با افیوژن و اوتیت میانی حاد بود (۱۱).
۱۱. در این مطالعه نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده با معیار جامعیت مراقبت‌ها و با استفاده از داده‌های ۱۷ مرکز بهداشت شهرستان گرگان ارزیابی شد. یافته‌ها نشان داد در روند ماهانه، به ازای ۱۰٪ افزایش در تعداد پزشک خانواده نقض نظام ارجاع ۴/۳٪ کاهش یافت. در مقابل اثر افزایش ۱۰ درصدی در تعداد پرستار و ماما و خدمات آزمایشگاه تشخیصی ناچیز بود (۱۲).
۱۲. این مطالعه با استفاده از پرسشنامه به بررسی عوامل روانشناختی تبیین‌کننده رفتار ارجاعی پزشکان خانواده پرداخته است. ۱۷۴ پزشک خانواده شاغل در مراکز مراقبت اولیه در دو استان کشور پرسشنامه را تکمیل کردند. یافته‌ها نشان داد که تصمیمات پزشکان خانواده برای کاهش میزان ارجاع بیماران به متخصصان به طور معناداری با دو متغیر مبتنی بر نظریه هنجارهای ذهنی (subjective norms) و کنترل رفتاری درک شده (perceived behavioral control) و نه با انگیزش مرتبط است. نتایج نشان داد که متغیرهای روان‌شناختی تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده می‌تواند نسبت قابل توجهی از اختلاف در تصمیمات پزشک خانواده برای کاهش میزان ارجاع بیماران مبتلا به بیماری‌های تنفسی به پزشکان متخصص را توضیح دهند. این تصمیمات در درجه اول تحت تأثیر ملاحظات هنجاری و کنترلی است (۱۳).

## ب) الگوی ارجاع

- در این مطالعه یک الگو برای نظام ارجاع (برای بیمه تأمین اجتماعی) پیشنهاد شده است. توضیح مربوط به الگو به این شکل است؛ الگوی نهایی شده سیر حرکت بیمار و اطلاعات در نظام ارجاع پیشنهادی را نمایش می‌دهد. بیمه شده‌ای که داوطلب ورود در نظام ارجاع است، به یکی از درمانگاه‌های نزدیک محل سکونت خود مراجعه می‌کند؛ سایر بیمه شدگان که در نظام ارجاع وارد نمی‌شوند، به بخش درمان غیرمستقیم مراجعه می‌کنند؛ بیمه شده‌ای که در نظام ارجاع ثبت نام کرده، مجاز نیست به بخش درمان غیرمستقیم مراجعه کند و در صورت مراجعه باید هزینه پردازد؛ سایر بیمه شدگان نیز در صورت مراجعه به بخش درمان مستقیم (مراکز ملکی سازمان)، باید هزینه پردازند؛ در مراکز ملکی برای هر خانواده بیمه شده، یک پزشک خانواده تعیین می‌شود؛ پزشک خانواده برای هر خانواده بیمه شده، پرونده سلامت خانوار تشکیل می‌دهد و اطلاعات لازم را طبق فرم‌های تعریف شده در آن وارد می‌کند؛ پزشک خانواده در تمام موارد، به شکایات درمانی بیمار رسیدگی می‌کند. در اغلب موارد خود به اقدامات تشخیصی یا درمانی مبادرت می‌ورزد و در موارد ضروری، بیمار را به پزشک متخصص یا فوق تخصص ارجاع می‌دهد. تمامی خدمات این بخش برای اعضای خانوار رایگان است؛ در برخی موارد نیز برحسب نیاز، ممکن است بیمار به بخش درمان غیرمستقیم ارجاع شود که در این صورت بیمار هزینه‌ای نمی‌پردازد؛ در تمام موارد ارجاع، پزشک معالج بازخورد اقدامات انجام شده و نکات لازم را برای ثبت در پرونده سلامت، در اختیار پزشک خانواده می‌گذارد و در بخش درمان غیرمستقیم، بیمار در مراجعه به پزشکان، با پرداخت فرانشیز مقرر، محدودیتی ندارد (۱۴).
- این مطالعه به طراحی مدلی برای مدیریت نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده شهری ایران پرداخته است. در این مدل ضرایب تأثیر بر نظام ارجاع شامل ضریب تأثیر پرونده الکترونیک سلامت بر نظام ارجاع (به عنوان مهم‌ترین بعد)، ضریب پزشک خانواده، ضریب ساختار بیمه، ضریب سیاست‌گذاری در نظام سلامت، ضریب سرپرستی صحیح نظام سلامت، و خدمات بهداشتی پایه به ترتیب ۰/۸۷۷، ۰/۸۶۰، ۰/۸۰۴، ۰/۵۶۸ و ۰/۵۲۲ بوده است (۱۵).

## پ) حجم ارجاع

### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد**
۱	ارجاع به متخصصان	خوب
۲	میزان ارجاع	خوب
۳	متوسط ارجاع در استان مرکزی	متوسط تا خوب
۴	میانگین ارجاع به سطوح بالاتر	خوب

\*\* نمره عملکرد در این جدول بر اساس مقایسه میانگین ارجاع بدست آمده در مطالعه با محدوده تعیین شده در نسخه ۰۲ مشخص شده است.



۱. در این مطالعه داده‌ها به روش پرسشنامه از ۱۴۱ پزشک خانواده و ۷۱۰ نفر از بیماران در استان‌های فارس و مازندران جمع‌آوری شد. نتایج نشان داد که تعداد ارجاع در بین پزشکان خانواده دارای پراکندگی بسیار زیاد بوده است. در کل ۱۴٪ مراجعان به پزشکان خانواده منجر به ارجاع شد (۱۶).
۲. این مطالعه در ۷ مرکز بهداشتی درمانی روستایی تحت پوشش بردسکن خراسان رضوی به صورت تمام شماری انجام شد. در این مطالعه میزان ارجاع در ماه‌های مختلف سال‌های ۸۹ تا ۹۱ اندازه‌گیری شده است. نتایج نشان داد که میزان ارجاع در محدوده ۱۰٪ قرار دارد که منطبق بر دستورالعمل اجرای پزشکی خانواده و بیمه روستایی در سال ۹۰-۹۱ می‌باشد؛ اما میزان پسخوراند ارجاع که باید صد در صد باشد از ۳۰/۷٪ تا ۶۶/۸٪ متغیر بود (۱۷).
۳. این مطالعه به بررسی وضعیت هر یک از مراکز بهداشت شهرستان‌های تابعه استان مرکزی از نظر وضعیت ارجاع بیماران از سطح اول به سطح تخصصی پرداخته است. درصد ارجاعات هر شهرستان با توجه به متوسط ماهانه ویزیت و ارجاع انجام شده، محاسبه شده است. بر اساس دستورالعمل کشوری برنامه پزشکی خانواده، مقدار استاندارد ارجاع، حد ۱۰٪ در نظر گرفته شد. نتایج نشان داد شهرستان‌های آشتیان، ساوه، نقرش، کمیجان و خمین، در حد انتظار ارجاع قرار داشتند. این در حالی است که شهرستان‌های اراک، شازند، زرنديه، دلیجان و محلات دارای ارجاع بیش از حد انتظار بودند که در این میان ارجاع به سطح تخصصی در محلات بیش از سایر شهرستان‌ها بود (۱۸).
۴. در این مطالعه توصیفی - موردی که در شهرستان‌های تحت پوشش در کرمان انجام شد ارجاع به متخصص در سال‌های ۱۳۷۸، ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ به ترتیب ۹/۳۵، ۸/۵۵ و ۹/۳۸٪ برآورد شد (۱۹).

### ج) متخصصان مرجع الیه

۱. در این مطالعه داده‌ها به روش پرسشنامه از ۱۴۱ پزشک خانواده و ۷۱۰ نفر از بیماران در استان‌های فارس و مازندران جمع‌آوری شد. نتایج نشان داد که تعداد ارجاع در بین پزشکان خانواده دارای پراکندگی بسیار زیاد بوده است. ارجاع بیمار به متخصصان زنان و زایمان، داخلی و اطفال دارای بیشترین مقدار و به آنکولوژیست دارای کمترین مقدار بوده است (۱۶).

### چ) فواید/ منافع ارجاع

۱. این پژوهش کیفی از طریق مصاحبه با کارشناسان خبره، پزشکان خانواده، مدیران اجرایی و کارشناسان شاغل در بخش بیمه و دریافت کنندگان خدمت انجام شده است. در این مطالعه به نقاط قوت، نقاط ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای نظام ارجاع پرداخته شده است. نقاط قوت شامل کاهش هزینه‌ها، دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی درمانی، ارائه خدمات به صورت سطح‌بندی تکاملی، ارتقای سطح سلامتی است. فرصت‌های نظام ارجاع شامل: اهمیت سلامت و مراقبت‌های بهداشتی در نزد رهبری و مجلس، حضور فعال بخش خصوصی، مردم با سواد، همکاری سازمان‌های بیمه‌گر است (۲۰).

## ح) مشکلات ارجاع

۱. در یک مطالعه کیفی انجام شده عدم ارائه پسخوراند و ارجاع معکوس بعنوان مشکلات موجود در رابطه با ارجاع شناخته شدند. در این مطالعه، در رابطه با عدم ارائه پسخوراند عنوان شده است که کمابیش همه مصاحبه شونده‌گان، عدم ارسال پسخوراند از پزشکان متخصص و اورژانس بیمارستان‌ها را مهمترین مشکل در به کارگیری صحیح سیستم ارجاع بیان کرده‌اند و اکثر پزشکان خانواده از وضعیت ارسال پسخوراند ابراز نارضایتی کرده بودند این موضوع سبب شده است که پزشکان خانواده از وضعیت بیماران اعزامی خود خبر نداشته و گاهی از روش‌های غیر معمول به کسب اطلاعات در رابطه با وضعیت آن‌ها بپردازند. در رابطه با ارجاع معکوس نیز عنوان شده است که بیمار ابتدا برای دریافت خدمات به ارائه‌کنندگان خدمات در سطوح بالاتر مراجعه و مورد پذیرش قرار می‌گیرد و تنها برای بهره‌مندی از مزیت‌های مالی نظام ارجاع به پزشک خانواده مراجعه و درخواست ارجاع به ارائه‌کننده خدمات در سطح بالاتر را می‌کند. موضوعی که گویا پزشکان خانواده مصاحبه شده را با مشکل مواجهه کرده و در عمل برخورد منطقی با آن را سخت کرده است. چرا که تسلیم در مقابل خواسته بیمار، از اصل، نظام ارجاع را دچار خدشه می‌کند و مقاومت در مقابل آن ممکن است مفهوم مقابله را در ذهن بیماران تداعی کند؛ لذا برخی از مصاحبه شونده‌گان مقاومت در مقابل درخواست بیمار را در این مرحله از فرآیند دریافت خدمت به لحاظ تأثیر نامطلوب روی بیماران به صلاح نمی‌دانستند و آن را به عنوان کمک و همکاری با بیمار انجام می‌دادند (۲۱).

۲. این پژوهش کیفی از طریق مصاحبه با کارشناسان خیره، پزشکان خانواده، مدیران اجرایی و کارشناسان شاغل در بخش بیمه و دریافت‌کنندگان خدمت انجام شده است. در این مطالعه به نقاط قوت، نقاط ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای نظام ارجاع پرداخته شده است. نقاط ضعف نظام ارجاع نیز شامل: عدم اطلاع / فرهنگ مردم، مسائل مربوط به پزشکان، نظارت و ارزشیابی ضعیف، مسائل مرتبط با مدیریت، مسائل مرتبط با مکانیزم پرداخت، پرونده سلامت، پرداخت‌های بیمه‌ها، امکانات و تجهیزات ناکافی مراکز بهداشتی درمانی است. تهدیدهای نظام ارجاع شامل: نبودن هماهنگی و همسویی بین سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان، درمان محور بودن نظام سلامت و کم توجهی مردم به مراقبت‌های بهداشتی و رسوخ بیش خصوصی است (۲۰).

۳. در این مطالعه کیفی مشارکت‌کنندگان بر مشکل نظام ارجاع در برنامه تأکید داشتند. به طور مثال از نظر مشارکت‌کنندگان چالش بزرگ طرح پزشک خانواده این است که ما سیستم ارجاع را فقط در سطح اول داریم و در سطح دو ارجاع وجود ندارد و بیمار رها شده. نصف برنامه اجرا شده در دستورالعمل دیده شد ولی اجرا نشد. طرح شتاب زده و فرهنگ سازی نشده بود. در خصوص ارجاع معکوس و زمان حضور پزشک نیز مشکلاتی وجود داشت. بعد از ساعات کاری پزشک خانواده به خصوص در بخش دولتی سازوکاری طراحی نشده و مریض باید به مراکز معین برود؛ اما به علت همکاری نکردن بیمه در بحث تعرفه‌ها، شرایط درست برقرار نشده و مریض سرگردان می‌شود. بحث بعدی پزشک جایگزین در نظام ارجاع است که مشکل دارد. در خصوص بحث ارجاع و همکاری بیمارستان نیز مشکلاتی وجود دارد؛ بیمارستان نباید مریض را بدون برگ ارجاع ببیند و باید بین کسی که ارجاع دارد و کسی که ندارد فرق گذاشته شود. در خصوص مراجعه بیماران در ساعات غیر اداری نیز مشکلاتی وجود دارد؛ اورژانس جای مراجعه بیماران غیر اورژانسی نیست، چطور می‌شود خدمات سطح یک را ارائه کرد. برنامه ارجاع مشخص نیست و خیلی از پزشکان متخصص ارجاع قبول نمیکنند (۲۲).

۴. در این مطالعه کیفی مصاحبه عمیق با ۲۶ نفر از افراد مطلع کلیدی انجام شد. در این مطالعه اذعان شده است که مراجعات مکرر و غیرضروری به پزشکان به خصوص سطوح تخصصی که ناشی از نبود قوانین محدودکننده مراجعات می‌باشد علاوه بر هدر رفت منابع حوزه سلامت، مشکلاتی هم برای ارائه خدمات به نیازمندان واقعی خدمات ایجاد می‌کند: «مردم برای هر کار ساده‌ای خارج از مسیر ارجاع و بدون هیچ مانعی در دفعات متعدد به مطب متخصصان و یا فوق تخصصان مراجعه می‌کنند بدون اینکه محدودیتی در پذیرش این‌ها وجود داشته باشد» (۲۳).
۵. در این مطالعه کیفی به بررسی چالش‌های برنامه پزشک خانواده پرداخته شده است. در این مطالعه به ضعف نظام ارجاع پرداخته شده است که شامل: عدم رعایت ارجاع توسط مردم، کارکنان و پزشکان، عدم وجود بازخورد ارجاع و طولانی بودن مسیر ارجاع است (۲۴).
۶. در این مطالعه کیفی همکاری ضعیف سطوح ارجاع در خصوص پسخوراند بعنوان چالش طرح شناخته شده است (۲۵).
۷. در این مطالعه داده‌ها از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شد. بهبود و قانونمند شدن نظام ارجاع یکی از موارد مطرح شده در پرسشنامه بود که ۳۷ نفر از ۱۳۳۶ نفر شرکت‌کننده با آن موافق بودند؛ اما ۱۱۹ نفر از ۱۰۳۱ نفر به وجود مشکلات اجرایی در نظام ارجاع اشاره کرده بودند (۲۶).
۸. در این مطالعه کیفی اشاره شده است که در برقراری نظام ارجاع مشکلاتی وجود دارد. در مصاحبه‌های انجام شده عدم همکاری لازم بین پزشکان عمومی و پزشکان متخصص سطح دو، عدم ارائه بازخورد توسط متخصصان و تکمیل شدن درصد قابل توجهی از برگه‌های ارجاع توسط پزشکان خانواده به شکل غیر استاندارد و نامفهوم، تکمیل شدن برگه‌های ارجاع توسط افرادی به جز پزشک خانواده از مشکلات طرح عنوان شد (۲۷).
۹. این مطالعه با استفاده از پرسشنامه انجام شده است. میزان رضایت پزشکان خانواده از میزان همکاری سطح دو از نحوه پذیرش به موقع بیماران ارجاع داده شده و ارائه خدمات مورد نیاز به صورتی بود که ۲۱ درصد زیاد و خیلی زیاد، ۴۵٪ متوسط و ۳۴٪ کم و خیلی کم عنوان شده بود (۲۸).
۱۰. در این مطالعه کیفی موضوعات کلیدی، مشکلات و مسائل موجود در سطح ۲ ارجاع برنامه پزشک خانواده به شرح زیر استخراج شده است: موضوع ۱ شامل واحدها یا کارکنان سطح دو ارجاع است که شامل زیر موضوعات زیر است: ۱- ضعف پسخوراند ۲- همکاری ضعیف پزشکان متخصص طرف قرار داد ۳- رفتار نامناسب با افراد ارجاع شده ۴- آگاهی ناکافی کارکنان ارائه دهنده خدمات ۵- عدم رعایت ارجاع افقی توسط پزشکان متخصص ۶- عدم حضور برخی پزشکان متخصص مطابق برنامه تنظیم شده ۷- ناکافی بودن مدت زمان حضور پزشکان متخصص در درمانگاه تخصصی بیمارستان ۸- عدم ثبت کد ارجاع و تشخیص در برگه‌های درخواست آزمایش و رادیولوژی ۹- عدم اعتماد برخی پزشکان متخصص به ارائه خدمات در سطح یک. موضوع ۲ مربوط به واحدها یا کارکنان سطح ۱ ارجاع است که شامل: ۱- عدم تکمیل پرونده سلامت جمعیت تحت پوشش، ۲- تکمیل ناقص کادر ارجاع دفترچه بیمه توسط پزشکان خانواده، ۳- ضعف در فرهنگ سازی و اطلاع رسانی به جامعه ۴- ضعف کارکنان تیم پزشک خانواده در ارجاع به موقع و ضروری به رشته تخصصی مرتبط ۵- مشخص نکردن اقدامات انجام گرفته در سطح یک ارجاع. موضوع ۳ در رابطه

با مدیریت است که شامل: ۱- فقدان پزشکان متخصص مورد نیاز ۲- محدود بودن مراکز ارائه خدمات در سطح ۲ ارجاع ۳- پایین بودن تعرفه خدمات برای متخصصان سطح ۲ ارجاع ۴- آگاهی ناکافی مسئول سیاسی اجرایی شهرستانی و استانی از برنامه پزشکان خانواده و نظام ارجاع ۵- نبود الزام قانونی برای ارائه پسخوراند از سطح دو به یک. ۶- طولانی بودن مسیر ارجاع بیماران از سطح ۱ به سطوح تخصصی تر ۷- عدم ارائه خدمت به مراجعان تحت پوشش برنامه پزشک خانواده توسط بیمارستان‌های شهرستان‌های مجاور ۸- تأثیر نداشتن چگونگی عملکرد پزشکان متخصص سطح ۲ ارجاع در نظام پرداخت و تشویق آنان ۹- مشکلات مربوط به ارجاع مجدد یا معاینات دوره‌ای در سطح تخصصی ۱۰- ناکافی بودن و غیر اثربخش بودن نظارت‌های نهاد‌های مرتبط ۱۱- کمبود وسیله نقلیه ۱۲- وجود قوانین دست و پاگیر. موضوع ۴ در رابطه با مردم است که شامل: ۱- آگاهی ناکافی (پایین) مردم در خصوص ضوابط پزشک خانواده و بیمه روستایی ۲- مراجعه مستقیم مراجعان به سطح دو. ۳- مراجعه همراهان بیمار به پزشک خانواده ۴- مشکلات مربوط به ایاب و ذهاب بیماران ۵- مراجعه مکرر و غیر ضروری بیماران زن به پزشکان متخصص ۶- مشکلات اقامتی روستاییان در شهر تا هنگام ویزیت ۷- مشکلات مربوط به دسترسی روستاییان کوچ نشین (اقامت فصلی در مناطق مجری طرح پزشک) در ارجاع به سطوح تخصصی ۸- عدم استطاعت مالی بیماران برای مراجعه به سطوح بالاتر. (۲۹).

۱۱. در این مطالعه کیفی مهم‌ترین مشکلات از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان در چهار تم یا موضوع اصلی شامل نقش ارائه‌کنندگان خدمات سطوح بالاتر، نقش بیماران، نقش پزشکان خانواده و نقش سازمان‌های مجری و سازمان‌های نظارت‌کننده دسته‌بندی شد که با موضوعات فرعی شامل عدم ارائه پسخوراند، ارجاع معکوس، عدم آگاهی بیماران از دستورالعمل، عدم اعتماد بیماران به توانمندی پزشکان خانواده، مشکل مقاومت در مقابل درخواست بیماران، فشار سایر ذینفعان و ضمانت اجرایی دستورالعمل مرتبط بوده‌اند (۳۰).

۱۲. در این مطالعه که به صورت کیفی انجام شده است به تبیین چالش‌های اجرایی نظام ارجاع الکترونیک در استان گلستان پرداخته است. نتایج نشان داد که مهم‌ترین چالش‌های نوبت‌دهی شامل: کمبود وقت پزشکان خانواده، حضور نامنظم پزشکان متخصص، سخت بودن فرآیند نوبت‌گیری و ارجاع معکوس بودند. مهم‌ترین چالش‌های بار مراجعه و زمان انتظار شامل نبود ظرفیت پذیرش کافی بعد از لغو قرارداد بیمه سلامت با بخش خصوصی، تأخیر پزشکان برای حضور در درمانگاه، زمان طولانی برای رسیدن نوبت و تایپ پسخوراند بودند. مهم‌ترین چالش‌های ویزیت و تشخیص شامل: زمان کوتاه ویزیت، کیفیت بالاتر ویزیت پزشکان در بخش خصوصی و عدم وجود شیوه‌نامه‌های شفاف بودند. مهم‌ترین چالش‌های پسخوراند عدم تمایل و تعهد برخی متخصصان به ارائه پسخوراند، کیفیت پایین و قابل استفاده نبودن پسخوراند بودند (۳۱).

۱۳. در این مطالعه کیفی یکی از چالش‌های اجرای پزشکی خانواده در کرمان ضعف در زنجیره ارجاع شناخته شده است که شامل: عدم رعایت اصول نظام ارجاع توسط برخی بیماران، پزشکان خانواده و پزشکان متخصص، جریان ضعیف اطلاعات دو سویه بین پزشک متخصص و خانواده و توجیه نبودن مسئولان سیاسی است (۳۲).

۱۴. در این مطالعه کیفی که در استان گلستان انجام شده است عدم هماهنگی بین بخش‌های مختلف و نبود هماهنگی

لازم بین حوزه‌های مختلف در بحث نظام ارجاع یکی از چالش‌های این طرح عنوان شده است (۳۳).  
 ۱۵. در این مطالعه کیفی که با ارائه دهندگان و مراجعان مراکز بهداشت خانواده انجام شد یک تم «نظام ارجاع ناکارآمد» و پنج زیر تم، یعنی دور بودن از نظام ارجاع ایده‌آل، نبود نظام ارجاع دولتی کافی، عدم ارتباط سطوح مختلف نظام ارجاع، خودارجاعی و دور زدن نظام ارجاع و عدم دانش کافی در مورد سیستم ارجاع در رابطه با مشکلات نظام ارجاع استخراج شده است (۳۴).

### خ) الزامات ارجاع

۱. پژوهش حاضر به صورت پیمایشی و در قالب پرسشنامه محقق ساخته و بر اساس محتوای دستورالعمل پزشک خانواده و نظام ارجاع، در جامعه پزشکان عمومی استان خوزستان انجام شده است. در این مطالعه سه مولفه محتوای بسته خدمات، نیروی انسانی و فضای فیزیکی مورد نیاز سطح اول و همچنین نظام ارائه خدمات از لحاظ مناسب بودن سیاست و قابلیت اجرا، مورد بررسی قرار گرفته‌اند و در پایان نتیجه‌گیری شده است که در راستای اجرای نظام ارجاع، نیاز به ایجاد زیرساخت و اصلاحات در سایر بخش‌های سلامت از جمله نظام اطلاعات سلامت، تربیت نیروی انسانی ماهر و مرتبط، فرهنگ‌سازی در جامعه، دستورالعمل‌های مرتبط با نظام پرداخت و چگونگی ارائه خدمت ضروری به نظر می‌رسد (۳۵).
۲. این مطالعه با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته به تأثیر سیاست‌گذاری و ساختار بیمه در نظام سلامت بر نظام ارجاع پرداخته است. موارد زیر در این مطالعه مورد توجه قرار گرفته است: تعهد بیمارستان‌های بخش دولتی و خصوصی به نظام ارجاع پزشک خانواده، تعهد متخصصان و فوق تخصص‌های بخش دولتی و خصوصی به نظام ارجاع پزشک خانواده، تعهد پاراکلینیک‌های بخش دولتی و خصوصی به سیستم ارجاع پزشک خانواده، اعمال محدودیت برای ارجاع بیماران در مطب‌ها، وجود پاداش‌های بیمه‌ای برای پزشکان خانواده در صورت رعایت سیستم ارجاع، وجود پاداش‌های بیمه‌ای برای متخصصان در صورت رعایت سیستم ارجاع، وجود کسورات پرداختی برای پزشکان خانواده در صورت عدم رعایت سیستم ارجاع، وجود پاداش‌های بیمه‌ای برای فوق تخصص‌ها در صورت رعایت سیستم ارجاع (۳۶).
۳. این مطالعه به صورت کیفی و مرور مستندات با هدف راهکارهایی برای بهبود فرآیند ارجاع ایرانی از دیدگاه شرکت کنندگان انجام شده است. تم‌های استخراج شده شامل: اصلاح نظام سلامت، اصلاح آموزش پزشکی، اصلاح روش پرداخت و فعالیت‌های فرهنگ‌سازی است. ساب‌تم‌ها شامل: ۱- بهبود سیاست‌ها و استراتژی‌ها، برنامه‌ریزی برای تسهیل سیستم ارجاع، ۲- بازنگری و اصلاح نظام اطلاعات سلامت، ۳- توسعه دستورالعمل‌های مراقبت و ارجاع، ۴- اصلاح دوره پایه پزشکی، ۵- راه‌اندازی رشته تخصصی پزشک خانواده، ۶- آموزش پزشکان عمومی و متخصص، ۷- آموزش کارکنان، ۸- پرداخت‌های سلامت محور، ۹- آموزش همگانی (۳۷).

## بحث و نتیجه گیری

در این بخش نتایج حاصل از هر مبحث به طور خلاصه ارائه شده است.

- مطالعات متعددی به ارزیابی نظام ارجاع پرداخته بودند، در یک مطالعه به ترجمه و بومی سازی ابزاری پرداخته شده بود که به کمک آن میتوان به ارزیابی نظام ارجاع پرداخت. این ابزار به طور عمومی منتشر نشده است و دسترسی به آن از طریق مکاتبه با نویسنده مسئول مقاله امکانپذیر است. مطالعات دیگری به ارزیابی وضعیت ارجاع با بررسی «همراه داشتن فرم ارجاع، ارجاع بیمار با تشخیص پزشک خانواده، ارسال بازخورد ارجاع به سطح ۱ و موارد دیگر» در استان‌های شمالی، تهران، شاهرود، کاشان و جیرفت پرداخته بودند. این مطالعات وضعیت ارجاع را به طور کلی ضعیف تا متوسط ارزیابی کرده بودند. دو مطالعه به ارزیابی رضایت از ارجاع از دیدگاه پزشکان و از دیدگاه بیماران پرداخته بودند نتایج نشان داده بود که درصد بیشتری از پزشکان رضایت متوسطی از فرآیند ارجاع داشتند و رضایت بیماران در شهرها بیشتر از روستاها بود. دو مطالعه به بررسی معرفی نامه‌ها ارسال شده به پزشکان متخصص (زنان، قلب و اتولوژیست) پرداخته بودند، کیفیت معرفی نامه‌های از ضعیف تا خوب ارزیابی شده بود.
- در رابطه با الگوهای ارجاع، یک مطالعه به طراحی یک الگو برای نظام ارجاع پرداخته است که در آن سیر حرکت بیمار و اطلاعات در نظام ارجاع پیشنهادی ارائه شده است و یک مطالعه دیگر نیز به طراحی مدلی برای مدیریت نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده شهری ایران پرداخته است. اطلاعات کامل این دو مدل در مقالات (۱۴) و (۱۵) قابل دستیابی است.
- مطالعات متعددی به بررسی حجم ارجاع پرداخته‌اند. به طور متوسط میانگین ارجاع در شهرهای مختلف از ۸/۵۵٪ تا ۱۴٪ و بالاتر متغیر بود.
- در رابطه با ارجاع به متخصصان نتایج یک مطالعه نشان داد که ارجاع بیمار به متخصصان زنان و زایمان، داخلی و اطفال دارای بیشترین مقدار و به آنکولوژیست دارای کمترین مقدار بوده است.
- در رابطه با نقاط قوت و فرصت‌های نظام ارجاع یک مطالعه به تحلیل SOWT نظام ارجاع پرداخته است. در این مطالعه اشاره شده است که نقاط قوت شامل کاهش هزینه‌ها، دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی درمانی، ارائه خدمات به صورت سطح‌بندی تکاملی، ارتقای سطح سلامتی است. فرصت‌های نظام ارجاع شامل: اهمیت سلامت و مراقبت‌های بهداشتی در نزد رهبری و مجلس، حضور فعال بخش خصوصی، مردم با سواد و همکاری سازمان‌های بیمه‌گر است.
- در رابطه با نقاط ضعف و تهدیدها موارد متعددی بیان شده است که از مهمترین آن می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: عدم ارائه بازخورد به پزشکان خانواده، ارجاع معکوس، عدم اطلاع/ فرهنگ مردم، نظارت و ارزشیابی ضعیف، مسائل مرتبط با مدیریت، مسائل مرتبط با مکانیزم پرداخت، پرونده سلامت، پرداخت‌های بیمه‌ها، نبودن هماهنگی و همسویی بین سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان، درمان محور بودن نظام سلامت و کم توجهی مردم به مراقبت‌های بهداشتی، طرح شتاب زده و عدم فرهنگ سازی قبل از اجرا، مراجعه بیماران در ساعات غیر اداری، نبود قوانین محدودکننده مراجعات، عدم همکاری لازم

بین پزشکان عمومی و پزشکان متخصص سطح دو، تکمیل شدن برگه‌های ارجاع توسط افرادی به جز پزشک خانواده، رفتار نامناسب با افراد ارجاع شده، ناکافی بودن مدت زمان حضور پزشکان متخصص، عدم تکمیل پرونده سلامت جمعیت تحت پوشش، پایین بودن تعرفه خدمات برای متخصصان سطح ۲ ارجاع، آگاهی ناکافی مسؤلان سیاسی اجرایی شهرستانی و استانی، طولانی بودن مسیر ارجاع بیماران از سطح ۱ به سطوح تخصصی‌تر، عدم اعتماد بیماران به توانمندی پزشکان خانواده، عدم آگاهی بیماران از دستورالعمل و عدم هماهنگی بین بخش‌های مختلف و نبود هماهنگی لازم بین حوزه‌های مختلف.

- در رابطه با ملزومات ارجاع موارد متعددی بیان شده است که اجرای آنها می‌تواند به اجرای بهتر نظام ارجاع کمک کند. این موارد شامل: ایجاد زیرساخت و اصلاحات در سایر بخش‌های سلامت از جمله نظام اطلاعات سلامت، تربیت نیروی انسانی ماهر و مرتبط، فرهنگ‌سازی در جامعه، دستورالعمل‌های مرتبط با نظام پرداخت و چگونگی ارائه خدمت، تعهد بیمارستان‌های بخش دولتی و خصوصی به نظام ارجاع پزشک خانواده، تعهد متخصصان و فوق تخصص‌های بخش دولتی و خصوصی به سیستم ارجاع پزشک خانواده، تعهد پاراکلینیک‌های بخش دولتی و خصوصی به نظام ارجاع پزشک خانواده، اعمال محدودیت برای ارجاع بیماران در مطب‌ها، وجود پاداش‌های بیمه‌ای برای پزشکان خانواده در صورت رعایت سیستم ارجاع، وجود پاداش‌های بیمه‌ای برای متخصصان در صورت رعایت سیستم ارجاع، وجود پاداش‌های بیمه‌ای برای فوق تخصص‌ها در صورت رعایت سیستم ارجاع، بهبود سیاست‌ها و استراتژی‌ها برنامه‌ریزی برای تسهیل سیستم ارجاع، بازنگری و اصلاح نظام اطلاعات سلامت، توسعه دستورالعمل‌های مراقبت و ارجاع، اصلاح دوره پایه پزشکی، راه‌اندازی رشته تخصصی پزشک خانواده، آموزش پزشکان عمومی و متخصص، آموزش کارکنان، پرداخت‌های سلامت محور، آموزش همگانی می‌باشد.

## پیشنهادها

**\*\*** در مجموع به نظر می‌رسد موارد زیر از مطالعات بالا قابل استفاده باشد:

میانگین ارجاع در شهرهای تحت بررسی از ۸/۵ تا ۱۴٪ مشاهده شده است. این ارقام می‌تواند برای تعیین و پیش‌بینی تعداد پزشک متخصص مورد نیاز برای جمعیت‌های مشخص، کمک‌کننده باشد.

بار مراجعات به پزشکان متخصص در رشته‌های مختلف، متفاوت است. اگر چه این موضوع بدیهی به نظر می‌رسد؛ اما تفاوت‌های کمی تعیین شده در ارجاع به متخصصان مختلف، مانند موضوع مطرح شده در آیتم قبل، می‌تواند به تعیین تعداد پزشک متخصص مورد نیاز در جمعیت‌های مشخص کمک کند.

در فرآیند ارجاع، ارسال بارخورد از پزشکان متخصص به پزشکان خانواده قابل قبول نیست و باید برای رفع آن راهکارهایی در نظر گرفته شود.

الگوهای ارائه شده در صورت اصلاح و یا تکمیل در کنار سایر الگوهای پیشنهادی برای اجرای پزشکی خانواده در ایران می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

از چالش‌های مطرح شده و ملزومات ارجاع در مطالعات مختلف می‌توان برای اصلاح و بهبود وضعیت کنونی بهره برد.

۱. اجتماعی وبدوآپ-وتکور. پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه ۲۰۱۳۹۱.
۲. روحانی ص، مومنی راهکلاء ق، نصراله پورشیروانی س. ترجمه، بومی سازی و بررسی روایی و پایایی ابزار ارزیابی نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در ایران. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه). ۱۳۹۸؛ ۲۹(۱۷۹)۱۲۱۴#(g۰۰):-.
3. Nasrollahpour Shirvani SD, Mikaniki E, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Jafari N, Tahmasbi B, et al. Evaluation of the referral system situation in family physician program in Northern provinces of Iran: 2012-2013. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2014;27-35:(109)24.
۴. پورشیروانی سن، رئیسی پ، مطلق م، کبیر ممج، امیری ح. ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی ایران: ۱۳۸۷. مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم. ۲۰۱۰؛ ۱۳(۱):۱۹-.
۵. چمن ر، امیری م، راعی م. طرح ملی پزشک خانواده و کیفیت نظام ارجاع. مجله پایش. ۲۰۱۲؛ ۱۱(۶):۷۸۵-.
۶. پوران، متقی م، نوابی ن. عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال های ۹۰-۱۳۸۵. نشریه مدیریت ارتقای سلامت. ۲۰۱۴؛ ۳(۳):۵۸-۶۸.
7. Dehnavieh R, Movahed E, Rahimi H, Zareipour MA, Jadgal KM, Alizadeh S, et al. Evaluation of the referral system in Iran's rural family physician program: a study of Jiroft University of Medical Sciences. Electronic physician. 2017;4225-30:(4)9.
۸. مطلق ما، پورشیروانی سن، امیری ح، کبیر ممج، منفرد عش، جوی آن. رضایت پزشکان خانواده از عوامل موثر بر پویاسازی طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در دانشگاه های علوم پزشکی. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان. ۲۰۱۱؛ ۱۹(۷۶):۴۸-.
9. Shams A, Ashrafi-rizzi H, Afrough S, Javadi M, Shams A. A survey on clients' opinions in Isfahan's public hospitals about effective factors in the fulfillment of referral system. Acta Informatica Medica. 2013;51-5:(1)21.
10. Janati A, Amini A, Adham D, Naseriasl M. Assessing the quality of referral letters written by general practitioners: a cross-sectional study in rural Iran. Cad Saude Publica. 2017;233(3):e00043016.
11. Faramarzi M, Shishegar M, Sabz GA, Roosta S, Askarian M. Quality of Referral Letters Written by Family Physicians to Otolologists-A Peer Assessment. Iranian journal of otorhinolaryngology. 2019;369:(107)31.
۱۲. کاظمیان م، کاویان تلوری ف. ارزیابی دسترسی به مراقبت ها در برنامه پزشک خانواده با رویکرد جامعیت مراقبت ها. مدیریت اطلاعات سلامت. ۱۳۹۵؛ ۱۳(۴):-.
13. Mohaghegh B, Seyedin H, Rashidian A, Ravaghi H, Khalesi N, Kazemini H. Psychological factors explaining the referral behavior of Iranian family physicians. Iranian Red Crescent medical journal. 2014;16(4):.



۱۴. فردوسی م، خواه سو، خالصی ن، آذر فحف، ایوبیان ع. طراحی الگوی مدیریت نظام ارجاع برای درمان مستقیم در سازمان تأمین اجتماعی. مجله طب نظامی. ۱۳۹۰؛۲۰(۲):۱۲۹-.
15. Tavakoli F, Nasiripour AA, Riahi L, Mahmoudi M. Design of a model for management of referral system in the Iranian urban family physician program. Iranian Journal of Public Health. 2020؛49(11):2144-51.
۱۶. کوه پیمای جهرمی و، دهنویه ر، مهرالحسنی م. ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری در ایران با استفاده از ابزار ارزیابی مراقبت‌های اولیه. مجله اپیدمیولوژی ایران. ۱۳۹۶؛۱۳(۵) (ویژه نامه مبانی، رویکردها و عملکرد نظام سلامت ایران) #۲۵۴۴(m۰۰):-.
۱۷. ابراهیمی پور ح، حسینی سا، محمودیان پ، وفایی نجارع، زمردی نیت ه، امامیان ح، et al. ارزیابی عملکرد تیم پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان بردسکن طی سالهای ۹۱-۸۸. بیهق. ۱۳۹۴؛۲۰(۲) (پی در پی ۳۳):-.
۱۸. عشرتی ب، حسینی سش، فراهانی م، عظیمی مس، زمانیان م. ارزیابی وضعیت ارجاع سطح ۱ به ۲ برنامه پزشک خانواده با استفاده از نمودار کیفی در استان مرکزی در سال ۱۳۹۰. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک. ۲۰۱۳؛۱۶(۴):۴۵-.
۱۹. وحیدرضا برهانی ن، محمد حسین پورا، حیدرن، عابدین ا، راحله ت، مرضیه حسنی ک. رضایت‌مندی مراجعین از برنامه پزشک خانواده در شهرستان کرمان در سال ۱۳۸۹. بهداشت و توسعه. ۱۳۹۴؛ سال چهارم(۱):۱-۹.
۲۰. مختاری خصزج، عابدی ق، مروی ا. تحلیلی بر نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری، با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان: یک مطالعه کیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۲۰۱۸؛۲۸(۱۶۱):۷۵-۸۷.
۲۱. صمد ر، محمد ب. تجربه پزشکان خانواده روستایی درباره ارجاع بیماران و راه‌های بهبود آن (یک مطالعه کیفی). دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۱۳۹۴؛ سال بیست و پنجم(۱۳۱):۱-۱۳.
۲۲. عابدی ق، مروی ا، سلطانی کنتایی ا، عابدینی ا، اسدی علی آبادی م، صفی زاده چم مختاری خ، et al. تحلیلی بر استقرار برنامه پزشک خانواده شهری با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان: یک مطالعه کیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه). ۱۳۹۶؛۲۷(۱۵۵) #۲۲(L۰۰):-.
۲۳. شیرجنگ ا، محفوظ پور س، مسعوداصل ا، دشمن گیر ل. چالش‌ها و راهکارهای اجرای پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه کیفی. تصویر سلامت. ۱۳۹۹؛۱۱(۱) #۱۰۸۹۸(m۰۰):-.
۲۴. محمدی بلبان آباد ج، محمدی بلبان آباد ا، ولیبی س، اسماعیل نسب ن، بیدارپور ف، مرادی ق. چالش‌ها و موانع برنامه پزشک خانواده روستایی از دیدگاه ذی‌نفعان در استان کردستان: مطالعه کیفی. مجله اپیدمیولوژی ایران. ۱۳۹۸؛۱۵(۱) #۱۵۸(d۰۰):-.
۲۵. یاردکانی عت، حسینی س، ای نا، میرزایی س. درک، آگاهی و انتظارات مردم و پزشکان از اجرای طرح پزشک خانواده: مطالعه موردی شهر شیراز. مجله سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. ۲۰۱۵؛۳۳(۲):۱۴۷-.

۲۶. محمدجواد ک، حسن اشرفیان ا، رضا م، رسول ظ، زهرا حسن ز، سیدداود نصلط پور. دستاوردها و چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران: دیدگاه مدیران و مجریان. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت. ۱۳۹۸؛ سال ۱۴۸: ۴-۵۹.
۲۷. بهزاد د، عباس وثوق م، نرگس رستمی گ، محمد جواد ک. ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان‌های فارس و مازندران: پیشینه، دستاوردها، چالش‌ها و راه حل‌ها. دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. سال چهاردهم: ۱۷-۳۸.
۲۸. اکرم ب، فاطمه ق، اکرم م، سید شهریار ح، محسن ش. عوامل موثر بر پویاسازی برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان شاغل در برنامه: یک مطالعه کیفی. دانشور پزشکی. ۱۳۹۴؛ سال بیست و دوم (۱۱۷): ۳۹-۴۸.
۲۹. زاده عاگ، زاده مم، امیراسماعیلی م، آهنگر ن. چالش‌های سطح دوم ارجاع در برنامه پزشک خانواده: پژوهش کیفی. مجله سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. ۲۰۱۲؛ ۲۹(۴): ۳۰۹-.
30. Rouhani S, Bagher M. Experience of family physicians in rural areas regarding referral system and improving it (A qualitative study). Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2015; 25(131):1-13.
۳۱. کبیر م، حیدری ع، هنرور م، خطیرنامنی ز، بدخشان ع، رفیعی ن، et al. چالش‌های اجرایی نظام ارجاع الکترونیک استان گلستان: یک مطالعه کیفی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۲۰۲۱؛ ۱۹(۲): ۱۵۷-۷۲.
۳۲. مهرالحسنی م، سیریزی مج، پورحسینی س، آبادی ویف. چالش‌های اجرای سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان کرمان: یک مطالعه کیفی. فصلنامه بهداشت و توسعه. ۲۰۱۲؛ ۲۰(۳): ۱۹۳-.
۳۳. کبیر م، حیدری ع، هنرور م، خطیرنامنی ز، بدخشان ع، رفیعی ن، et al. چالش‌های مدیریتی پیاده سازی نظام ارجاع الکترونیک بیمار؛ یک مطالعه کیفی. مجله پژوهش سلامت. ۲۰۲۱؛ ۶(۴): ۲۷۵-۸۶.
34. Eskandari M, Abbaszadeh A, Borhani F. Barriers of referral system to health care provision in rural societies in iran. Journal of caring sciences. 2013; 2(3):229-36.
۳۵. ظهیری م، محمدی ع، نجف پور ژ، مبینی زاده م، گودرزی ز. بررسی دیدگاه پزشکان عمومی در مورد سیاست‌های مندرج در دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری؛ استان خوزستان ۱۳۹۴. مدیریت بهداشت و درمان (نظام سلامت). ۱۳۹۶؛ ۸(۲) (پیاپی ۲۴): -.
۳۶. توکلی ف، نصیری پور ا، ریاحی ل، محمودی م. تاثیر سیاست گذاری و ساختار بیمه در نظام سلامت بر نظام ارجاع پزشک خانواده شهری ایران. مدیریت بهداشت و درمان (نظام سلامت). ۱۳۹۶؛ ۸(۳) (پیاپی ۲۵) #۰۶۶(a): -.
37. Naseriasl M, Janati A, Amini A, Adham D. Referral system in rural Iran: Improvement proposals. Cadernos de Saude Publica. 2018; 34(3):

# آموزش مستمر خدمت‌گران

## مقدمه

پزشک خانواده و گروه سلامت اولین سطح تماس مردم با نظام ارائه خدمات سلامت می‌باشد. خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان اولیه، تجویز دارو، درخواست انجام خدمات پاراکلینیک، درخواست مشاوره، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت، ارجاع و پیگیری بیماران، و اجرای برنامه‌های آموزشی برای ارتقای سلامت عمومی از عمده‌ترین وظایف پزشک خانواده و گروه سلامت است. این خدمات باید توسط پزشک خانواده و تیم وی در محدوده بسته خدمتی تعریف شده و با حفظ جامعیت و یکپارچگی به فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش ارائه شود. در واقع پزشک خانواده مسئولیت گروه سلامت را برعهده دارد همچنین مدیریت و ارائه خدمات سلامت، به عنوان یکی از مهم‌ترین اهداف برنامه پزشک خانواده نیز دیده شده است. برای ارائه خدمات مناسب، برنامه‌های آموزشی باید متناسب با نیاز جامعه به پزشک خانواده و گروه سلامت ارائه شود تا به ارتقاء سلامت کمک کند. برای اینکه محتوایی با کارایی بالا برای مهارت‌آموزی داشته باشیم؛ نخستین اصل این است که آن را بر مبنای اهداف برنامه‌هایی که ارائه دهنده خدمت موظف به اجرای آن است تنظیم کنیم. با این هدف آموزش در جهت پاسخ به نیازهای آنان یکی از اصلی‌ترین ابزارهای ارتقاء عملکرد نظام سلامت است؛ لذا در این عنصر به بررسی شواهد پژوهشی آموزش خدمت‌گران در طرح پزشک خانواده پرداخته شده است.

نتایج بررسی مستندات به دست آمده در ۷ آیتم دسته‌بندی شد و به تفصیل در زیر آورده شده است:

الف) روش‌های آموزش؛

ب) نیازهای آموزشی؛

ج) میزان نیاز آموزشی؛

د) آموزش مداوم؛

و) ارزشیابی مهارت‌های بالینی؛

هـ) چالش‌های آموزش؛

ی) فرصت‌های آموزش.

## نتایج

در ادامه نتایج هر یک از موارد بالا به تفصیل ارائه شده است.

### الف) روش‌های آموزش

۱. در یک مطالعه کارآزمایی میدانی مورد-شاهدی تعداد ۱۴۰ نفر پزشک عمومی متقاضی شرکت در اجرای برنامه پزشک خانواده در مناطق شهری بالای ۲۰ هزار نفر استان اصفهان، به صورت تصادفی در دو گروه ۷۰ نفره، انتخاب شدند. به گروه مورد، یک کتابچه (در مورد برنامه اصلاح نظام سلامت) ارائه شد؛ اما به گروه شاهد، هیچ بسته آموزشی داده نشد. هر دو گروه، قبل و بعد از اجرای طرح، با استفاده از پرسشنامه‌ای خود ساخته از نظر دانش و نگرش نسبت به برنامه، تحت ارزیابی قرار گرفتند.

کتابچه (یا لوح فشرده) در ۷۰ صفحه، حاوی مطالب آموزشی در ۷ فصل بود که بر اساس آخرین مستندات منتشره تحت عنوان «سیاست‌های سازمان جهانی بهداشت برای سلامت برای همه در قرن ۲۱» و مطالب علمی مرتبط دیگر که امروزه سیاست‌گذاران اصلاح نظام‌های سلامت در جهان و همینطور کشور ما دنبال می‌کنند، به طور خلاصه آمده بود. فصل‌های این کتابچه عبارتند از: عیوب مشترک نظام‌های ارائه خدمات سلامت در کشورهای مختلف جهان، الزامات نظام‌های سلامت برای تحقق سلامت برای همه در قرن ۲۱، اهداف کلان نظام‌های سلامت، اهداف بینابینی یا عملکردی نظام‌های سلامت شامل: عدالت در سلامت، اثربخشی و کیفیت خدمات سلامت، الگوی نظام‌های سلامت در چند کشور پیشرفته غربی، بار بیماری‌ها در ایران و الزامات قانونی برای اصلاح نظام سلامت در کشور ایران و بعضی از ارکان اجرایی برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر کشور بودند. پرسشنامه سنجش دانش نسبت به اصلاح نظام سلامت، حاوی ۱۸ سؤال بود که شامل ۳۳ سؤال در ۶ زمینه اهداف سازمان جهانی بهداشت در امر سلامت، تجربه‌های بعضی کشورهای پیشرفته در اصلاح نظام سلامت (مبتنی بر طرح پزشک خانواده)، شاخص‌های عملکردی نظام سلامت (از نظر عدالت در دسترسی، اثربخشی و جنبه‌های کیفیت خدمات سلامت)، الگوهای نظام پرداخت و اهداف برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی ایران بود. سؤالات سنجش نگرش، تعداد ۱۸ سؤال بود که بر اساس مقیاس ۵ مرحله‌ای لیکرت، نمره‌گذاری شد و بالاترین نمره ۹۰ و پایین‌ترین نمره، ۱۸ بود.

سه ماه بعد از توزیع بسته آموزشی، میانگین نمره دانش در گروه مورد، به طور معنی‌داری افزایش یافت و از ۳۳/۶ به ۸۵/۱۳ رسید همچنین، میانگین نمره نگرش در گروه مورد، به طور معنی‌داری از ۵۲/۹ به مقدار ۶۶/۱۴ افزایش و نگرش شرکت‌کنندگان بهبود یافت (۱).

۲. یک مطالعه کیفی چهار مرحله‌ای با تکنیک گروه اسمی در سال ۲۰۱۸-۲۰۱۹ انجام شد. استانداردهای مورد نیاز مراکز آموزشی، درمانی و شیوه‌های آموزشی برتر در ابتدا از ادبیات مروری استخراج شد. پس از جمع‌آوری و ارائه یافته‌های کلیدی به پانل کارشناسان، استانداردهای آموزشی مورد نیاز و مدل استراتژیک بهینه برای آموزش دستیاران پزشکی خانواده در مراکز آموزشی درمانی‌ها توسط یک سیستم رتبه‌بندی ۹ امتیازی برای شرایط ساختار یافته منابع بومی اولویت‌بندی شدند.

مدل‌های یادگیری مبتنی بر مشکل، مبتنی بر وظیفه و مبتنی بر زمینه استراتژی‌های بهتری نسبت به یادگیری اکتشافی هدایت‌شده و آموزش گروهی کوچک برای آموزش دستیاران پزشکی خانواده در مراکز آموزشی درمانی‌ها بودند. همچنین مدل‌های یادگیری مبتنی بر مشکل و آموزش گروهی کوچک به‌عنوان بهترین و بدترین روش‌های پیشرفته آموزش پزشکی برای توانمندسازی دستیاران پزشکی خانواده رتبه‌بندی شدند (۲).

۳. این مطالعه برای ارزشیابی دوره آموزش مجازی برنامه پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شده است. این مطالعه یک مطالعه کیفی و کمی است. جامعه مورد مطالعه شامل تمامی پزشکان شرکت‌کننده ورودی بهمن ۸۸ در طرح پزشک خانواده (۵۲ نفر) در دانشگاه علوم پزشکی شیراز بودند که همه فرم‌های دستیابی به اهداف، مقایسه میزان یادگیری دروس، سنجش کیفیت CDها و سنجش محیط آموزشی را تکمیل کرده بودند.

برای ارزیابی کیفی دوره از استادان مدرس برنامه مصاحبه نیمه ساختارمند به عمل آمد و فرم‌های نظرسنجی باز توسط فراگیران تکمیل شد. سپس تم‌ها به روش کیفی استخراج شد. در نتایج حاصل از بررسی فرم‌های میزان یادگیری دروس، مشاهده شد که مدیریت سرپایی بیماری‌های بزرگسالان، مدیریت سرپایی بیماری‌های زنان باردار، مبانی اپیدمیولوژی و نظام سلامت در ایران و جهان، بیشترین میزان یادگیری را در بین شرکت‌کنندگان داشته است. نتایج حاصل از سنجش کیفیت CDهای آموزشی نشان داد که شرکت‌کنندگان در دسترس بودن و زمانبندی مناسب مطالب آموزشی را به عنوان نکات مثبت آن ذکر کرده‌اند. همچنین در بررسی محیط آموزشی برنامه، ثابت شد که شرکت‌کنندگان از ارائه مناسب مطالب برنامه و بیان مثال‌های روشن در طول دوره، بیش از موارد دیگر اظهار رضایت کرده‌اند. نتایج حاصل از برگزاری آزمون OSCE حاکی از آن بود که بیشترین میزان میانگین نمرات دانشجویان، مربوط به درس زنان و کمترین آن مربوط به درس اطفال بوده است.

در بررسی فرم‌های نظرسنجی باز از دانشجویان به روش کیفی، از مهمترین نقاط قوت برنامه می‌توان به هدفدار بودن مطالب درسی، احساس یادگیری فعال ضمن استفاده از CDها، تقویت اطلاعات پزشکی و مدیریتی فراگیران، آشنایی با نظام‌های بهداشتی، کاهش در هزینه‌های رفت و آمد، استفاده از زمان و کمک به توانمندسازی پزشکان و آموزش حین اشتغال، اشاره کرد. همچنین از معایب مهم برنامه، می‌توان به برگزاری امتحانات همه دروس در یک روز، حجم زیاد مطالب ارائه شده به نسبت واحد دروس و عدم امکان برقراری ارتباط آموزشی با استاد اشاره کرد (۳).

۴. مطالعه کیفی حاضر همراه با روش توافقی، طی سه جلسه بحث گروهی متمرکز با ۱۳ نفر از افراد کلیدی در سطح کشور برای پاسخ به دو سوال پژوهشی در مورد انتخاب مناسب‌ترین روش تربیت پزشک خانواده و معیارها انجام شد. ۱۳ آیت‌م در مورد عوامل کلیدی و مهم در انتخاب روش‌های ارائه پزشک خانواده در ایران شامل: ایجاد مهارت در فراگیران، ایجاد موقعیت و هویت اجتماعی، مورد تأیید سیاست‌گذاران نظام سلامت، مقرون به صرفه بودن قابل قبول، تناسب روش آموزشی با الگوی نظام سلامت، استفاده بهینه از قوانین موجود برای اجرا، ایجاد کمترین تغییر در وضعیت فعلی است. مقبولیت در جامعه، کیفیت علمی بالا در سطح ارائه خدمات، رضایت شغلی و پذیرش از دیدگاه فراگیران، تضمین کیفیت ارائه خدمات، امکان سنجی و سهولت روش تدریس می‌باشد.

شرکت‌کنندگان چهار روش و همچنین ۱۳ معیار را ذکر کردند. برنامه رزیدنتی پزشکی خانواده (Family Medicine Residency Program) با امتیاز ۹۳/۴ و برنامه Family physician bridging Pro-gram با امتیاز ۶۸،۳۸ به ترتیب به عنوان مناسب‌ترین روش‌های آموزشی برای پزشک خانواده برای دستیابی به چشم‌انداز اعلام شده EMRO تا سال ۲۰۳۰ انتخاب شدند (۴).

### ب) نیازهای آموزشی

۱. هدف مطالعه حاضر، تعیین و اولویت‌بندی نیازهای آموزشی این پزشکان در حیطه‌های وظایف ابلاغ شده به پزشک خانواده برای طراحی برنامه‌های توانمندسازی آنان بود. در این مطالعه ۵۰۷ نفر از جامعه هدف به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای شرکت کرده و پرسشنامه را به روش خودایفا تکمیل کردند. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه‌ی محقق ساخته و خودایفا شامل ۶۰ گویه (با مقیاس ۱ تا ۵) بود که نظر پزشکان عمومی داوطلب

در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع را در مورد شدت نیاز ایشان به آموزش در زمینه وظایف پزشکان در سه حیطه مصوب دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه ۰۲ می‌پرسید. این وظایف شامل خدمات‌ها و مراقبت‌هایی است که پزشک خانواده و گروه سلامت باید در سطح یک به افراد تحت پوشش خود ارائه دهند. این وظایف در حوزه‌های مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش، آموزش و ارتقای سلامت، مراقبت از جامعه تحت پوشش با اجرای بسته‌های خدمتی تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت، و مهارت‌های عملی و درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها تعریف شده است. از پزشکان خواسته شد که میزان نیاز آموزشی خود را به هر یک از این گویه‌ها مشخص کنند. مقیاس نمره‌دهی به هر گویه شامل نیاز آموزشی در حد خیلی کم ۱، کم ۲، متوسط ۳، زیاد ۴ و خیلی زیاد ۵ بود.

بیشترین میانگین نمره نیاز آموزشی این پزشکان در زمینه اقدامات اولیه در اورژانس‌های تنفسی ۳/۹۳ انجام CPR و لوله گذاری تراشه ۳/۹۳، مراقبت از بیماران مسموم ۳/۷۶، اختلالات شایع روانپزشکی ۳/۷۹ و سامانه خدمات سلامت ایرانیان ۳/۷۷ بود. کمترین میانگین نمره نیاز آموزشی مربوط به روش‌های پیشگیری از بارداری ۲/۹۹ مهارت‌های ارتباطی با بیمار و در محیط کار ۳/۰۶ اصول و مهارت‌های مشاوره تنظیم خانواده ۳/۱۶، مراقبت از بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن ۳/۲۴ و نحوه آموزش سلامت ۳/۲۴ بوده است (۵).

۲. در این مطالعه توصیفی-پیمایشی ۱۸۳ نفر از پزشکان عمومی (خانواده) شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان اصفهان مورد بررسی قرار گرفتند. پرسشنامه‌ای شامل دو قسمت اطلاعات دموگرافیک و ۹۱ عنوان در پنج حیطه شامل: آموزش سلامت، سلامت روان، سلامت دهان و دندان، سلامت خانواده و جمعیت، بهورزی، گسترش شبکه، با استفاده از عناوین به دست آمده از نظرسنجی، مرور متون، مطالعات داخلی و خارجی و دستورالعمل بیمه روستایی تکمیل و نیازها به ترتیب اولویت استخراج شد. با اهمیت‌ترین نیاز آموزشی پزشکان در حوزه‌های مختلف به ترتیب اولویت در حیطه‌های سلامت روان، سلامت خانواده و جمعیت، آموزش سلامت، سلامت دهان و دندان، گسترش شبکه و بهورزی است. اولویت اول در حیطه سلامت روان: دارودرمانی در روانپزشکی، در حیطه سلامت خانواده و جمعیت: عفونت مقاوم به درمان در زنان، در حیطه آموزش سلامت: اصول مشاوره، در حیطه سلامت دهان و دندان: آشنایی با کنترل رژیم غذایی برای سلامت دهان و دندان، در حیطه گسترش شبکه و بهورزی مدیریت بحران و آشنایی با شرح وظایف بهورز می‌باشد (۶).

۳. تعداد ۱۳۳ نفر پزشک شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستایی و تعداد ۱۸ نفر از مسئولان برنامه پزشک خانواده به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه ۵۰ سوالی محقق ساخته (مقیاس ۱ تا ۵) بوده است.

نتایج نشان داد، نیاز به آموزش مدیریت سلامت و ابعاد آن از نظر مسئولان به صورت معناداری بیشتر از پزشکان خانواده بود. نیاز به آموزش و ارتقای سلامت از نظر مسئولان به صورت معناداری بیشتر از پزشکان خانواده بود. در حیطه مراقبت هر دو گروه نیاز به آموزش در زمینه «شناخت و مراقبت بیماری‌های حاد اعصاب و روان»؛ «راه‌های درمان بیماری‌های پوستی» و «تأخیر رشد در کودکان» را لازم می‌دانستند. در حیطه درمان اولیه هر دو گروه نیاز به آموزش در زمینه احیای قلبی، ریوی و مغزی پیشرفته و مدیریت شوک را لازم می‌دانستند.

مطالعه نشان داد که مسئولان برنامه‌های آموزش مداوم دانشگاه توان علمی و عملی پزشکان متقاضی اشتغال در این مراکز را بهبود بخشیده تا منجر به ارتقا سطح سلامت جامعه و افزایش رضایت‌مندی گیرندگان خدمت شود (۷).

۴. در این مطالعه توصیفی- تحلیلی ۸۰ نفر از پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی- درمانی روستایی استان یزد در مورد نیازهای آموزشی مورد پرسش قرار گرفتند.

نظرات افراد مورد مطالعه در چهار محور ۱- آموزش‌ها (۲۰سوال)، ۲- مهارت‌ها (۲۰سوال)، ۳- موضوعات مدیریتی (۱۰سوال)، ۴- موضوعات اجرایی (۲۰سوال) مورد ارزیابی قرار گرفت.

پزشکان در مورد سرفصل‌های آموزشی درمان بیماری‌های مهم و یا شایع (مانند سالک، سل، تب مالت...) و شناخت مادران باردار با علائم ویژه و پرخطر بیشترین اطلاعات را داشته و در مورد شناسایی و کنترل بیماران مبتلا به معلولیت‌های ذهنی و جسمی و نیز عوامل زیان آور محیط کار کمترین اطلاعات را داشتند. پزشکان خانواده در مورد مهارت‌هایی مانند کلرسنجی و گذاشتن وسایل جلوگیری از بارداری بیشترین نیاز آموزشی را داشته و از طرفی در مورد مهارت‌هایی مانند بخیه زدن و سونداژ معدی نیاز آموزشی کمتری را ذکر کردند. پزشکان خانواده در مورد قانون ماده ۱۳ تخلفات بهداشتی و ضوابط بیمه‌ای که جزء دستورالعمل‌های اجرایی ضروری می‌باشد بیشترین نیاز آموزشی را ذکر کردند.

در مورد سرفصل‌های مدیریتی بیشترین نیاز پزشکان خانواده در مورد موضوعات مالی - اداری و نحوه توزیع کارانه می‌باشد (۸).

۵. این مطالعه مقطعی شامل: پزشکان خانواده شهری و مراقبان سلامت بودند که اطلاعات با پرسشنامه محقق ساخته شامل: ۲ بخش متغیرهای فردی با ۸ سوال باز و بسته و ۵۵ موضوع آموزشی برای پزشکان و ۴۹ موضوع برای مراقبان سلامت بوده است.

تعداد ۴۶۴ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. در بین پزشکان، ۲۶ نفر (۱۱٪) هیچ نیازی را برای آموزش اعلام نکردند و مابقی از حداقل یک موضوع تا حداکثر ۲۴ موضوع را به عنوان نیاز آموزشی اعلام کرد. میانگین تعداد موضوعات نیاز به آموزش ۷/۷ یا تقریباً ۷ موضوع بود. در بین مراقبان سلامت ۱۶ نفر (۷٪) هیچ نیازی را برای آموزش اعلام نکردند و در مقابل ۲۴ نفر (۱۰/۵٪) کل ۴۹ موضوع مورد بررسی را به عنوان نیاز آموزشی اعلام کردند میانگین تعداد موضوعات نیاز به آموزش ۲۴/۱ موضوع بود. این مطالعه نشان داد نیازهای آموزشی پزشکان کم و نیازهای آموزشی مراقبان سلامت زیاد می‌باشد. بیشترین نیاز آموزشی مراقبان سلامت شامل تفسیر سونوگرافی‌های معمول در بارداری و مداخلات متناسب، غربالگری ناهنجاری‌های جنینی، تهیه نوار قلب و قرائت و تفسیر آن و شناسایی و کنترل بیماران مبتلا به معلولیت ذهنی و جسمی می‌باشد. همچنین بیشترین نیاز آموزشی پزشکان خانواده شامل: بیماری‌های قلب و عروق و کنترل فشارخون بالا، پیشگیری و کنترل دیابت، بهداشت روان و دارو درمانی در روانپزشکی و احیای قلبی تنفسی بوده است (۹).

۶. این مطالعه نتایج یک نظرسنجی از ۵۳ پزشک مراقبت‌های اولیه شاغل در ایران را گزارش می‌دهد. از نظر مصرف مواد مخدر توسط بیماران، پزشکان مراقبت‌های اولیه معتقد بودند که بیشتر بیمارانی که مشکل

مصرف مواد دارند مرد هستند، زنان بیشترین احتمال مصرف دخانیات را دارند (۵۲٪)، تریاک (۳۲٪) و ماری جوانا/حشیش و جوانان به احتمال زیاد. برای استفاده از تنباکو ۵۲٪، الکل، ماری جوانا و هروئین. جوانان به احتمال زیاد از تنباکو، الکل، ماری جوانا و هروئین استفاده می‌کردند. مشاوره و چسب‌های نیکوتینی رایج‌ترین درمان‌هایی بودند که ارائه می‌شدند. اگرچه اکثریت (۵۵٪) ارجاع بیماران به خدمات دیگر را گزارش کردند، بیش از یک سوم این کار را نکردند. اکثر پزشکان مراقبت‌های اولیه علاقه‌مند به شرکت در آموزش‌های بیشتر در مورد مسائل سوء مصرف مواد هستند (۱۰).

۷. در این مطالعه مقطعی، دیدگاه ۴۵ پزشک عمومی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی فسا مورد بررسی قرار گرفت. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته با مقیاس ۱۰ درجه ای لیکرت و بازبینی با تکنیک دلفی انجام شد.

بیشترین اولویت آموزشی در زمینه سلامت روان و بهداشت محیط و حرفه‌ای کمترین اولویت بود. بر اساس نتایج این مطالعه، جنسیت، تاریخ فارغ‌التحصیلی، زمان همکاری و دانشگاه تحصیل کرده بر بیان نیازهای آموزشی تأثیری نداشت. بیشترین انطباق آموزشی با آموزش مداوم در حوزه بیماری‌ها (موضوع ۲۷٪، محتوا ۳۷٪) بود. در حوزه‌های محیطی و بهداشت حرفه‌ای و آموزش بهداشت رعایت صفر بود (۱۱).

### ج) میزان نیاز آموزشی

۱. هدف مطالعه حاضر، تعیین و اولویت‌بندی نیازهای آموزشی این پزشکان در حیطه‌های وظایف ابلاغ شده به پزشک خانواده برای طراحی برنامه‌های توانمندسازی آنان بود.

در این مطالعه ۵۰۷ نفر از جامعه هدف به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای شرکت کرده و پرسشنامه را به روش خودایفا تکمیل کردند. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه‌ی محقق ساخته و خودایفا شامل ۶۰ گویه (با مقیاس ۱ تا ۵) بود که نظر پزشکان عمومی داوطلب در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع را در مورد شدت نیاز ایشان به آموزش در زمینه وظایف پزشکان در سه حیطه‌ی مصوب دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه ۰۲ می‌پرسید. این وظایف شامل خدمات‌ها و مراقبت‌هایی است که پزشک خانواده و گروه سلامت باید در سطح یک به افراد تحت پوشش خود ارائه دهند. این وظایف در حوزه‌های مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش، آموزش و ارتقای سلامت، مراقبت از جامعه تحت پوشش با اجرای بسته‌های خدمتی تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت، و مهارت‌های عملی و درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها تعریف شده است. از پزشکان خواسته شد که میزان نیاز آموزشی خود را به هر یک از این گویه‌ها مشخص کنند. مقیاس نمره دهی به هر گویه شامل نیاز آموزشی در حد خیلی کم، ۱، کم، ۲، متوسط، ۳، زیاد، ۴ و خیلی زیاد ۵ بود. بیشترین میانگین نمره نیاز آموزشی این پزشکان در زمینه اقدامات اولیه در اورژانس‌های تنفسی ۹۳/۳ انجام CPR و لوله‌گذاری تراشه ۹۳/۳، مراقبت از بیماران مسموم ۷۶/۳، اختلالات شایع روانپزشکی ۷۹/۳ و سامانه خدمات سلامت ایرانیان ۷۷/۳ بود. کمترین میانگین نمره نیاز آموزشی مربوط به روش‌های پیشگیری از بارداری ۹۹/۲ مهارت‌های ارتباطی با بیمار و در محیط کار ۳۰/۶ اصول و مهارت‌های مشاوره تنظیم خانواده ۱۶/۳، مراقبت از بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن ۲۴/۳ و نحوه آموزش سلامت ۲۴/۳ بوده است (۵).



## د) آموزش مداوم

۱. وزارت بهداشت بسته آموزشی برنامه‌های رایج پزشک خانواده را به صورت الکترونیکی در سال‌های گذشته تهیه و در سطح پزشکان خانواده اجرا کرد. این مطالعه با هدف بررسی نظر پزشکان خانواده استان گیلان نسبت به این بسته آموزشی انجام شد.

در یک مطالعه مقطعی تمامی پزشکان خانواده استان گیلان که از این بسته آموزشی استفاده کرده بودند مورد پرسش واقع شدند. روش جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه ساختارمندی حاوی متغیرهای زمینه‌ای و ۱۸ سوال نگرش براساس درجه بندی لیکرت بوده است.

روش جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه ساختارمندی حاوی بخش‌های مختلف شامل: مشخصات فردی و کاری، چگونگی آشنایی با این برنامه، مشکلات شبکه، مشکلات محتوای منابع آموزشی، دسترسی به آنها در قالب ۱۸ سوال نگرش براساس درجه بندی لیکرت پنج نقطه‌ای با (درجه بندی ۱-۵) در دو بخش محتوای آموزشی و برنامه نرم افزاری و چهار سوال باز در مورد راهکارهای پیشنهادی و نقاط ضعف و قوت به روش دلفی بوده است. حداکثر امتیاز کسب شده در این مطالعه نگرشی ۹۰ و حداقل ۱۸ با حد مرز ۵۴ قرار داده شد.

نتایج نشان داد که ۹۶ نفر (۷۵/۷٪) نگرش مثبت و بقیه نگرش منفی نسبت به آموزش الکترونیکی داشته‌اند که ۲۶/۱٪ نگرش منفی از برنامه نرم افزاری و ۲۰٪ نگرش منفی نسبت به محتوای آموزشی برنامه بوده است. بیشترین مشکل برنامه ذکر شده توسط پزشکان عدم دسترسی به رایانه و اینترنت در مراکز بهداشتی، قطع مکرر تارنما، حجم زیاد مطالب و عدم تطابق با آزمون‌های پایانی، نبود ارتباط فعال، عدم امکان سوال در صورت برخورد با مشکل، سوالات تکراری در برنامه‌های مختلف عنوان شد. اکثریت پزشکان معتقد بودند که این برنامه باعث صرفه جویی در هزینه و وقت برای آنها شده است.

در این مطالعه اکثریت پزشکان خانواده نگرش مثبت نسبت به برنامه آموزش الکترونیک داشتند و تمامی پزشکان از جهت صرفه جویی در وقت و هزینه موافق آموزش به صورت الکترونیکی بودند؛ لذا توصیه می‌شود زیر ساخت‌های مناسب برای ارائه آن به صورت برخط همراه با غنی سازی محتوای آموزشی در تمامی شبکه‌های بهداشتی و درمانی انجام شود (۱۲).

## و) ارزشیابی مهارت‌های بالینی

۱. هدف این مطالعه مقطعی ارزیابی مهارت‌های بالینی پزشکان خانواده استان فارس با استفاده از آزمون بالینی مبتنی بر مشاهده می‌باشد. تعداد ۷۹ نفر پزشک خانواده انتخاب شدند و اطلاعات با پرسشنامه جمع‌آوری شد. روش جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ی پژوهشگر ساخته بود که در آن اطلاعات دموگرافیک، ۱۱ سؤال در زمینه بهداشت، ۸ سؤال در زمینه درمان در مجموع ۱۹ سؤال که اساس فعالیت پزشکان خانواده در بسته خدمتی پزشک خانواده بود، توسط استادان مربوطه مطرح شد. گویه‌های سؤالات بهداشتی شامل: استخراج شاخص‌های بهداشتی، توزین کودک و ارائه برنامه واکسیناسیون، تشخیص بیماری سل و درمان آن، ترویج تغذیه با شیر مادر، مراقبت از مادر باردار، تشخیص بیماری ایدز، تشخیص بیماری سالک، روش‌های اورژانس پیشگیری از بارداری، بررسی سوء تغذیه و منحنی رشد کودکان، پیشگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی و سیستم ارجاع در برنامه پزشک خانواده بود. گویه‌های سؤالات درمانی شامل: سکتة قلبی، نحوه

گذاشتن لوله NG، بیماری‌های اسهالی در کودکان، بیماری‌های لیگمان (رباط) و مینیک زانو، لوله‌گذاری داخل نای، بیماری آسم، مراقبت از بیماری که اقدام به خودکشی کرده و تروما به چشم بود که به هر سؤال بر اساس میزان پاسخ‌دهی پزشکان و قضاوت استادان نمره‌ای بین صفر تا ۱۰ تعلق می‌گرفت. محدوده نمره ایستگاه‌های بهداشتی (۱۱۰-) و محدوده نمره ایستگاه‌های درمانی (۸۰-) بود.

نتایج نشان داد نمره کل آزمون آسکی ۱۹۰ و نمره هر ایستگاه ۱۰ بود. میانگین نمره پزشکان ۱۱۳/۱۲ بود. حداکثر نمره کسب شده توسط پزشکان ۱۵۱/۲۵ و حداقل نمره ۵۵/۵ تعیین شد.

از بین ۱۹ ایستگاه میانگین نمره اخذ شده در ۱۱ ایستگاه بهداشتی ۵۸/۵۴ (از ۱۰۰ نمره) و میانگین نمره اخذ شده‌ی ۸ ایستگاه درمانی ۶۰/۹ (از ۹۰ نمره) می‌باشد. نمرات در ایستگاه‌های بهداشتی و درمانی، استاندارد شده‌اند. ایستگاه ۴ با موضوع تشخیص و درمان سل و ایستگاه ۱ با موضوع زیج حیاتی، به ترتیب دارای بالاترین ۸/۵۱ و کمترین ۰/۹ میانگین نمره اخذ شده توسط پزشکان بودند. در ایستگاه زیج حیاتی ۴۵٪ شرکت‌کنندگان نمره صفر دریافت کردند، که بیشترین نمره صفر متعلق به همین ایستگاه می‌باشد. در بین ایستگاه‌هایی که با مسائل حیاتی بیمار در ارتباط بودند، می‌توان به ایستگاه CPR با میانگین نمره ۶/۴۷، ایستگاه تشخیص و درمان آنفارکتوس قلبی با میانگین ۵/۵۸، درمان فرد مبتلا به حمله آسم با میانگین ۶/۶۴ اشاره کرد. در ایستگاه CPR، ۲۸٪ افراد نمره زیر ۴ گرفته‌اند.

یافته‌ها نشان داد که میزان مهارت‌های پزشکان عمومی در ارائه بسته خدمات بهداشتی درمانی پایین بوده است و نیاز به دخلات متعدد برای ارتقای مهارت‌های آنها می‌باشد (۱۳).

۲. هدف مطالعه مقطعی ارزشیابی سطح عملکرد پزشکان خانواده بوده است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات بازبینی‌ای شامل ابعاد وضعیت آموزش، ارائه خدمات سلامت، مدیریت عملکرد، مشارکت جامعه، و پرسشنامه‌ای در زمینه ارتباط با بیمار و مدیریت سلامت منطقه تحت پوشش بود. بعد آموزش شامل ۷ سوال بود که در قالب پاسخ‌های بسته بلی/خیر طراحی شده بود.

بعد آموزش از دیدگاه مدیران با میانگین ۷/۳۹ و از دیدگاه پزشکان خانواده با میانگین ۷/۳۳ در وضعیت مناسبی قرار داشت. اکثر پزشکان خانواده و مدیران مورد بررسی اظهار داشتند که پزشکان خانواده آموزش‌های لازم را دیده‌اند (۱۴).

۳. این مطالعه مقطعی بر روی ۲۵۵ فارغ‌التحصیل پزشک خانواده MPH انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها دو پرسشنامه محقق ساخته بود. کمابیش نیمی از شرکت‌کنندگان دوره را مناسب، ۱۴/۵٪ از آنها مدت دوره را کوتاه و ۲۸/۹٪ از آنها آن را طولانی دانستند و بین دیدگاه مدیران و پزشکان در این زمینه تفاوت معناداری وجود نداشت. از طرفی بین مدیران و پزشکان در متغیرهای مقرون به صرفه بودن، انگیزه شرکت در دوره، ضرورت ارائه پایان نامه، کاربردی بودن محتوا، قابل فهم بودن محتوای دوره و نیز تفاوت معناداری وجود داشت. مطلوبیت بار دوره بدین ترتیب درصد بیشتری از مدیران به ضرورت پایان‌نامه‌ها و وظایف و همچنین کاربردی بودن محتوا اذعان داشتند و درصد بیشتری از پزشکان به مقرون به صرفه بودن و انگیزه شرکت در دوره اشاره کردند (۱۵).

## ۵) چالش‌های آموزش

۱. مطالعه کیفی حاضر با هدف بررسی کیفی چالش‌های اجرای سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان کرمان انجام پذیرفت.

چالش‌های این سیاست به هفت مقوله اصلی شامل: مکانیزم‌های انگیزشی نامناسب، ضعف در اثربخشی آموزشی، ضعف در جامعیت دستورالعمل‌های اجرایی، ضعف در کفایت سرانه و تخصیص آن، کارآمدی پایین نظام مدیریت اطلاعات سلامت، نقص در زنجیره ارجاع و بسترسازی فرهنگی ناکافی تقسیم شد. یکی از تم‌های این پژوهش ضعف در اثربخشی آموزشی می‌باشد که شامل تم‌های فرعی عدم وجود دیدگاه جامعه‌نگر در نظام آموزشی ضعف در برنامه‌های بازآموزی و فاصله بین آموزش‌های تئوری و عملی می‌باشد. ناکافی بودن آموزش‌ها در خصوص وظایفی که از پزشکان خانواده انتظار می‌رود، عدم وجود دیدگاه جامعه‌نگر در نظام آموزشی و ضعف در مشارکت جدی در بازآموزی اعضای گروه سلامت، از جمله چالش‌های مطرح شده در خصوص نظام آموزشی پزشکان خانواده می‌باشد. فاصله بین آموزش‌های تئوری و عملی در دوران آموزش پزشک عمومی با انتظاراتی که از پزشک خانواده وجود دارد (۱۶).

۲. این پژوهش به شیوه کیفی در زمستان سال ۱۳۹۲ و با استفاده از روش‌های مرور اطلاعات موجود در متون و مستندات، مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته با مطلعات کلیدی و بحث گروهی متمرکز انجام پذیرفت. یافته‌های حاصل از مرور متون و مصاحبه‌ها حاکی از این امر است که برنامه پزشک خانواده شهری با چالش‌های متعددی در اهداف و حوزه‌های تولید، نحوه ارائه خدمات و تأمین منابع مالی، انسانی و اطلاعاتی روبرو بوده است.

در حیطه منابع یک قسمت به آموزش اختصاص یافته است. فقدان آموزش پزشکان عمومی و تیم درمانی مربوطه برای سلامت محوری و دانش کم تشخیص و درمان از دیگر اشکالات برنامه یاد شد. به نظر این افراد برنامه بیش از آن که سلامت محور باشد، درمان محور هست. عده‌ای از مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که پزشکان عمومی برای پذیرش مسئولیت و ایفای نقش پزشک خانواده توجیه نشده‌اند (۱۷).

۳. پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی می‌باشد که با استفاده از مصاحبه و مرور مستندات انجام شده است. مصاحبه نیمه ساختاریافته عمیق با افراد مطلع کلیدی انجام شده است.

با گذشت بیش از یک دهه از اجرای پزشک خانواده هنوز این برنامه با یک سری چالش‌های اساسی در حوزه‌های رهبری و حکمرانی، تأمین مالی، عملکرد ارائه دهندگان خدمات، آموزش و فرهنگ رسانی، رفتار گیرندگان خدمات و نظارت و ارزیابی مواجه می‌باشد که بیشترین چالش‌های برنامه به حوزه رهبری و حکمرانی از قبیل کم رنگ بودن نقش بخش خصوصی در ارائه خدمات، عدم توجیه مقامات سیاسی و مردم نسبت به برنامه و عدم پیش بینی زیرساخت‌های مورد نیاز برنامه و ... مربوط می‌شود.

آموزش و فرهنگ‌رسانی شامل: اطلاع رسانی به مردم در خصوص برنامه پزشک خانواده، آشنایی و هماهنگی متولیان برنامه با اهداف پزشک خانواده، میزان هماهنگی محتوای آموزش پزشکی با پزشک خانواده روستایی و توانمندی پزشکان عمومی برای فعالیت به عنوان پزشک خانواده بوده است.

در تم آموزش و فرهنگ‌سازی مصاحبه‌کنندگان بیان داشته‌اند که ناهماهنگی و بروز نبودن محتوای آموزش

پزشکی با PHC و پزشک خانواده روستایی که منجر شده پزشکان عمومی برای فعالیت به عنوان پزشک خانواده روستایی توانمند نباشند: پزشکان ما برای فعالیت به عنوان پزشک خانواده تربیت نشده‌اند؛ بلکه برای درمان تربیت شده‌اند. این پزشکان به قولی Health Manager نیستند در واقع Case Manager هستند.» ناآشنایی و ناهماهنگی متولیان برنامه پزشک خانواده روستایی با ضوابط و موازین برنامه که با عدم پیش‌بینی درست و جامع، اجرای برنامه را با مشکل مواجه کرده است: از بدو امر دیدگاه مسئولان در مورد پزشک خانواده یکسان نبود و مسائلی که در وزارتخانه مطرح بود مربوط به ساختار و سخت افزار می‌شد؛ اینکه چند پزشک جذب کنیم؟ چقدر پول بدهیم؟ ولی در مورد کیفیت و نحوه فعالیت پزشک خانواده که چه کاری را و چگونه انجام دهد؟ بحث محتوا زیاد مطرح نبود.

عدم اطلاع‌رسانی کافی به مردم قبل و حین اجرای برنامه که منجر به مقاومت و عدم رغبت نسبت به استقرار کامل برنامه به خصوص سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع شده است: برنامه‌ای با این حد گستردگی که تمامی بخش‌ها و سطوح نظام سلامت و مردم را درگیر می‌کرد (۱۸).

۴. مطالعه کیفی حاضر از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته و بحث گروهی متمرکز با ذینفعان برنامه پزشک خانواده انجام گرفته است.

چالش‌ها و موانع اجرایی برنامه پزشک خانواده روستایی در ریز ۱۶ طبقه و ۵ طبقه اصلی دسته‌بندی شد. چالش‌های تولیتی، چالش ارائه خدمت چالش‌های فرهنگی و آموزشی، چالش‌های نیروی انسانی و چالش زیر ساختی، طبقه‌های اصلی بودند.

زیر طبقه‌های چالش‌های فرهنگی و آموزشی شامل ضعف: در بسترسازی فرهنگی و اطلاع‌رسانی به جامعه (آموزش و اطلاع‌رسانی نامناسب به جمعیت، عدم توجه متولیان برنامه به بسترسازی فرهنگی و مشارکت پایین مردم در برنامه‌های بهداشتی) و ضعف در آموزش ارائه‌دهندگان خدمت (کمبود آموزش دانشگاهی برای کارکنان گروه سلامت، درمان محور بودن آموزش‌ها پزشکی در دانشگاه و ضعف در آموزش بدو خدمت و حین خدمت گروه سلامت) بوده است.

ضعف در بسترسازی فرهنگی و اطلاع‌رسانی به جامعه: به اعتقاد مشارکت‌کنندگان، آموزش و اطلاع‌رسانی نامناسب به جمعیت تحت پوشش از نقاط ضعف اساسی اجرای برنامه پزشک خانواده است؛ که موجب ایجاد انتظارات بالا از پزشک و گروه سلامت شده است. همچنین معتقد بودند، متولیان آموزش و فرهنگ‌سازی مانند سازمان بیمه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پزشکان و کارشناسان برنامه به شکل مطلوب، اهداف و منافع طرح را برای مردم روشن نکرده‌اند. یکی از مدیران در این خصوص بیان داشت: «آموزش کافی به مردم داده نشده است. بین مردم نرفتن بگویند هدف این برنامه چی هست، اگر شما از این طریق وارد بشوید چه مزایای برای شما دارد».

ضعف در آموزش به ارائه‌دهندگان خدمت: مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که ارائه‌دهندگان خدمت در خصوص اهداف، مزایا و مسیر ارائه خدمت این برنامه توجیه نیستند. همچنین شکاف بین آموزش دانشگاهی و وظایف شغلی پزشک خانواده، شامل درمان محور بودن و عدم توجه کافی به حوزه بهداشت در آموزش دانشگاهی از چالش‌های دیگری بود که به آن اشاره شد. مشارکت‌کنندگان بیان کردند: پزشکان ما در زمان تحصیل برای پزشک خانواده روستایی تربیت نمی‌شوند (۱۹).

۵. هدف مطالعه تعیین چالش‌های اجرای طرح پزشک خانواده در کرمان بوده است. داده‌ها از طریق مصاحبه با ۲۱ نفر از کارشناسان این حوزه جمع‌آوری شد. یکی از چالش‌های طرح مشکلات رفتاری (فرهنگ و آموزش) بوده است. یکی از صاحب‌نظران اظهار داشت: «عدم انطباق گرایش‌های افراد با نظام ارجاع می‌تواند از موانع ایجاد این طرح باشد». همچنین خاطرنشان شد که بسیاری از پزشکان با این پروژه مخالف بودند. برخی از افراد در این طرح هستند که ممکن است منافع آنها در خطر باشد، بنابراین با اجرای آن مخالف هستند. مشکل دیگر این بود که اطلاعات خیلی خوب نبود. مردم نمی‌دانند چه برنامه‌ای وجود دارد. حتی تعریف دقیقی هم ندارند (۲۰).

### ۱) فرصت‌های آموزش

۱. این پژوهش به صورت کیفی با روش مصاحبه عمیق و نیمه ساختارمند صورت گرفت. نمونه آماری شامل ۹ نفر از اعضای هیئت علمی، پزشکان خانواده، مدیران ارشد و کارشناسان سلامت مطلع از برنامه پزشک خانواده بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند.

نقاط قوت طرح شامل: فراهمی خدمات سلامت، دسترسی آسان به خدمات سلامت، سطح بندی خدمات و کاهش هزینه‌های غیر ضروری، نقاط ضعف شامل مدیریت و برنامه‌ریزی، منابع انسانی، منابع فیزیکی، فرآیند ارائه خدمات، نظام ارجاع، پرونده الکترونیک سلامت، مکانیسم پرداخت، سازمان‌های خریدار خدمت، هماهنگی درون بخشی، نظام کنترل و ارزشیابی شناسایی شدند. فرصت‌ها شامل: حمایت‌های مسئولان، پشتوانه قانونی، نیروی انسانی آموزش دیده و در دسترس، ظرفیت بخش خصوصی در کنار بخش دولتی و تهی‌دها شامل: همگام نبودن بخش خصوصی و دولتی، بازار سلامت و نیازهای جامعه بودند. یکی از فرصت‌های این طرح، نیروی انسانی آموزش دیده و در دسترس می‌باشد. امکان دسترسی به نیروی انسانی آموزش دیده شامل: پزشکان عمومی و مراقبان سلامت در ابتدای شروع برنامه یک فرصت بود که اگر برنامه‌ریزی مناسب در جهت آموزش و بازآموزی این افراد می‌شد، موقعیت مناسبی برای موفقیت طرح بود. ما به اصطلاح نیروی آموزش دیده و شبکه کارآمدی داریم که طرح را روی آن پیاده کردیم. ما متخصص و نیرو به اندازه کافی داریم، حتی اگر ارجاع رعایت و بالاتر هم بره، باز هم آزمایشگاه و نیروی کافی داریم (۲۱).

### بحث و نتیجه‌گیری

در این گزارش به بررسی مستندات پژوهش انجام شده در زمینه آموزش خدمت‌گران پزشک خانواده پرداخته شده است. یکی از فرصت‌های این طرح، وجود نیروی انسانی آموزش دیده و در دسترس می‌باشد. مطالعات در مورد روش‌های آموزشی پژوهشی بر روش مدل‌های یادگیری مبتنی بر مشکل تاکید داشتند. در ارزیابی مهارت‌های بالینی شواهد بر نیاز پزشکان به آموزش در زمینه اقدامات اولیه در اورژانس، سلامت روان، سلامت خانواده و جمعیت، آموزش سلامت، سلامت دهان و دندان، بهداشت محیط و حرفه‌ای و مسائل سوء مصرف مواد داشتند. همچنین نیاز آموزشی مراقبان سلامت شامل تفسیر سونوگرافی‌های معمول بارداری و مداخلات متناسب، غربالگری ناهنجاری‌های جنینی، تهیه نوار قلب و قرائت و تفسیر آن و شناسایی و کنترل بیماران مبتلا به معلولیت

ذهنی و جسمی می‌باشد. که نیاز به بازنگری در برنامه‌های آموزشی را طلب می‌کند. از چالش‌های آموزشی این طرح نیز به عدم وجود دیدگاه جامعه‌نگر در نظام آموزشی ضعف در برنامه‌های بازآموزی، فاصله بین آموزش‌های تئوری و عملی فقدان آموزش پزشکان عمومی و تیم درمانی مربوطه برای سلامت محوری، عدم اطلاع‌رسانی به مردم در خصوص برنامه پزشکی خانواده، عدم آشنایی و هماهنگی متولیان برنامه با اهداف پزشکی خانواده، عدم هماهنگی محتوای آموزش پزشکی با پزشکی خانواده روستایی و توانمندی پزشکان عمومی برای فعالیت به عنوان پزشک خانواده و ضعف در بسترسازی فرهنگی و اطلاع‌رسانی به جامعه و ضعف در آموزش ارائه‌دهندگان خدمت و عدم انطباق گرایش‌های افراد با نظام ارجاع و عدم اطلاع‌رسانی مناسب است.

## منابع

۱. خدیوی ر، میلانی شا، خوزانی مک، معتمدی ن، مقدس ط. بررسی تاثیر برنامه ی آموزش از راه دور بر دانش و نگرش پزشکان عمومی متقاضی خدمت در برنامه ی پزشکی خانواده در مناطق شهری استان اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان. ۱۳۹۶؛ ۲۰(۳۴): ۴۱۱-۵۰۶.
2. Khatami F, Shariati M, Motezarre A. A compatible model of family medicine residency training in Iran. Higher Education, Skills and Work-Based Learning. 2021;87(4):11.
۳. امینی م، دوستکام آ، کجوری ج، فرد غ، ایروانی ک، نبیئی پ، et al. ارزشیابی دوره آموزش مجازی مدیریت عالی بهداشت عمومی (MPH) پزشکی خانواده. نشریه گام‌های توسعه در آموزش پزشکی. ۱۳۹۶؛ ۲۰(۳): ۲۰۴-۹.
4. Aghdak P, Changiz T, Heidarzadeh A, Bagherikholejani F. Selecting the appropriate method of training family physicians in Iran to achieve EMRO-declared perspective by 2030. International Journal of Preventive Medicine. 2021;12(۴).
۵. امید ا، ایمانی ن، حیدری ک، مقدسی ط، موسوی ع. نیازهای آموزشی پزشکان عمومی داوطلب در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. ۱۳۹۶؛ ۲۰(۶): ۴۷۰-۹.
۶. منصور ش، هدایت اله ع، مریم ط، حسن ک، محسن ر. سیمین ن. بررسی نیازهای آموزشی پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان اصفهان در پنج حیطه سلامت. آموزش در علوم پزشکی. ۱۳۸۹؛ سال دهم (۵): ۶۹۹-.
۷. عبدالغنی ر، سمیه اکبری ف، عبدالباسط ریگی م. تعیین نیازهای آموزشی پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان سیستان و بلوچستان در سال ۹۸-۱۳۹۷. پنجمین کنفرانس بین‌المللی بهداشت، درمان و ارتقای سلامت ۱۳۹۹.
۸. کریمی م، میرزایی م، رحیم ز. بررسی نیازهای آموزشی پزشکان خانواده استان یزد. مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی یزد. ۲۰۱۲؛ ۶(۱): ۳۹-.
۹. کبیر مج، امیری حا، ربیعی س، ممتن ر، ظفرمند ر، شیروانی سنپ. نیازهای آموزشی پزشکان خانواده و مراقبین سلامت شاغل در برنامه پزشکی خانواده شهری ایران. نشریه آموزش پزشکی. ۱۳۹۶؛ ۲۰(۲): ۱۳-۲۱.

10. Shakeshaft A, Nassirimanesh B, Day C, Dolan KA. Perceptions of substance use, treatment options and training needs among Iranian primary care physicians. *International journal for equity in health*. 2005;7(1):4.
11. Zarif Sanaiey N, Karamnejad S, Rezaee R. Educational needs of family physicians in the domains of health and conformity with continuing education in Fasa University of Medical Sciences. *Journal of advances in medical education & professionalism*. 2015;84-9(2):3.
۱۲. امیری زم، ماهدخت ط، کلامرودی حر، جلالی م، داداشی ا، احسانی م. بررسی نگرش پزشکان خانواده استان گیلان در مورد سایت آموزش مداوم الکترونیکی ویژه پزشکان خانواده. *مجله پژوهش در آموزش علوم پزشکی*. ۲۰۱۲؛۳(۲):۷-۵۲.
۱۳. جولایی ح، علیزاده م، زاده مف، باصری ع، صیادی م. ارزیابی مهارت‌های بالینی پزشکان خانواده استان فارس با استفاده از آزمون بالینی مبتنی بر مشاهده (OSCE). *نشریه گام‌های توسعه در آموزش پزشکی*. ۲۰۱۰؛۷(۲):۹۲-.
۱۴. اشرفی بابازاده گ، ناهید ج، محمد جواد ک، علیرضا ح، ناصر بهنام پ، محمدرضا ه، et al. بررسی عملکرد پزشکان خانواده روستایی استان گلستان از دیدگاه مدیران، پزشکان خانواده و بیماران. *دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. ۱۳۹۴؛ سال بیست و پنجم (۱۳۲): ۲۳-۳۲.
15. Aghdak P, Changiz T, Heidarzadeh A. Strengths and Weaknesses of Family Physician MPH Course in Iran: The Viewpoints of Managers and Physicians. *International journal of preventive medicine*. 2020;11:150.
۱۶. مهرالحسنی م، سیریزی مج، پورحسینی س، آبادی ویف. چالش‌های اجرای سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان کرمان: یک مطالعه کیفی. *فصلنامه بهداشت و توسعه*. ۲۰۱۲؛۱(۳):۱۹۳-.
۱۷. دماری ب، مقدم عو، گوران نر، کبیر مج. ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان‌های فارس و مازندران: پیشینه، دستاوردها، چالش‌ها و راه حل‌ها. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*. ۲۰۱۶؛۱۴(۲):۱۷-۳۸.
۱۸. شیرجنگ ا، پور سم، اصلی ام، دشمنگیر ل. چالش‌ها و راهکارهای اجرای پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه کیفی. *مجله تصویر سلامت*. ۲۰۲۰؛۱۱(۱):۶۲-۷۳.
۱۹. محمدی ج، محمدی ا، ولیئی س، نسب نا، بیدارپور ف، مرادی ق. چالش‌ها و موانع برنامه پزشک خانواده روستایی از دیدگاه ذی نفعان در استان کردستان: مطالعه کیفی. *مجله اپیدمیولوژی ایران*. ۲۰۱۹؛۱۵(۱):۴۷-۵۶.
20. Dehnavieh R, Kalantari AR, Jafari Sirizi M. Urban family physician plan in Iran: Challenges of implementation in Kerman. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2015;1219-28(1):29.
۲۱. عابدی ق، مروی ا، سلطانی کنتایی ا، عابدینی ا، اسدی علی آبادی م، صفی زاده چم مختاری خ، et al. تحلیلی بر استقرار برنامه پزشک خانواده شهری با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان: یک مطالعه کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه)*. ۱۳۹۶؛۲۷(۱۵۵):۲۲# (L۰۰۲۲#):-.

## تداوم ارائه خدمات

### مقدمه

ارتباط دوسویه و مستمر میان پزشک خانواده و کسی که او را به‌عنوان پزشک خویش انتخاب کرده است سبب می‌شود که مراقبت از او پیوستگی یابد و به‌سادگی قطع نشود. حفظ تداوم خدمات از مسئولیت‌های پزشک خانواده و از جمله انتظارات مهمی است که از او می‌رود. رابطه مبتنی بر اعتماد متقابل بین پزشک و بیمار که پایه تشخیص و درمان است در مراجعات متعدد، صرف زمان و با اقدامات حرفه‌ای پزشکی ایجاد می‌شود. از جمله اقداماتی که به این تداوم خدمت کمک کرده و از وظایف پزشک است عبارت‌اند از: ارائه مشاوره تلفنی به افراد تحت پوشش با ثبت موارد آن در پرونده الکترونیک بیمار، دقت در تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و استفاده از آن در هر ویزیت و مراقبت به منظور ارتقاء کیفیت خدمات، نظارت بر ارائه خدمات سلامت توسط سایر اعضای تیم سلامت و نیز پیگیری فعال بیماران ارجاعی، ارائه تمامی خدمات سلامتی برابر برنامه‌های سلامت کشوری به افراد تحت پوشش به‌طور فعال با استفاده از تلفن و سیستم پیام کوتاه و در صورت عدم مراجعه فرد پیگیری از طریق call center و ... در این مطالعه شواهد پژوهشی پزشک خانواده در زمینه تداوم خدمت بررسی شده است. نتایج بررسی مستندات به‌دست‌آمده در ۳ آیتم دسته‌بندی و به‌تفصیل در زیر آورده شده است:

الف) ارزشیابی تداوم خدمات؛

ب) ابعاد تداوم خدمات؛

ج) شاخص‌های تداوم خدمات.

### نتایج

#### الف) ارزشیابی تداوم خدمات

۱. در این پژوهش، هدف برنامه پزشک خانواده برای افزایش دسترسی به مراقبت‌های سرپایی در هفده مرکز بهداشت روستایی شهرستان گرگان در دوره زمانی ۲۴ ماه، در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱، با استفاده از داده‌های ثبتی و در دوره‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت، با مجموعه‌ای از شاخص‌های تداوم مراقبت‌ها و دسترسی به‌موقع به مراقبت‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. در برنامه پزشک خانواده در ایران، وظایفی برای پزشک برای تداوم مراقبت‌ها به‌صورت مدیریت وضعیت سلامت افراد تحت پوشش در نظر گرفته شده است. در این برنامه، تداوم در ارائه مراقبت‌ها به‌صورت: الف. گردش پزشک در روستاهای تحت پوشش برای ویزیت بیماران، ب. تشکیل پرونده سلامت و ثبت تمامی اقدامات تشخیصی و درمانی صورت‌گرفته توسط پزشک خانواده و ج. برقراری ارتباط با بیمار به‌صورت پیگیری مراقبت‌های گروه‌های هدف، در نظر گرفته شده است. همچنین ب. تشکیل پرونده سلامت توسط پزشک خانواده، شامل ثبت اطلاعات بیمار در مراحل درمان در سطوح تخصصی و پیگیری وضعیت بیمار پس از شروع درمان تخصصی با تکمیل آن بر اساس انتقال اطلاعات بیمار از سطوح تخصصی درمان به پزشک خانواده می‌باشد.



نتیجه ارزیابی برنامه پزشک خانواده در این پژوهش نشان می‌دهد که هدف افزایش دسترسی به مراقبت‌های سرپایی با معیارهای کارکردی تداوم مراقبت‌ها و دسترسی به‌موقع به مراقبت‌ها در این برنامه حاصل شده است. به‌طورکلی، مفهوم شاخص‌های معیار تداوم مراقبت‌ها در بلندمدت (ماهانه) و مفهوم شاخص‌های معیار دسترسی به‌موقع به مراقبت‌ها در کوتاه‌مدت (کمتر از یک ماه) حائز اهمیت می‌باشند. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که در ارزیابی برنامه پزشک خانواده در مراکز بهداشت روستایی شهرستان گرگان با معیار تداوم مراقبت‌ها، شاخص تداوم در ارتباط پزشک خانواده با بیمار و شاخص تلفیقی ثبت اطلاعات و پیگیری از گروه‌های هدف، سهم و تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای در هدف دسترسی به مراقبت‌ها در روند بلندمدت داشته‌اند. در مقابل، سهم و تأثیر شاخص ارتباط پزشک خانواده با سطح تخصصی درمان، در هدف یادشده بسیار کم بوده است. به همین ترتیب با ارزیابی برنامه پزشک خانواده در مراکز اشاره شده با معیار دسترسی به‌موقع، شاخص‌های فعالیت ده‌گردشی در رابطه با گروه‌های هدف، سهم و تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای در هدف دسترسی به مراقبت‌ها در دوره‌های کمتر از یک ماه داشته‌اند. در مقابل، شاخص فعالیت ده‌گردشی در رابطه با مجموع جمعیت تحت پوشش، سهم و تأثیر کمتر از انتظار در هدف یادشده داشته است.

تخمین هم‌بستگی رگرسیونی نشان داد که ۱۰٪ بهبود در شاخص ارتباط پزشک با بیمار و شاخص ثبت اطلاعات و پیگیری مراقبت‌ها در روند ماهانه توانست دسترسی به مراقبت‌ها را به ترتیب ۶/۲٪ و ۴/۹٪ افزایش دهد؛ اما افزایش ۱۰ درصدی شاخص ارتباط پزشک با سطح تخصصی درمان، با کارکرد محدود، تنها تأثیری معادل با ۱/۱٪ افزایش در دسترسی به مراقبت‌ها داشته است همچنین نشان داده شد که بهبود ۱۰ درصدی در شاخص فعالیت ده‌گردشی برای گروه‌های هدف و شاخص مراجعات این گروه‌ها به پزشک خانواده در دوره‌های کمتر از یک ماه، موجب افزایش به ترتیب ۶٪ و ۱/۵٪ در شاخص دسترسی شد؛ اما کارکرد فعالیت ده‌گردشی برای کل جمعیت تحت پوشش، محدود مشاهده شد. به‌طوری‌که ۱۰٪ افزایش در این شاخص، تنها ۱/۴٪ دسترسی به مراقبت‌ها را افزایش داد.

این پژوهش با در نظر گرفتن مفاهیم سازگار با سایر پژوهش‌ها برای شاخص هدف و شاخص‌های معیار کارکردی و سپس با کمی کردن این شاخص‌ها و توضیح رابطه همبستگی رگرسیونی بین این شاخص‌ها نشان داد که برنامه پزشک خانواده در شهرستان گرگان با کارکرد مناسب توانست شاخص هدف دسترسی به مراقبت‌ها را افزایش دهد؛ اما تأثیر کارکرد برنامه پزشک خانواده از جهت ارتباط با سطح تخصصی درمان و تداوم مراقبت‌ها برای مجموع جمعیت تحت پوشش، در حد مورد انتظار نبوده است (۱).

## ب) ابعاد تداوم خدمات

۱. این مطالعه مقطعی با هدف تعیین تداوم مراقبت‌های بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی شهری فارس و مازندران انجام شده است. پرسشنامه استفاده شده شامل ابعاد اساسی تداوم مراقبت (تداوم مراقبت اطلاعاتی، بین فردی و مراقبت در طول زمان) بوده است. تداوم اطلاعاتی (در دسترس بودن اطلاعات دقیق بیماران برای ارائه‌دهندگان در سراسر یک سیستم مراقبت‌های بهداشتی) شامل سه معیار نگهداری پرونده پزشکی بیماران کامپیوتری شدن اطلاعات و

شیوه‌ها، ارتباط بین پزشک خانواده و سایر پزشکان می‌باشد.

تداوم مراقبت بین فردی یا اطلاعاتی (رابطه فردی مداوم بین بیمار و ارائه‌دهنده مراقبت) که شامل معیارهای مشاهده توسط یک پزشک خانواده مشخص در همه ویزیت‌ها مشاوره، زمان مشاوره و رضایت بیماران می‌باشد.

تداوم مراقبت در طول زمان (مراقبت‌های ارائه‌شده به بیمار در طول زمان) شامل مدت‌زمانی که بیماران تحت پوشش یک پزشک خانواده بوده‌اند و نرخ ویزیت در یک سال می‌باشد.

در حیطه تداوم مراقبت اطلاعاتی نتایج نشان داد که نگهداری سوابق بالینی، استفاده از برنامه نرم‌افزاری و رایانه و ظرفیت به دست آوردن اطلاعات بهداشتی و تجزیه و تحلیل آن‌ها، ارجاع و غیره از الزامات تداوم مراقبت است. سوابق بیماران در مازندران به‌خوبی توسط پزشکان خانواده نگهداری می‌شد. به‌طور معمول در هر دو استان از کامپیوتر استفاده می‌شد؛ اما نرم‌افزاری وجود نداشت (۳/۴۳٪) و یا قابلیت نرم‌افزاری ضعیف (۹/۳۱٪) بود. تعدادی از پزشکان خانواده از ظرفیت اطلاعاتی آگاه بودند و در فارس نتایج نشان داد پزشکان خانواده آگاهی نداشتند که می‌توان فهرست بیماران بر اساس تشخیص یا خطر سلامتی را می‌توان به‌راحتی توسط سیستم ثبت فعلی آن‌ها تهیه کرد. تقریباً ۸۸٪ از پزشکان اعلام کردند که برای همه بیماران ارجاع شده نامه ارجاع نوشته‌اند؛ اما ۵۷٪ از آن‌ها بازخورد پزشکی را از متخصصان دریافت کردند.

در حیطه بین فردی: این بخش در مورد ارزیابی بیماران از شایستگی پزشک خانواده خود است: مهارت‌های پزشکی، ارتباطی، اطلاعاتی، اعتماد و اطمینان بیماران. زمان مشاوره برای یک‌سوم پاسخ‌دهندگان کمتر از ۵ دقیقه بود. این زمان در استان‌ها متفاوت بود. حدود ۸۰٪ از زمان مشاوره بیماران تا ۱۰ دقیقه بود. تعدادی از پزشکان با شرایط بیماران آشنا بودند. همچنین یافته‌ها حاکی از آن بود که ۲۹٪ از پزشکان از مشکلات و بیماری‌های گذشته بیماران اطلاع داشتند. اکثر بیماران از رفتار پزشک خانواده آن‌ها با خود رفتار می‌کرد راضی بودند؛ اما همچنین ۴۰٪ تا ۵۰٪ بیماران اظهار داشتند که پزشکان از آن‌ها خواسته‌اند که مورد داروی تجویز شده و در مورد بیماری‌های خود توضیح واضحی بدهند. اگر بیماران خواسته می‌شد که در منزل ویزیت شوند فقط چند نفر از پزشکان خانواده در خانه ویزیت می‌کردند. بیشتر، بیماران مازندرانی می‌توانستند تجربیات خود را بهتر از فارس در همه موضوعات تداوم بین فردی بیان کنند.

مراقبت در طول زمان: به‌طور متوسط، بیماران ۵/۵ بار توسط پزشک و سه بار توسط تیم پزشک خانواده در یک سال به مراکز بهداشتی خود مراجعه کردند. میانگین‌ها در مازندران اندکی بیشتر از فارس بود. در هر دو استان فراوانی ویزیت پزشک خانواده بیشتر از فراوانی ویزیت با تیم مراقبت بهداشتی بود. حدود ۲۳٪ گزارش عدم مراجعه سالانه با تیم بهداشت و درمان را گزارش کردند و در این محدوده بین دو استان مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود داشت (۳۴٪ در فارس، ۷٪ در مازندران) (۲).

۲. هدف مطالعه مقطعی حاضر ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری بوده است. داده‌ها به روش پرسشنامه از ۱۴۱ نفر پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی و ۷۱۰ نفر از بیماران جمع‌آوری شده است. ابزار اندازه‌گیری و گردآوری داده‌ها پرسشنامه ارزیابی Primary Care Evaluation Tool مراقبت

اولیه بوده است. این ابزار شامل چهار بخش اصلی یک نظام مراقبت بهداشتی اولیه خوب می‌باشد که عبارت‌اند از: دسترسی به خدمات، استمرار مراقبت، هماهنگی ارائه مراقبت و جامعیت مراقبت. استمرار مراقبت در این پرسشنامه شامل استمرار اطلاعات و استمرار طولی و بین فردی می‌باشد. در حیطه اطلاعاتی شاخص‌ها شامل استفاده از کامپیوتر و نرم‌افزار، نگهداری اطلاعات پزشکی و توانایی استفاده از اطلاعات و تحلیل آن می‌باشد. در حیطه استمرار طولی شاخص‌ها شامل ویزیت در سال، طول مدت ارتباط بیمار و ارائه‌کننده می‌باشد.

۳. در حیطه بین فردی شاخص شامل ارتباط بیمار- ارائه‌کننده می‌باشد. استمرار اطلاعات که شامل نگهداری اطلاعات پزشکی، استفاده از کامپیوتر و نرم‌افزار، توانایی استفاده از اطلاعات و تحلیل آن می‌باشد، از نیازمندی‌های لازم برای استمرار مراقبت می‌باشد. نگهداری اطلاعات پزشکی توسط پزشکان خانواده در مازندران به‌خوبی انجام می‌گرفت. در دو استان استفاده از کامپیوتر رایج بود ولی برنامه نرم‌افزاری کمتر استفاده می‌شد (۴۳/۳٪) و یا دارای قابلیت ضعیفی بود (۳۱/۹٪). تعداد کمی از پزشکان (۲۸/۴٪) اعتقاد داشتند که امکان فراهم‌آوری لیست بیماران با تشخیص بیماری خاص و یا خطر سلامت از سیستم نگهداری اطلاعات کنونی به‌راحتی امکان‌پذیر بوده است. ۸۸٪ پزشکان اظهارکردند که فرم ارجاع را برای تمامی بیماران ارجاعی تکمیل کرده‌اند ولی ۵۷٪ آن‌ها پسخوراند کافی را از پزشکان متخصص دریافت داشته‌اند.

در این مطالعه استمرار طولی بر اساس دو شاخص مدت‌زمان ثبت‌نام بیمار در مرکز و تعداد ویزیت در یک سال محاسبه شد. همچنین به‌طور متوسط در طول یک سال بیماران ۵.۵ بار توسط پزشکان و ۳ بار توسط تیم سلامت ویزیت شده بودند به‌طوری‌که برای مثال توسط تیم سلامت برای ۲۳٪ از بیماران در یک سال، هیچ ویزیتی انجام نگرفته بود. بخش استمرار بین فردی، به ارزیابی بیماران از شایستگی‌های پزشکان خانواده شامل مهارت بالینی، مهارت برقراری ارتباط، مهارت اطلاعات و اطمینان و اعتماد آنان به پزشک خانواده خود تأکید داشت. یک‌سوم پاسخ‌گویان اظهار داشته‌اند که مدت‌زمانی که برای هر ویزیت انجام گرفته است تا ۵ دقیقه طول کشیده است و این زمان کمابیش برای ۸۰٪ بیماران تا ۱۰ دقیقه بوده است. تعداد کمی از پزشکان خانواده از وضعیت شخصی بیماران اطلاع داشته‌اند. نتایج نشان داده است که ۲۹٪ از پزشکان خانواده از بیماری‌ها و مشکلات قبلی بیماران اطلاع داشته‌اند. بیشتر بیماران از طرز رفتار پزشکان راضی بوده‌اند این در حالی است که ۴۰ تا ۵۰٪ بیماران اظهار داشته‌اند که پزشکان خانواده قبل از نوشتن دارو از تمایلات و ترجیحات آنان جو یا شده و توضیحات کافی در مورد بیماری به آن‌ها داده‌اند (۳).

۴. در این پژوهش، هدف برنامه پزشک خانواده برای افزایش دسترسی به مراقبت‌های سرپایی در هفده مرکز بهداشت روستایی شهرستان گرگان در دوره زمانی ۲۴ ماه، در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱، با استفاده از داده‌های ثبتي و در دوره‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت، با مجموعه‌ای از شاخص‌های تداوم مراقبت‌ها و دسترسی به‌موقع به مراقبت‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. در برنامه پزشک خانواده در ایران، وظایفی برای پزشک برای تداوم مراقبت‌ها به‌صورت مدیریت وضعیت سلامت افراد تحت پوشش در نظر گرفته شده است. در این برنامه، تداوم در ارائه مراقبت‌ها به‌صورت: الف.

گردش پزشک در روستاهای تحت پوشش برای ویزیت بیماران، ب. تشکیل پرونده سلامت و ثبت تمامی اقدامات تشخیصی و درمانی صورت گرفته توسط پزشک خانواده و ج. برقراری ارتباط با بیمار به صورت پیگیری مراقبت‌های گروه‌های هدف، در نظر گرفته شده است. همچنین تشکیل پرونده سلامت توسط پزشک خانواده، شامل ثبت اطلاعات بیمار در مراحل درمان در سطوح تخصصی و پیگیری وضعیت بیمار پس از شروع درمان تخصصی با تکمیل آن براساس انتقال اطلاعات بیمار از سطوح تخصصی درمان به پزشک خانواده می‌باشد. نتیجه ارزیابی برنامه پزشک خانواده در این پژوهش نشان می‌دهد که هدف افزایش دسترسی به مراقبت‌های سرپایی با معیارهای کارکردی تداوم مراقبت‌ها و دسترسی به موقع به مراقبت‌ها در این برنامه حاصل شده است. به طور کلی، مفهوم شاخص‌های معیار تداوم مراقبت‌ها در بلندمدت (ماهانه) و مفهوم شاخص‌های معیار دسترسی به موقع به مراقبت‌ها در کوتاه‌مدت (کمتر از یک ماه) حائز اهمیت می‌باشند. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که در ارزیابی برنامه پزشک خانواده در مراکز بهداشت روستایی شهرستان گرگان با معیار تداوم مراقبت‌ها، شاخص تداوم در ارتباط پزشک خانواده با بیمار و شاخص تلفیقی ثبت اطلاعات و پیگیری از گروه‌های هدف، سهم و تأثیر قابل ملاحظه‌ای در هدف دسترسی به مراقبت‌ها در روند بلندمدت داشته‌اند. در مقابل، سهم و تأثیر شاخص ارتباط پزشک خانواده با سطح تخصصی درمان، در هدف یادشده بسیار کم بوده است. به همین ترتیب با ارزیابی برنامه پزشک خانواده در مراکز اشاره شده با معیار دسترسی به موقع، شاخص‌های فعالیت ده‌گردشی در رابطه با گروه‌های هدف، سهم و تأثیر قابل ملاحظه‌ای در هدف دسترسی به مراقبت‌ها در دوره‌های کمتر از یک ماه داشته‌اند. در مقابل، شاخص فعالیت ده‌گردشی در رابطه با مجموع جمعیت تحت پوشش، سهم و تأثیر کمتر از انتظار در هدف یادشده داشته است.

تخمین هم‌بستگی رگرسیونی نشان داد که ۱۰٪ بهبود در شاخص ارتباط پزشک با بیمار و شاخص ثبت اطلاعات و پیگیری مراقبت‌ها در روند ماهانه توانست دسترسی به مراقبت‌ها را به ترتیب ۷/۲٪ و ۴/۹ درصد افزایش دهد؛ اما افزایش ۱۰ درصدی شاخص ارتباط پزشک با سطح تخصصی درمان، با کارکرد محدود، تنها تأثیری معادل ۱/۱٪ افزایش در دسترسی به مراقبت‌ها داشته است همچنین نشان داده شد که بهبود ۱۰ درصدی در شاخص فعالیت ده‌گردشی برای گروه‌های هدف و شاخص مراجعات این گروه‌ها به پزشک خانواده در دوره‌های کمتر از یک ماه، موجب افزایش به ترتیب ۶٪ و ۱/۵٪ در شاخص دسترسی شد؛ اما کارکرد فعالیت ده‌گردشی برای کل جمعیت تحت پوشش، محدود مشاهده شد. به طوری که ۱۰٪ افزایش در این شاخص، تنها ۱/۴٪ دسترسی به مراقبت‌ها را افزایش داد. این پژوهش با در نظر گرفتن مفاهیم سازگار با سایر پژوهش‌ها برای شاخص هدف و شاخص‌های معیار کارکردی و سپس با کمی کردن این شاخص‌ها و توضیح رابطه همبستگی رگرسیونی بین این شاخص‌ها نشان داد که برنامه پزشک خانواده در شهرستان گرگان با کارکرد مناسب توانست شاخص هدف دسترسی به مراقبت‌ها را افزایش دهد؛ اما تأثیر کارکرد برنامه پزشک خانواده از جهت ارتباط با سطح تخصصی درمان و تداوم مراقبت‌ها برای مجموع جمعیت تحت پوشش، در حد مورد انتظار نبوده است (۴)

۵. در این مطالعه در مورد اهمیت ارتباط پزشک با بیمار را بحث شده است. پزشکان باید همیشه به جای تمرکز بر تشخیص، رابطه قوی با بیماران خود داشته باشند. به رغم حجم قابل توجهی از تحقیقات، سؤالات بی‌پاسخ زیادی در مورد اهمیت رابطه پزشک و بیمار برای دانشجویان پزشکی وجود دارد؛ بنابراین، توسعه برنامه‌های آموزش بیشتر که به دانشجویان پزشکی در مورد اهمیت رابطه بیمار و پزشک آموزش می‌دهد، حیاتی به نظر می‌رسد و به تداوم خدمات کمک می‌کند (۵).

### ج) شاخص‌های تداوم خدمات

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	یافته‌ها
۱	تعیین تداوم مراقبت‌های بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی شهری فارس و مازندران	تداوم مراقبت اطلاعاتی (در دسترس بودن اطلاعات دقیق بیماران برای ارائه‌دهندگان در سراسر یک سیستم مراقبت‌های بهداشتی) شامل سه معیار نگهداری پرونده پزشکی بیماران کامپیوتری شدن اطلاعات و شیوه‌ها، ارتباط بین پزشک خانواده و سایر پزشکان می‌باشد. تداوم مراقبت بین فردی یا اطلاعاتی (رابطه فردی مداوم بین بیمار و ارائه‌دهنده مراقبت) که شامل معیارهای مشاهده توسط یک پزشک خانواده مشخص در همه ویزیت‌ها مشاوره، زمان مشاوره و رضایت بیماران می‌باشد. تداوم مراقبت در طول زمان (مراقبت‌های ارائه‌شده به بیمار در طول زمان) شامل مدت زمانی که بیماران تحت پوشش یک پزشک خانواده بوده‌اند و نرخ ویزیت در یک سال می‌باشد.
۲	ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری	در حیطه اطلاعاتی شاخص‌ها شامل استفاده از کامپیوتر و نرم‌افزار، نگهداری اطلاعات پزشکی و توانایی استفاده از اطلاعات و تحلیل آن می‌باشد. در حیطه استمرار طولی شاخص‌ها شامل ویزیت در سال، طول مدت ارتباط بیمار و ارائه‌کننده می‌باشد. در حیطه بین فردی شاخص شامل ارتباط بیمار- ارائه‌کننده می‌باشد.

۱. این مطالعه مقطعی با هدف تعیین تداوم مراقبت‌های بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی شهری فارس و مازندران انجام شده است. پرسشنامه استفاده شده شامل ابعاد اساسی تداوم مراقبت (تداوم مراقبت اطلاعاتی، بین فردی و مراقبت در طول زمان) بوده است.

تداوم مراقبت اطلاعاتی (در دسترس بودن اطلاعات دقیق بیماران برای ارائه‌دهندگان در سراسر یک سیستم مراقبت‌های بهداشتی) شامل سه معیار نگهداری پرونده پزشکی بیماران کامپیوتری شدن اطلاعات و شیوه‌ها، ارتباط بین پزشک خانواده و سایر پزشکان می‌باشد.

تداوم مراقبت بین فردی یا اطلاعاتی (رابطه فردی مداوم بین بیمار و ارائه‌دهنده مراقبت) که شامل معیارهای مشاهده توسط یک پزشک خانواده مشخص در همه ویزیت‌ها مشاوره، زمان مشاوره و رضایت بیماران می‌باشد.

تداوم مراقبت در طول زمان (مراقبت‌های ارائه‌شده به بیمار در طول زمان) شامل مدت زمانی که بیماران تحت پوشش یک پزشک خانواده بوده‌اند و نرخ ویزیت در یک سال می‌باشد.

در حیطه تداوم مراقبت اطلاعاتی نتایج نشان داد که نگهداری سوابق بالینی، استفاده از برنامه نرم‌افزاری و رایانه و ظرفیت به دست آوردن اطلاعات بهداشتی و تجزیه و تحلیل آن‌ها، ارجاع و غیره از الزامات تداوم

مراقبت است. سوابق بیماران در مازندران به خوبی توسط پزشکان خانواده نگهداری می‌شد. به طور معمول در هر دو استان از کامپیوتر استفاده می‌شد؛ اما نرم‌افزاری وجود نداشت (۳/۴۳٪) و یا قابلیت نرم‌افزاری ضعیف (۳۱/۹٪) بود. تعدادی از پزشکان خانواده از ظرفیت اطلاعاتی آگاه بودند و در فارس نتایج نشان داد پزشکان خانواده آگاهی نداشتند که می‌توان فهرست بیماران بر اساس تشخیص یا خطر سلامتی را می‌توان به راحتی توسط سیستم ثبت فعلی آن‌ها تهیه کرد. کمابیش ۸۸٪ از پزشکان اعلام کردند که برای همه بیماران ارجاع شده نامه ارجاع نوشته‌اند؛ اما ۵۷٪ از آن‌ها باز خورد پزشکی را از متخصصان دریافت کردند.

در حیطه بین فردی: این بخش در مورد ارزیابی بیماران از شایستگی پزشک خانواده خود است: مهارت‌های پزشکی، ارتباطی، اطلاعاتی، اعتماد و اطمینان بیماران. زمان مشاوره برای یک سوم پاسخ‌دهندگان کمتر از ۵ دقیقه بود. این زمان در استان‌ها متفاوت بود. حدود ۸۰٪ از زمان مشاوره بیماران تا ۱۰ دقیقه بود. تعدادی از پزشکان با شرایط بیماران آشنا بودند. همچنین یافته‌ها حاکی از آن بود که ۲۹٪ از پزشکان از مشکلات و بیماری‌های گذشته بیماران اطلاع داشتند. اکثر بیماران از رفتار پزشک خانواده آن‌ها با خود رفتار می‌کرد راضی بودند؛ اما همچنین ۴۰٪ تا ۵۰٪ بیماران اظهار داشتند که پزشکان از آن‌ها خواسته‌اند که مورد داروی تجویز شده و در مورد بیماری‌های خود توضیح واضحی بدهند. اگر بیماران خواسته می‌شد که در منزل ویزیت شوند فقط چند نفر از پزشکان خانواده در خانه ویزیت می‌کردند. بیشتر، بیماران مازندرانی می‌توانستند تجربیات خود را بهتر از فارس در همه موضوعات تداوم بین فردی بیان کنند.

مراقبت در طول زمان: به طور متوسط، بیماران ۵۰۵ بار توسط پزشک و سه بار توسط تیم پزشک خانواده در یک سال به مراکز بهداشتی خود مراجعه کردند. میانگین‌ها در مازندران اندکی بیشتر از فارس بود. در هر دو استان فراوانی ویزیت پزشک خانواده بیشتر از فراوانی ویزیت با تیم مراقبت بهداشتی بود. حدود ۲۳٪ گزارش عدم مراجعه سالانه با تیم بهداشت و درمان را گزارش کردند و در این محدوده بین دو استان مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود داشت (۳۴٪ در فارس، ۷٪ در مازندران) (۲).

۲. هدف مطالعه مقطعی حاضر ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری بوده است. داده‌ها به روش پرسشنامه از ۱۴۱ نفر پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی و ۷۱۰ نفر از بیماران جمع‌آوری شده است. ابزار اندازه‌گیری و گردآوری داده‌ها پرسشنامه ارزیابی Primary Care Evaluation Tool مراقبت اولیه بوده است.

این ابزار شامل چهار بخش اصلی یک نظام مراقبت بهداشتی اولیه خوب می‌باشد که عبارت‌اند از: دسترسی به خدمات، استمرار مراقبت، هماهنگی ارائه مراقبت و جامعیت مراقبت.

استمرار مراقبت در این پرسشنامه شامل استمرار اطلاعات و استمرار طولی و بین فردی می‌باشد. در حیطه اطلاعاتی شاخص‌ها شامل استفاده از کامپیوتر و نرم‌افزار، نگهداری اطلاعات پزشکی و توانایی استفاده از اطلاعات و تحلیل آن می‌باشد.

در حیطه استمرار طولی شاخص‌ها شامل ویزیت در سال، طول مدت ارتباط بیمار و ارائه‌کننده می‌باشد. در حیطه بین فردی شاخص شامل ارتباط بیمار- ارائه‌کننده می‌باشد.

استمرار اطلاعات که شامل نگهداری اطلاعات پزشکی، استفاده از کامپیوتر و نرم‌افزار، توانایی استفاده

از اطلاعات و تحلیل آن می‌باشد، از نیازمندی‌های لازم برای استمرار مراقبت می‌باشد. نگهداری اطلاعات پزشکی توسط پزشکان خانواده در مازندران به‌خوبی انجام می‌گرفت. در دو استان استفاده از کامپیوتر رایج بود ولی برنامه نرم‌افزاری کمتر استفاده می‌شد (۳/۴۳٪) و یا دارای قابلیت ضعیفی بود (۹/۳۱٪). تعداد کمی از پزشکان (۴/۲۸٪) اعتقاد داشتند که امکان فراهم آوری لیست بیماران با تشخیص بیماری خاص و یا خطر سلامت از سیستم نگهداری اطلاعات کنونی به‌راحتی امکان‌پذیر بوده است. ۸۸٪ پزشکان اظهار کردند که فرم ارجاع را برای تمامی بیماران ارجاعی تکمیل کرده‌اند ولی ۵۷٪ آن‌ها پس‌خوراند کافی را از پزشکان متخصص دریافت داشته‌اند.

در این مطالعه استمرار طولی بر اساس دو شاخص مدت‌زمان ثبت‌نام بیمار در مرکز و تعداد ویزیت در یک سال محاسبه شد. همچنین به‌طور متوسط در طول یک سال بیماران ۵/۵ بار توسط پزشکان و ۳ بار توسط تیم سلامت ویزیت شده بودند به‌طوری‌که برای مثال توسط تیم سلامت برای ۲۳٪ از بیماران در یک سال، هیچ ویزیتی انجام نگرفته بود. بخش استمرار بین فردی، به ارزیابی بیماران از شایستگی‌های پزشکان خانواده شامل مهارت بالینی، مهارت برقراری ارتباط، مهارت اطلاعات و اطمینان و اعتماد آنان به پزشک خانواده خود تأکید داشت. یک‌سوم پاسخ‌گویان اظهار داشته‌اند که مدت‌زمانی که برای هر ویزیت انجام گرفته است تا ۵ دقیقه طول کشیده است و این زمان کمابیش برای ۸۰٪ بیماران تا ۱۰ دقیقه بوده است. تعداد کمی از پزشکان خانواده از وضعیت شخصی بیماران اطلاع داشته‌اند. نتایج نشان داده است که ۲۹٪ از پزشکان خانواده از بیماری‌ها و مشکلات قبلی بیماران اطلاع داشته‌اند. بیشتر بیماران از طرز رفتار پزشکان راضی بوده‌اند. این در حالی است که ۴۰ تا ۵۰٪ بیماران اظهار داشته‌اند که پزشکان خانواده قبل از نوشتن دارو از تمایلات و ترجیحات آنان جويا شده و توضیحات کافی در مورد بیماری به آن‌ها داده‌اند (۳).

## بحث و نتیجه‌گیری

در شواهد به‌دست‌آمده برای ارزشیابی تداوم خدمات به بعد و تعدادی شاخص استفاده شده است که شامل موارد زیر می‌باشد: تداوم مراقبت اطلاعاتی (در دسترس بودن اطلاعات دقیق بیماران برای ارائه‌دهندگان در سراسر یک نظام مراقبت‌های بهداشتی) شامل سه معیار نگهداری پرونده پزشکی بیماران، کامپیوتری شدن اطلاعات و شیوه‌ها، ارتباط بین پزشک خانواده و سایر پزشکان می‌باشد.

تداوم مراقبت بین فردی یا اطلاعاتی (رابطه فردی مداوم بین بیمار و ارائه‌دهنده مراقبت) که شامل معیارهای مشاهده توسط یک پزشک خانواده مشخص در همه ویزیت‌ها مشاوره، زمان مشاوره و رضایت بیماران می‌باشد. تداوم مراقبت در طول زمان (مراقبت‌های ارائه‌شده به بیمار در طول زمان) شامل مدت‌زمانی که بیماران تحت پوشش یک پزشک خانواده بوده‌اند و نرخ ویزیت در یک سال می‌باشد.

## منابع

۱. کاظمیان م، تلوری فک. ارزیابی هدف دسترسی به مراقبت‌های سرپایی در برنامه پزشک خانواده روستایی با معیارهای تداوم مراقبت‌ها و دسترسی ب موقع به مراقبت‌ها در شهرستان گرگان. دو ماهنامه دانشور پزشکی. ۲۰۱۶؛۲۳(۱۲۰):۶۱-۷۲.
2. Jahromi VK, Mehrolhassani MH, Dehnavieh R, Anari HS. Continuity of Care Evaluation: The View of Patients and Professionals about Urban Family Physician Program. International journal of preventive medicine. 2017;8(7):7.
3. Kohpeima Jahromi V, Dehnavieh R, Mehrolhasani M. Evaluation of Urban Family Physician Program in Iran Using Primary Care Evaluation Tool. Iranian Journal of Epidemiology. 2018;134-44:(0)13.
۴. کاظمیان م، تلوری فک. ارزیابی دسترسی به مراقبت‌ها در برنامه پزشک خانواده با رویکرد جامعیت مراقبت‌ها. نشریه مدیریت اطلاعات سلامت. ۲۰۱۶؛۱۳(۴):۳۰۴-۹.
5. Ghobadifar MA. Which one is more important to being a good family physician for medical students, disease diagnosis or patient-doctor relationship? Korean J Fam Med. 2013;295-6:(4)34.



## هماهنگی خدمات ارائه شده

### مقدمه

هماهنگی عبارت است از فرآیند همسو کردن همه قسمت‌های سازمان به گونه‌ای که تصمیمات، وظایف، فعالیت‌ها و تخصص همه کارکنان و گروه‌ها برای نائل آمدن به اهداف از قبل تعیین شده در حداکثر مطلوبیت ممکن ترکیب و همسو شود. در طرح پزشک خانواده، پزشک مسئول هماهنگی و هدایت تیم ارائه‌دهنده خدمات سلامت (اعم از خدمات بهداشتی و درمانی) در منطقه تحت پوشش خود می‌باشد. پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی مسئولیت پیگیری سرنوشت وی به عهده پزشک و تیم سلامت است؛ بنابراین یکی از مهم‌ترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمت نمی‌توان از اصطلاح پزشک خانواده برای ارائه صرف خدمات درمانی استفاده کرد و ضمن اینکه خدمات سلامت در برنامه پزشک خانواده به شکل فعال ارائه می‌شود.

لذا اهمیت هماهنگی در طرح پزشک خانواده از الزامات ضروری برای اجرای موفقیت‌آمیز می‌باشد. در این عنصر به بررسی شواهد در زمینه هماهنگی طرح پزشک خانواده پرداخته شده است.

نتایج بررسی مستندات به دست آمده در ۹ آیتم دسته‌بندی شد و به تفصیل در زیر آورده شده است:

الف) ارزشیابی هماهنگی؛

ب) مشارکت‌های مردمی؛

ج) همکاری‌های بین بخشی؛

د) مشکلات مشارکت؛

ه) چالش‌ها؛

و) راهکارها.

### نتایج

نتایج بررسی مستندات به دست آمده به تفصیل در زیر آورده شده است:

#### الف) ارزشیابی هماهنگی

- ابزار مورد استفاده در این مطالعه شامل چهار بخش اصلی یک نظام مراقبت بهداشتی اولیه خوب بوده است که عبارت‌اند از: دسترسی به خدمات، استمرار مراقبت، هماهنگی ارائه مراقبت و جامعیت مراقبت. برای دستیابی به این چهار بخش، در پرسشنامه‌های به کار برده شده، از ابعاد و شاخص‌هایی استفاده شده که در بخش هماهنگی در حیطه هماهنگی بین سطوح شامل سیستم ارجاع و مختلف مراقبت شامل مشاوره و ارتباط با متخصصان می‌باشد.

نتایج در حیطه هماهنگی ارائه مراقبت نشان داد که تعداد ارجاع در بین پزشکان خانواده دارای پراکندگی بسیار زیادی بوده است. ارجاع بیمار به متخصصین زنان و زایمان، داخلی و اطفال دارای بیشترین مقدار و به آنکولوژیست کمترین مقدار بوده است. در کل ۱۴٪ مراجعین به پزشکان خانواده منجر به ارجاع می‌شد.

در نهایت مطالعه نشان داد که در ابعاد دسترسی به خدمات و جامعیت مراقبت، موفقیت نسبی داشته است؛ ولی در ابعاد هماهنگی بین سطوح ارائه خدمت و استمرار مراقبت، موفقیت کمتری نشان داد؛ لذا پیشنهاد می‌شود قبل از گسترش کشوری برنامه، حل ریشه‌ای چالش‌های آن مورد توجه قرار گیرد (۱).

### ب) مشارکت‌های مردمی

- هدف این مطالعه مقطعی بررسی تأثیر اجرای برنامه بر روند مشارکت‌های مردمی و همکاری‌های بین بخشی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز بوده است. روش نمونه‌گیری به روش آسان و کل شماری بود. در هر یک از شهرهای فوق تمامی پرونده‌های مربوطه در سال‌های مطالعه به‌عنوان نمونه مطالعه انتخاب و همراه با داده‌های حاصل از مصاحبه فردی با مسئولان مربوطه مورد بررسی قرار گرفتند. مشارکت‌های عمومی به‌عنوان یک اصل مهم در بهداشت عمومی از اجزای اصلی و پایه‌ای مراقبت‌های بهداشتی اولیه است که در غالب جوامع این مهم در خدمات مربوط به واحد بهداشت محیط تبلور پیدا می‌کند. مشارکت‌های اجتماعی در فعالیت‌های چون بسیج بهسازی محیط، بهسازی منابع آب، همکاری در جمع‌آوری و دفع زباله، پساب‌ها، مبارزه با سگ‌های ولگرد، کنترل آلودگی هوا، استفاده از سموم و بهداشت مدارس و... را می‌توان نام برد. یافته‌های مطالعه نشان داد که افزایش تعداد ابتکارات و اقدامات مشارکت مردمی در سال‌های مطالعه به‌ویژه بعد از اجرای طرح پزشک خانواده می‌باشد. به طوری که فراوانی اقدامات فوق از رقم ۹ در سال‌های قبل به ۱۵ در سال‌های بعد از پزشک خانواده رسیده است. همچنین فراوانی ابتکارات اجرایی شده از رقم ۳ در سال‌های قبل از پزشک خانواده به ۱۲ بعد از اجرای این طرح رسیده است (۲).

### ج) همکاری‌های بین بخشی

- هدف این مطالعه مقطعی بررسی تأثیر اجرای برنامه بر روند مشارکت‌های مردمی و همکاری‌های بین بخشی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز بوده است. روش نمونه‌گیری به روش آسان و کل شماری بود. در هر یک از شهرهای فوق تمامی پرونده‌های مربوطه در سال‌های مطالعه به‌عنوان نمونه مطالعه انتخاب و همراه با داده‌های حاصل از مصاحبه فردی با مسئولان مربوطه مورد بررسی قرار گرفتند. مشارکت‌های عمومی به‌عنوان یک اصل مهم در بهداشت عمومی از اجزای اصلی و پایه‌ای مراقبت‌های بهداشتی اولیه است که در غالب جوامع این مهم در خدمات مربوط به واحد بهداشت محیط تبلور پیدا می‌کند. مشارکت‌های اجتماعی در فعالیت‌های چون بسیج بهسازی محیط، بهسازی منابع آب، همکاری در جمع‌آوری و دفع زباله، پساب‌ها، مبارزه با سگ‌های ولگرد، کنترل آلودگی هوا، استفاده از سموم و بهداشت مدارس و... را می‌توان نام برد. همکاری‌های بین بخشی از دیگر اصول مهم و ارکان PHC می‌باشد. به‌ویژه در حوزه خدمات بهداشت محیط که متولیان گوناگونی در ارائه خدمات مربوطه مشارکت دارند. به‌عنوان مثال در امر زباله، مراکز تهیه و توزیع مواد خوردنی، آب شرب، سازمان‌ها و نهادهایی چون آب و فاضلاب، نیروی انتظامی،

شهرداری، وزارت کشور، اتحادیه‌های صنفی مختلف، ادارات صنایع به شدت درگیر بوده و می‌توان گفت که نقش مراکز بهداشتی بیشتر نظارتی و راهبردی است تا اجرایی. بدون شک ایفای نقش راهبردی نیازمند همکاری‌های بین بخشی گسترده می‌باشد که در این مطالعه سه شاخص تعداد جلسات برگزار شده توسط بهداشت محیط، تعداد توافقات انجام شده مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های مطالعه نشان داد که افزایش فراوانی جلسات بین بخشی برگزار شده در سال‌های مطالعه به‌ویژه بعد از اجرای طرح پزشک خانواده می‌باشد. به طوری که فراوانی جلسات بین بخشی از رقم ۱۹ در سال‌های قبل از پزشک خانواده به ۲۴ بعد از اجرای این طرح رسیده است. همچنین فراوانی توافقات انجام شده از رقم ۲۹ در سال‌های قبل از پزشک خانواده به ۳۳ بعد از اجرای این طرح رسیده است (۲).

#### د) مشکلات مشارکت

• هدف این مطالعه ارزشیابی مشارکت مردم و سایر بخش‌ها در برنامه پزشک خانواده بوده است. مطالعه به روش ترکیبی انجام گرفته و نمونه‌گیری در بخش کمی به روش تصادفی و در بخش کیفی به صورت هدفمند انجام گردید. ابزار مورد استفاده در بخش کمی پرسشنامه سلامت (۸ حیطه) و در بخش کیفی مصاحبه عمیق فردی و بحث گروهی متمرکز با ۶ هدف اختصاصی بود که از طریق مصاحبه فردی با مدیران برنامه در سطح استان، با افراد صاحب نظر و مردم اجرا شد. یافته‌ها نشان داد که عدم مشارکت مردم به دلیل برخی کمبودها، مشارکت ابزاری برای تأمین امکانات و هزینه‌های سلامت است. در بحث مشارکت بخش‌ها، به تفاوت وضعیت تعامل بین بخشی و سطح مشارکت ابزاری در آن می‌توان اشاره کرد. در حیطه جلب مشارکت مردم در ارتقای سلامت عوامل شامل:

۱. فقدان مشارکت مردمی: در اکثر بحث‌ها در مورد مشارکت مردم، عدم تأمین مناسب مشارکت مورد اشاره قرار گرفت. از عوامل مؤثر می‌توان به مواردی چون؛ بعد مکانی برخی از روستاها، ارتباط مشارکت با خصوصیات فردی و بومی بودن پزشکان، نداشتن برنامه و ضوابط مشخص و فرصت ناکافی پزشکان به عنوان مسئول تیم اشاره کرد؛

۲. فقدان ضمانت اجرایی برای مشارکت: در برخی از بحث‌های انجام شده مشارکت‌کنندگان اظهار کردند که برای موضوع تأمین مشارکت مردم در ارزیابی عملکرد کارکنان جایی در نظر گرفته نشده است. به همین علت این‌گونه فعالیت‌ها جدی گرفته نمی‌شوند و بیشتر، مبتنی بر علائق شخصی کارکنان و روابط آنان با مردم است؛

۳. مشارکت ابزاری: در تمامی بحث‌های انجام شده، نمونه‌های مشارکت به‌طور عمده به مشارکت ابزاری مردم برای تأمین امکانات و هزینه‌های مراقبت‌های سلامت تأکید داشتند. هرچند تأمین این حد از مشارکت نیز وابسته به خصوصیات فردی کارکنان و توان آن‌ها برای جلب اعتماد مردم ذکر شد. در خصوص سایر سطوح مشارکت به‌ویژه مشارکت افراد برای ایجاد تغییرات در برنامه پزشک خانواده مورد خاصی ذکر نشد. به نظر می‌رسد اصولاً سازوکاری برای سازمان‌دهی سطوح بالاتر

مشارکت جامعه در این برنامه پیش‌بینی نشده است یا حتی در صورت پیش‌بینی در برنامه اجرایی نشده است (۳).

## ۵) چالش‌ها

۱. مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفی چالش‌ها و راهکارهای اجرای سیاست پزشک خانواده روستایی انجام گرفته است. داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختارمند و مرور اسنادی انجام پذیرفته است. جامعه مورد مطالعه در این تحقیق همه سیاست‌گذاران، دانشگاهیان، مدیران، برنامه‌ریزان حوزه سلامت، پزشکان، کارشناسان و کارکنان فعال حوزه سلامت در سطوح ملی (ستاد وزارت بهداشت- ستاد، دانشکده‌ها و معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های مختلف کشور)، استانی (ستاد دانشگاه علوم پزشکی، معاونت‌ها، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، شبکه‌های بهداشت و مراکز بهداشت استان و شهرستان‌های مختلف) و شهرستانی (ستاد شبکه و مرکز بهداشت شهرستان مراکز بهداشتی و درمانی و خانه‌های بهداشت) بودند. مجموع ۲۶ مصاحبه عمیق فردی صورت گرفت در نهایت کدهای استخراجی در ۶ تم اصلی و ۲۸ زیرتم دسته بندی شده است.

شرکت‌کنندگان اظهار داشته‌اند که ناهماهنگی و به‌روز نبودن محتوای آموزش پزشکی با PHC و پزشک خانواده روستایی که منجر شده پزشکان عمومی برای فعالیت به‌عنوان پزشک خانواده روستایی توانمند نباشند: پزشکان ما برای فعالیت به‌عنوان پزشک خانواده تربیت نشده‌اند. بلکه برای درمان تربیت شده‌اند. این پزشکان به قوی Case Manager نیستند در واقع Health Manager هستند.

ناآشنایی و ناهماهنگی متولیان برنامه پزشک خانواده روستایی با ضوابط و موازین برنامه که با عدم پیش‌بینی درست و جامع، اجرای برنامه را با مشکل مواجه کرده است: از بدو امر دیدگاه مسئولین در مورد پزشک خانواده یکی نبود و مسائلی که در وزارتخانه مطرح بود مربوط به ساختار و سخت‌افزار می‌شد اینکه چند پزشک جذب کنیم؟ چقدر پول بدهیم؟ ولی در مورد کیفیت و نحوه فعالیت پزشک خانواده که چه کاری را و چگونه انجام دهد؟ بحث محتوا زیاد مطرح نبود (۴).

۲. مطالعه‌ای کیفی با هدف بررسی چالش‌ها و موانع برنامه پزشک خانواده روستایی از دیدگاه ذی‌نفعان در استان کردستان انجام شده است. مشارکت‌کنندگان شامل ذینفعان کلیدی برنامه پزشک خانواده روستایی شامل مدیران، کارشناسان، پزشکان و ماما‌های شاغل در برنامه پزشک خانواده، پزشکان بخش خصوصی، کارشناسان بیمه سلامت و گیرندگان خدمت بودند. داده‌ها از طریق مصاحبه ساختاریافته و بحث گروهی متمرکز برای جمع‌آوری شد.

یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی، در ۱۶ زیر طبقه و ۵ طبقه نهایی طبقه‌بندی شدند که شامل چالش‌های تولیدی، چالش‌های ارائه خدمت، چالش‌های فرهنگی و آموزشی، چالش‌های نیروی انسانی و چالش‌های زیرساختی طبقه‌بندی شدند.

یکی از تم‌های فرعی چالش‌های تولیدی ضعف در هماهنگی بین بخش و درون بخشی می‌باشد که شامل ضعف در جلب همکاری بین بخشی و همکاری نامناسب واحدهای درون بخشی می‌باشد. در این حیطه مصاحبه‌شوندگان اظهار داشته‌اند که: «همکاری و هماهنگی درون بخشی در اجرای برنامه وجود

ندارد؛ همکاری بین بخشی لازم برای اجرای برنامه جلب نشده است و باوجود اشاره به جذب حمایت سازمان‌های مردم‌نهاد در دستورالعمل اجرای برنامه پزشک خانواده مشارکت این سازمان‌ها در برنامه کم‌رنگ است». یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «حتی درون بخش خودمان هم مشکل داریم، حالا بین بخش هم که هیچی، بین بخش سخت هست» (۵).

۳. مطالعه ترکیبی حاضر باهدف تعیین چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی در استان خراسان رضوی انجام شده است. داده‌ها از طریق مصاحبه با ۱۱ مدیر و ۹ پزشک خانواده شاغل در طرح در خراسان رضوی جمع‌آوری شد. سپس بر اساس نتایج مصاحبه‌ها پرسشنامه‌ای طراحی شد. در تحلیل محتوای کیفی ۹ مفهوم اساسی (برنامه‌ریزی جامع، نظام بیمه درمان، جبران خدمات، ارزیابی عملکرد، امکانات و تسهیلات رفاهی، جذب و حفظ نیروی انسانی، نظام اطلاعات، فرهنگ‌سازی و تأمین مالی) شناسایی شدند. در مفهوم اصلی برنامه‌ریزی جامع یکی از مفهوم‌های فرعی عدم هماهنگی بین بخشی است. بسیاری از مشارکت‌کنندگان به ناهماهنگی بین دو وزارتخانه متولی طرح برنامه پزشک خانواده (وزارت رفاه و وزارت بهداشت) اشاره کردند که این موضوع باعث کاهش سرعت تصمیم‌گیری‌ها می‌شود؛ بیمه‌ها در پایش‌های خود به... درمان بیشتر توجه دارند درحالی‌که در پزشک خانواده بحث... مدیریت سلامت بوده که در آن باید با آموزش مردم، کنترل عوامل محیطی اثرگذار، اصلاح شیوه زندگی و مشارکت مردم بیماری‌ها کاهش پیدا می‌کرد نه با درمان (۶).

۴. هدف از انجام این پژوهش بررسی درک، آگاهی و انتظارات پزشکان و مردم شهر شیراز استان فارس می‌باشد. در این مطالعه کیفی و مقطعی مصاحبه نیمه ساختارمند با ۳۰ نفر انجام گرفت. نتایج در خصوص دیدگاه پزشکان ۵ کد اصلی با عناوین: عدم وجود زیرساخت کافی، مشکلات نظام پرداخت، همکاری درون/بین بخشی ضعیف، دیدگاه‌های اشتباه در خصوص پزشک خانواده و ۱۷ محور فرعی استخراج شد. همکاری درون و بین بخشی ضعیف شامل تم‌های فرعی همکاری ضعیف بیمه‌ها در طرح پزشک خانواده و همکاری ضعیف سطوح ارجاع در خصوص پس‌خوراند می‌باشد. در تم فرعی همکاری ضعیف بیمه‌ها در طرح پزشک خانواده شرکت‌کنندگان بیان کردند که همکاری ضعیف بیمه‌ها عامل ضعف مهمی در اجرا و انگیزه پزشکان خانواده است. مصاحبه‌شونده‌ای در این خصوص بیان کرد: قسمتی از بودجه اولیه طرح پزشک خانواده از بودجه بیمه بود و بیمه تمایلی به همکاری نداشت و نداره در تم فرعی همکاری ضعیف سطوح ارجاع در خصوص پس‌خوراند شرکت‌کنندگان بیان کردند که همکاری پزشک‌های متخصص کمه یعنی الان به نفع پزشک متخصص شده ما فقط ارجاع می‌دیم چون مردم این طوری می‌خوان و ارتباط بخش یک با دو ارجاع خوب نیست بخش دو به بخش یک پس‌خوراند خوب و خوانایی ندارد (۷).

۵. این مطالعه کیفی با هدف تحلیلی بر استقرار برنامه پزشک خانواده شهری با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان انجام شده است. داده‌ها از طریق مصاحبه با ۹ نفر از اعضای هیئت‌علمی، پزشکان خانواده، مدیران ارشد و کارشناسان سلامت مطلع از برنامه‌ی پزشک خانواده جمع‌آوری شد.

یکی از نقاط ضعف شناسایی شده هماهنگی و ارتباطات درون‌سازمانی می‌باشد.

یکی از مشکلات، تربیت نیروی انسانی متناسب با اهداف پزشک خانواده، ناهماهنگی در دانشگاه‌های

علوم پزشکی است. «پزشکان در ابتدای طرح نمیدونستند که طرح چیه و کار بهداشتی چی هست. نظام آموزش در علوم پزشکی دنیایی دیگه دارد، با این که نیاز جامعه یک چیز دیگه است. اگر از نیروی انسانی بپرسند چه کاری میتونید انجام بدید، پاسخ مشخص است کاری بلد نیستند». همچنین نظام ارجاع نقش اساسی در موفقیت و به ثمر نشستن برنامه دارد که نیازمند هماهنگی تمام بخش‌ها است. «بیمارستان‌ها با سطح اول هماهنگ نیستند و کار خودشان را انجام نمیدن. ما فقط مهر میزنیم و ارجاع میدیم و بیمارستان برای کاهش هزینه‌ها مریض رو به ما ارجاع معکوس میده» (۸).

## و) راهکارها

۱. در این مطالعه اطلاعات از یک مطالعه ملی با عنوان "ارزیابی مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران" به دست آمد همچنین از روش مثلث سازی استفاده شد و داده‌ها با استفاده از ابزار ارزیابی مراقبت‌های اولیه، مصاحبه با کارشناسان و مدیران اجرایی و بررسی نظام‌مند چالش‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران جمع‌آوری شده است.

بر اساس یافته‌های این مطالعه موارد زیر پیشنهاد شده است: اشتراک یک دیدگاه تخصصی جمعی. طراحی یک سیستم اطلاعاتی یکپارچه؛ بهبود نظام آموزشی از طریق ارائه آموزش‌های آکادمیک بر حسب نیاز. تقویت همکاری نمایندگان جامعه و معتمدین مردم در ارائه مراقبت. توسعه مشارکت‌های بین بخشی با سازمان‌های مرتبط با منافع جمعی؛ تعدیل حجم کار منابع انسانی؛ استفاده از پرونده الکترونیک سلامت و ارجاع خودکار افراد در کنار آموزش مناسب و ترویج فرهنگ فلسفه موجود مراقبت‌های اولیه بهداشتی. برجسته کردن نقش ارائه‌دهندگان خدمات به‌عنوان اعضای تیم مراقبت؛ حذف عوامل بی‌ثباتی تأمین‌کنندگان و ثبات در رویکرد مدیریت باوجود تغییرات در مدیریت ارشد (۹).

۲. در طرح بازنگری برنامه ادغام سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده ترکیبی از مطالعات مروری و روش‌های کیفی استفاده شد.

راهکارهای جلب مشارکت شامل:

الف) اجرای برنامه‌های مشارکتی با سازمان‌های خارج از بخش سلامت: هدف این است که حداقل سه برنامه‌ی ارتقایی، پیشگیری و بازتوانی مشارکتی راه‌اندازی شود (برای مثال با مشارکت وزارت آموزش و پرورش و یا سازمان بهزیستی). در این زمینه تدوین و احیای برنامه همکاری‌های بین بخشی در ارتقای سلامت روان جامعه، جلب مشارکت و همکاری سازمان‌ها و تشکیل کمیته بین بخشی، برقراری منظم جلسات کمیته بین بخشی و تدوین و اجرای برنامه‌های بهداشت روان مشترک و نظارت بر آن‌ها لازم است.

مشارکت کارشناسان و متخصصان سطح دوم ارائه خدمات در نظارت بر خدمات اولیه در نظام پزشک خانواده: هدف این است که تعداد بیشتری از کارشناسان و متخصصان بهداشت روان سطح دوم در آموزش و ارزیابی و نظارت بر سطح اول، فعالیت کنند. به این منظور تدوین دستورالعمل اجرایی برای مشارکت سطح دوم در پایش و نظارت بر خدمات اولیه و اجرای این دستورالعمل لازم است.

توانمندسازی دریافت‌کنندگان خدمت و خانواده‌های آن‌ها برای مشارکت در برنامه‌ریزی و ارزشیابی خدمات سلامت روان: هدف این است که در هر یک از دانشگاه‌های کشور، گروه‌هایی متشکل از دریافت‌کنندگان خدمت، برای

مشارکت در برنامه‌ریزی و تدارک خدمات توانمند شوند. برای این هدف لازم است که تعدادی از دریافت‌کنندگان خدمت و خانواده‌های آن‌ها انتخاب شده و ضمن توانمندسازی، در برنامه‌ریزی خدمات مشارکت داده شوند (۱۰).

## بحث و نتیجه‌گیری

در این عنصر به بررسی شواهد در مورد هماهنگی پرداخته شده است. شواهد پژوهشی اندکی در مورد هماهنگی انجام شده است؛ و بیشتر شواهد به بحث همکاری پرداخته‌اند. همچنین اکثر مطالعات به چالش‌های هماهنگی اشاره کرده بودند که شامل ناهماهنگی و به‌روز نبودن محتوای آموزش پزشکی با PHC و پزشک خانواده روستایی، ضعف در جلب همکاری بین بخشی و همکاری نامناسب واحدهای درون بخشی و همکاری ضعیف بیمه‌ها در طرح پزشک خانواده و همکاری ضعیف سطوح ارجاع در خصوص پس‌خوراند بوده است. برای اجرای مناسب این طرح باید هماهنگی چه در بخش سلامت و چه در خارج بخش سلامت ارتقا یابد تا شاهد اجرای موفق پزشک خانواده باشیم.

## منابع

1. Kohpeima Jahromi V, Dehnavieh R, Mehrolhasani M. Evaluation of Urban Family Physician Program in Iran Using Primary Care Evaluation Tool. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2018;134-44:(0)13؛.
۲. جباری ر، بخشیان ف، بیرامی حج، زاده را، خامنیان ژ. بررسی روند تحقق اصول مشارکتهای مردمی و همکاری‌های بین بخشی در سطح اول ارائه خدمات قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده. *مجله تصویر سلامت*. ۲۰۱۱؛۲۴(۳):۱-.
۳. اعتمادی ف، افضلی حم، دژمان م. ارزیابی جلب مشارکت مردم و همکاری‌های بین بخشی در برنامه پزشک خانواده در روستاهای ایران. *مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم*. ۲۰۱۵؛۱۸(۳):۱۸۲-۹۳.
۴. شیرجنگ ا، پور سم، اصلی ام، دشمنگیر ل. چالش‌ها و راهکارهای اجرای پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه کیفی. *مجله تصویر سلامت*. ۲۰۲۰؛۱۱(۱):۶۲-۷۳.
۵. محمدی ج، محمدی ا، ولیئی س، نسب نا، بیدارپور ف، مرادی ق. چالش‌ها و موانع برنامه پزشک خانواده روستایی از دیدگاه ذی‌نفعان در استان کردستان: مطالعه کیفی. *مجله اپیدمیولوژی ایران*. ۲۰۱۹؛۲۰(۱):۴۷-۵۶.
۶. هوشمند ا، زادگان زن، پور حا، اسماعیلی حا، نجار عو. چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی شمال شرق ایران از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در طرح. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*. ۲۰۱۹؛۹(۴):۱۷۹۴-۸۰۸.
۷. ترابی اردکانی ع، حسینی س، ارومیه ای ن، میرزایی س. درک، آگاهی و انتظارات مردم و پزشکان از اجرای طرح پزشک خانواده: مطالعه موردی شهر شیراز (مطالعه موردی). *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*. ۱۳۹۴؛۳۳(۲):-.
۸. عابدی ق، مروی ا، سلطانی کنتایی ا، عابدینی ا، اسدی علی آبادی م، صفی زاده چم مختاری خ، et al. تحلیلی بر استقرار برنامه پزشک خانواده شهری با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان: یک مطالعه کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه)*. ۲۰۲۲؛۲۷(۱۵۵):۱۳۹۶-۲۲۲(L۰۰۲۲#).-.
9. Poursheikhali A, Dehnavieh R. How do primary care providers work together in the Iranian PHC system? *Med J Islam Repub Iran*. 2020;34:164؛.
۱۰. بوالهیری ج، کبیرک، حاجبی ا، یزدی سعب، رفیعی ح، اصل ما، et al. بازنگری برنامه ادغام سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۲۰۱۶؛۲۲(۲):۱۳۴-۴۶.



# پایش و ارزیابی عملکرد خدمت‌گران (پزشکان و اعضای گروه سلامت)

## مقدمه

پایش و ارزیابی عملکرد برنامه‌ها، جزء جدایی‌ناپذیر برنامه‌هایی است که به صورت اصولی تدوین می‌شوند. این اقدام، معمولاً به منظور بررسی میزان دستیابی به اهداف تعیین شده انجام می‌شود. البته نحوه پایش و ارزیابی برنامه می‌بایست در ابتدای برنامه تعیین و شاخص‌ها و دوره‌های پایش نیز مشخص شود. با عنایت به اینکه در ابتدای طرح پزشکی خانواده، این چنین تدبیری اندیشیده نشده است، در نهایت در حین اجرا و در پایان طرح به صورت پراکنده ابعاد مختلفی از برنامه مورد بررسی قرار گرفته است؛ لذا در این قسمت سعی بر آن بوده تا نتایج ارزیابی‌های انجام شده، با توجه به حیطه مورد ارزیابی، دسته‌بندی و خلاصه‌سازی شود. نتایج در ۶ دسته مجزا به شکل زیر طبقه‌بندی شد:

الف) ارزیابی عملکرد پزشکان؛

ب) ارزیابی نحوه تجویز دارو؛

ج) نقاط قوت و ضعف طرح؛

د) چالش‌های اجرایی؛

و) کیفیت خدمات؛

ه) عملکرد کلی.

## نتایج

در ادامه جزئیات هر یک از دسته‌های بالا به تفصیل آمده است.

### الف) ارزیابی عملکرد پزشکان

۱. در پژوهشی که به منظور ارزیابی میزان رضایت مردم از خدمات پزشکی خانواده انجام شده بود، رضایت مردم از پزشک خانواده و تیم سلامت بیش از ۹۰٪ بود. کمترین نمره عملکرد پزشکان خانواده در حیطه مشارکت جامعه و بیشترین نمره مربوط به نتایج بود. حیطه نتایج بیشتر آیت‌های رضایت‌سنجی را شامل می‌شد. در کل عملکرد پزشک خانواده خوب ارزیابی شده است (۱).

۲. در مطالعه‌ای دیگر که به منظور ارزیابی مهارت‌های بالینی پزشکان انجام شده بود، میزان مهارت‌های پزشکان عمومی در ارائه بسته خدمات بهداشتی درمانی پایین ارزیابی شده و نیاز به مداخلات برای ارتقای مهارت‌های آنها بود. اختلاف زیادی بین دانش و مهارت پزشکان شرکت‌کننده در پژوهش وجود داشت. آگاهی کلی در مورد سل بیشتر از همه بود و اطلاعات پزشکان در مورد زیج حیاتی پایین‌ترین نمره را کسب کرده بود. از جمله علل کمبود مهارت پزشکان اشاره شده به ضعف‌های آموزشی در ارائه واحدهای درسی، عدم علاقه دانشجویان به این مباحث در طول تحصیل و کم‌کاری واحد آموزش مداوم دانشگاه. میانگین نمره علاقه‌مندی پزشکان زن نسبت به حوزه بهداشت بیشتر از پزشکان مرد بود و

- مردان بیشتر به حوزه درمان علاقه داشتند. هرچه سابقه خدمت پزشکان بیشتر باشد میزان مهارت‌های آنها کاهش می‌یابد. آزمون آسکی ابزار خوبی برای ارزیابی مهارت‌های بالینی پزشکان است (۲).
۳. در مطالعات مختلفی عملکرد تخصصی پزشکان مورد بررسی قرار گرفته است. درمورد آگاهی از راهنمای پوکی استخوان، اگرچه اکثر پزشکان خانواده به اهمیت اقدامات پیشگیرانه اعتقاد داشتند؛ اما تعداد محدودی از آنها دانش و عملکرد خوبی در مورد پوکی استخوان داشتند و کمتر از یک چهارم از دستورالعمل‌های ملی آگاهی داشتند (۳).
۴. عملکرد پزشکان خانواده در تشخیص ناهنجاری‌های مادرزادی دقیق بود. نظام مراقبت بهداشتی می‌تواند برنامه پزشک خانواده را به عنوان یک رویکرد موثر برای تشخیص و مدیریت بالینی ناهنجاری‌های مادرزادی در نظر داشته باشد (۴).
۵. درمورد عملکرد پزشکان در کنترل سطح هموگلوبین گلیکولیزه دیابتی‌ها، پس از یک سال، ۲۴٪ بیماران هیچ مراقبتی دریافت نکردند، در حالی که ۵۸٪ حداقل سالی یک بار معاینه شدند. در میان بیماران ویزیت شده، ۲۳٪ مراقبت‌های پزشکی ۱ تا ۳ و ۲۳٪ چهار ویزیت یا بیشتر دریافت کردند. HbA1c در بیماران با مراقبت مناسب (چهار و بیشتر) در مقایسه با بیماران بدون مراقبت و بیماران با کمتر از چهار مراقبت به طور قابل توجهی کاهش یافت. در مجموع عملکرد در این زمینه قابل قبول می‌باشد (۵).
۶. درمورد پیشگیری از بارداری، روند کلی استفاده از اکثر روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری روبه رشد بوده است (توفیقات نسبی حاصل شده است)؛ ولی استفاده از دو روش قرص و توپکتومی روندی کاملاً نزولی داشته است (۶).
۷. در حیطه کنترل دیابت، گروه‌های پزشک خانواده توانستند به ترتیب ۳۱/۵ و ۵۵٪ از بیماران مبتلا به فشار خون و دیابت نوع ۲ موجود در مناطق روستایی شهرستان اصفهان را شناسایی کنند و تحت مراقبت قرار دهند. میزان بیماریابی در دو بیماری مورد مطالعه بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده نسبت به مدت قبل از آن، تفاوت آماری معنی دار داشت. به دنبال اجرای طرح بیمه همگانی سلامت برای روستاییان و آموزش‌های پیشگیرانه پزشک خانواده و گروه سلامت، عملکرد پزشک خانواده در بیماریابی بیماری‌های مزمن بهبود یافته است (۷).
۸. درمورد کنترل قندخون دیابتی‌ها، کیفیت مراقبت و کنترل قندخون بیماران دیابتی منطقه مورد مطالعه، نزدیک به مطالعات سطح کشوری است ولی از استانداردهای مطرح شده به ویژه انجمن دیابت آمریکا فاصله زیادی دارد (۸).
۹. عملکرد پزشک خانواده تغییرات زیادی را به لحاظ افراد ویزیت شده و همچنین خدمات آزمایشگاهی نشان نمی‌دهد. این موضوع می‌تواند ناشی از عدم برخورد فعال برای بیماریابی و ارائه خدمات به مردم باشد. علاوه بر این روند نزولی را می‌توان به حضور بیشتر پزشک متخصص و مراجعه مستقیم مردم به شهر برای دریافت خدمات نسبت داد (۹).

## ب) ارزیابی تجویز دارو

### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱	میانگین اقلام داروی تجویزی	پایین
۲	میانگین اقلام داروی تجویزی	بالا
۳	میانگین اقلام داروی تجویزی	متوسط

۱. میانگین تعداد اقلام تجویزی به ازای هر نسخه در واحدهای مجری برنامه پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد (۳/۱۸ قلم دارو) نسبت به هدف‌گذاری کشوری برنامه پزشک خانواده (۲/۵ قلم دارو) و استانداردهای جهانی (۱/۶ قلم دارو) بالاتر بوده است (۱۰).
۲. در پژوهشی دیگر، پس از اجرای برنامه پزشک خانواده سرانه تعداد نسخه صادره از ۰/۱۴۵ به ازای جمعیت در سال ۱۳۸۳ به ۰/۶۴۰ در سال ۱۳۹۰ افزایش یافته است، به عبارتی سرانه صدور نسخه بیش از ۴/۵ برابر افزایش داشت. افزایش سرانه نسخ دارویی در مناطق اجرای برنامه پزشک خانواده، حاکی از افزایش تسهیلات برای مراجعه مردم به واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت روستایی می‌باشد. از طرف دیگر، کاهش سرانه داروی تجویزی به ازای نسخ صادره توسط پزشکان خانواده، بیانگر آن است که پزشکان خانواده، اقلام دارویی کمتری را در هر بار مراجعه، برای بیماران تجویز کرده‌اند (۱۱).
۳. در پژوهشی دیگر که برای بررسی الگوی تجویز داروها انجام شده بود، تعداد اقلام دارویی بطور میانگین در هر نسخه ۳/۱ قلم دارو بوده است. بیشترین فراوانی داروهای تجویز شده مربوط به گروه داروهای آنتی میکروبیال و کمترین فراوانی داروهای گروه سیستم اعصاب مرکزی بود. بیشترین تجویز در بین اشکال دارویی را داروهای خوراکی داشتند و زنان بزرگترین مصرف‌کنندگان دارو بودند. ۵۰٪ سرانه پزشک خانواده صرف هزینه دارو شده بود به عبارت دیگر ارتباط معنی داری بین مقدار سرانه اختصاصی دارو و میزان تجویز دارو توسط پزشکان وجود داشت. میانگین اقلام دارویی نسخ در این مطالعه از متوسط جهانی بالاتر ذکر شده. آموزش با محوریت تجویز صحیح دارو، اصول نسخه نویسی و توجه به اندیکاسیون پزشکی، تغییر نگرش نسبت به مصرف صحیح دارو به ویژه در زنان نیاز می‌باشد (۱۲).

### ج) نقاط قوت و ضعف طرح

نقاط قوت طرح شامل فراهمی خدمات سلامت، دسترسی آسان به خدمات سلامت، سطح بندی خدمات و کاهش هزینه‌های غیرضروری، نقاط ضعف شامل مدیریت و برنامه‌ریزی، منابع انسانی، منابع فیزیکی، فرآیند ارائه خدمات، نظام ارجاع، پرونده الکترونیک سلامت، مکانیسم پرداخت، سازمان‌های خریدار خدمت، هماهنگی درون‌بخشی، نظام کنترل و ارزشیابی شناسایی شدند. فرصت‌ها شامل حمایت‌های مسئولان، پشتوانه قانونی، نیروی انسانی آموزش دیده و در دسترس، ظرفیت بخش خصوصی در کنار بخش دولتی و تهدیدها شامل همگام نبودن بخش خصوصی و دولتی، بازار سلامت و نیازهای جامعه بودند (۱۳).

در مطالعه‌های دیگر مهم‌ترین نقطه قوت این طرح در اختیار داشتن زیر ساخت آماده به خدمت دولتی و تعهدات سازمانی و مهم‌ترین نقطه ضعف، شکاف اطلاعاتی میان ارائه دهندگان و گیرندگان خدمات بیان شده. مهم‌ترین فرصت تاکید مقام معظم رهبری و تعهد و عزم ملی بر انجام آن در دولت و مجلس و در نهایت مهم‌ترین تهدید عدم همکاری بین‌بخشی مناسب بود (۱۴).

#### د) چالش‌های اجرایی

۱. چالش‌های این سی است به هفت مقوله اصلی شامل: مکانیزم‌های انگیزشی نامناسب، ضعف در اثربخشی آموزشی، ضعف در جامعیت دستورالعمل‌های اجرایی، ضعف در کفایت سرانه و تخصیص آن، کارآمدی پایین نظام مدیریت اطلاعات سلامت، نقص در زنجیره ارجاع و بسترسازی فرهنگی ناکافی تقسیم و پیشنهاد شد که برای نتیجه‌گیری بهتر از اجرای طرح، ارزیابی دوره‌ای چالش‌های اجرایی طرح صورت گیرد چرا که این کار فرصت مناسبی را برای ارتقای کارکرد سیاست در راستای اهداف از پیش تعیین شده، فراهم می‌آورد. بعلاوه، توجه بیشتر به برطرف کردن موانع و محدودیت‌ها از سوی مسئولان ملی و محلی به عنوان یکی از ضروریات ذکر شده است (۱۵).
۲. هر چند که اجرای طرح پزشک خانواده با دستاوردهایی در زمینه افزایش دسترسی به خدمات، بهبود هماهنگی سازمان‌های بیمه‌گر پایه و دانشگاه‌ها و ساماندهی پرونده‌های سلامت همراه بوده است ولی برنامه پزشک خانواده شهری با چالش‌های متعددی در اهداف و حوزه‌های تولید، نحوه ارائه خدمات و تأمین منابع مالی، انسانی و اطلاعاتی روبرو بوده است (۱۶).
۳. هر چند اصل طرح گام خوبی برای تقویت نظام سطح بندی ارائه خدمات می‌باشد ولی چالش‌هایی در زمینه تقویت هماهنگی سطوح مختلف ارائه خدمت، جلب همکاری سازمان‌های مردم نهاد و آموزش و فرهنگ سازی وجود دارد (۱۷).
۴. بزرگترین چالش نبود برنامه‌ریزی جامع بود. از دیدگاه مدیران به تنهایی مهم‌ترین چالش در حوزه تأمین مالی بود. با توجه به اینکه اکثر چالش‌های شناسایی شده در این مطالعه با اهمیت هستند و مدیران و پزشکان آن‌ها را تأیید کرده‌اند، می‌توان از طریق توجه به شفافیت بیشتر در دستورالعمل‌ها و تفاهم‌نامه‌های اجرایی سیاست، توجه به نیازهای انگیزشی و نیازهای آموزشی پزشکان خانواده، بازنگری و بهبود روش‌های جمع‌آوری اطلاعات محیطی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد به رفع مسائل و چالش‌های مطرح شده پرداخت (۱۸).
۵. چالش‌های اساسی در حوزه‌های رهبری و حکمرانی، تأمین مالی، عملکرد ارائه دهندگان خدمات، آموزش و فرهنگ سازی، رفتار گیرندگان خدمات و نظارت و ارزیابی مواجهه است که بیشترین چالش‌های برنامه به حوزه رهبری و حکمرانی از قبیل کم رنگ بودن نقش بخش خصوصی در ارائه خدمات، عدم توجه مقامات سیاسی و مردم نسبت به برنامه و عدم پیش بینی زیرساخت‌های مورد نیاز برنامه و ... مربوط می‌شود (۱۹).
۶. بیشترین چالش‌های طرح پزشک خانواده در مطالعه مورد بررسی مربوط به عوامل فرهنگی، اقتصادی، محیطی و شرایط کاری بود. بزرگ‌ترین چالش در حوزه جبران خدمات و کوچک‌ترین آن در حوزه امکانات و تسهیلات رفاهی بوده است. بیشترین تفاوت دیدگاه مدیران و پزشکان در حوزه امکانات و تسهیلات رفاهی و کمترین آن در حوزه فرهنگ بوده است (۲۰).

۷. چالش‌های عمده مربوط به عوامل زمینه‌ای شامل فشار بین‌المللی برای اصلاحات و تسریع در اجرای برنامه به دلیل تغییرات مدیریتی بودند. چالش‌های مرتبط با اجرای برنامه شامل تأمین بودجه و تعامل با سازمان‌های بیمه‌گر بود (۲۱).
۸. چالش‌های اصلی در برنامه پزشک خانواده شامل عوامل فرهنگی، اقتصادی و محیطی و شرایط کاری است. اجرای این برنامه را می‌توان با فرهنگ‌سازی جامعه و اعمال تغییرات جزئی و عمده در زمینه‌های مورد اشاره بهبود بخشید (۲۲).
۹. تعداد پزشکان در مناطق روستایی (با کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت) از کمتر از ۲۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۵ به بیش از ۶۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۶، تنها یک سال پس از اجرای این برنامه افزایش یافته است. نزدیک به ۵۰٪ از مراکز بهداشتی اکنون دارای مکان‌های مسکونی قابل قبولی برای پزشک خانواده هستند و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در مناطق روستایی به طرز چشمگیری بهبود یافته است. برای اولین بار پس از رسیدن به اوج میزان مرگ و میر نوزادان و مادران از دهه ۱۹۹۰، تا ۳۵٪ کاهش در هر دو شاخص در برخی از مناطق دور افتاده روستایی به دست آمده است. یکی از مسائل اصلی در برنامه پزشک خانواده ایران این است که پزشکان فقط برای کار در مناطق روستایی آموزش دیده‌اند. برای غلبه بر این مشکل، یک دوره اجباری کوتاه در ابتدای قرارداد ترتیب داده شده است، بعلاوه یک برنامه توسعه حرفه‌ای مستمر که به‌تازگی با استفاده از یادگیری مجازی مبتنی بر اینترنت گسترش یافته است. برای کسانی که حداقل به مدت ۳ سال به عنوان پزشک خانواده کار می‌کنند، مقدمات ورود به دوره‌های تخصصی فراهم شده است. با این حال، هنوز تأمین مالی یک چالش برای این برنامه است. ایجاد زیرساخت‌ها و پرداخت‌های طرح پزشک خانواده به جای وزارت بهداشت، به وزارت رفاه تازه تأسیس سپرده شده است و این مورد برنامه را در ابتدا با موانع بزرگی مواجه ساخت. با توجه به وضعیت فعلی مراقبت‌های بهداشتی در ایران، طرح پزشکی خانواده موفقیتی بی‌نظیر است. در برخی از مراکز، پرداخت به پزشکان چیزی حدود سه برابر پرداخت پایه یک استاد در بهترین دانشگاه‌ها است. بیشتر پزشکان عمومی فقط به عنوان بخشی از خدمات عمومی ۲ ساله اجباری خود وارد پروژه می‌شوند. برای پزشکان مردی که خدمت سربازی خود را همزمان با وظایف عمومی انجام می‌دهند؛ کار به عنوان پزشک خانواده در مقایسه با پزشکان نظامی که در همان منطقه خدمت می‌کنند، درآمد سرانه را ۴۰ برابر می‌کند. بعلاوه پاداش‌های دیگر و یک نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد در برخی از مراکز وجود دارد. این مشوق‌ها برنامه را بسیار رقابتی می‌کند و در برخی مواقع باعث می‌شود توصیه‌نامه‌هایی برای ورود به طرح ارائه شود. چالش دیگر شکاف بزرگ بین درآمد متخصصان و پزشکان عمومی است. این نابرابری همچنان برنامه‌های مقیمی را جذاب‌تر از پروژه پزشک خانواده می‌کند (۲۳).
۱۰. کمبود قابل توجه پزشک و پرستار در تیم‌های مستقر در سطوح اول و عدم اقبال متخصصان در سطوح بالاتر جز مشکلات اصلی ذکر شده است. برای سهولت دسترسی بیماران به پزشکان طرف قرارداد طرح پزشک خانواده چه در سطح دو و چه در سطح سه لازم است تمهیداتی برای جذب متخصصان به منظور ثبت نام در طرح مذکور اندیشیده شود. برای افزایش در میزان مشارکت پزشکان متخصص در طرح پزشک خانواده پیشنهاد شده از انگیزاننده‌های (مالی و غیر مالی) و امتیازات ویژه استفاده شود (۲۴).

## و) کیفیت خدمات

### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱	میزان رضایت مردم از کیفیت خدمات پزشکی	پایین
۲	کیفیت خدمات	پایین

۱. میزان رضایت از کیفیت خدمات پزشکی خانواده از دیدگاه گیرندگان این خدمات، ۱۰٪ به دست آمده است. بیشترین میزان رضایت از کارایی خدمات (۷۰٪) بوده است و کمترین میزان رضایت مربوط به فراهمی (۰٪) است. برخی خدمات پزشک خانواده عملکرد ضعیفی داشته و کیفیت خدمات از سطح مطلوبی برخوردار نبود. بنابراین توجه و برنامه‌ریزی برای تأمین برخی شاخص‌ها از قبیل «فراهم بودن» و «مناسب بودن امکانات و تسهیلات» می‌تواند در بهبود کیفیت خدمات پزشک خانواده و همچنین میزان رضایت‌مندی مشتریان خدمت مثمر ثمر باشد (۲۵).

۲. میانگین نمره اکتسابی بسیاری از مولفه‌های پزشک خانواده از جمله ملزومات و تجهیزات اداری و پزشکی، ارجاع بیماران و پیگیری آنها، تکمیل پرونده سلامت جمعیت تحت پوشش و جامعه، تشکیل هیئت امناء، ارائه پسخوراند ارجاع از سطح دو و صدور گواهی فوت کمتر از حد انتظار بوده است؛ لذا در کل کیفیت اجرایی خوبی نداشته است (۲۶).

## ه) عملکرد کلی

### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱	رضایت مردم و کارکنان از عملکرد ارجاعی پزشکان	بالا
۲	نمره عملکرد تیم سلامت	متوسط
۳	نمره عملکرد تیم سلامت	بالا
۴	کنترل کسورات	بالا
۵	خارج از موضوع مورد بررسی	-
۶	ابزارهای پایش عملکرد	پایین
۷	نمره عملکرد گروه سلامت	متوسط

۱. پزشکانی که سابقه کار بیشتری داشتند عملکرد بهتری داشتند. بیش از ۹۵٪ مردم و کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی نظام ارجاع و پزشک خانواده را موثر دانسته و از عملکرد پزشکان خانواده خود رضایت داشته‌اند. نظام ارجاع مطابق ضوابط استانی توسط پزشکان به درستی رعایت نشده. پرونده الکترونیک برای تمامی جمعیت تحت پوشش تشکیل نشده است. گروه سلامت با مردم و مسئولان محلی ارتباط خوبی نداشتند (۲۷).

۲. میانگین سطح عملکرد در دو حیطة عملکرد خارجی و ارتقای سلامت پایین‌تر از حد متوسط بوده و در حیطة‌های مدیریت سلامت، پیشگیری و بهداشت و مراقبت‌های سلامت و ارجاع متوسط بوده است (۲۸).
۳. عملکرد کلی برنامه خوب برآورد شده است، ولی هنوز مواردی مثل نظام ارجاع و ارائه پسخوراند از پزشکان متخصص به سطح یک، پیگیری عاقبت بیماران و تکمیل پرونده سلامت وجود دارد. دسترسی به خدمات تا حدودی بهبود یافته است و هزینه‌های غیر ضروری کاهش پیدا کرده است، با این حال هنوز بینش سلامت‌نگر مطلوب در اذهان نهادینه نشده است. پاسخگویی پزشک خانواده در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی سطح اول تا حدودی موفق برآورد شده. هزینه‌های غیر ضروری در سطوح اول کاهش یافته است. تأثیر پزشکی خانواده بر روی مهمترین شاخص‌های سلامت مثبت ارزیابی شده است. میانگین رضایت پزشکان حدود ۲۵٪، رضایت ماماها ۵۴٪ و رضایت گیرندگان خدمات بالایی متوسط ارزیابی شده (۲۹).
۴. میانگین درصد کسورات برنامه در طول پنج سال از ۱۹٪ به ۱۳٪ کاهش یافته است. کسورات دارویی و پایش افزایش یافته ولی کسورات پاراکلینیک و مازاد جمعیت کاهش یافته است. در طول دوره پنج ساله میانگین ریزش پزشکان خانواده و ماماها به ترتیب ۵۳٪ و ۹۰٫۳٪ بوده است. به‌رغم بهبود نسبی در برخی از شاخص‌ها، میزان جذب و ریزش پزشکان در برنامه نشان از این دارد که ماندگاری پزشکان در سطح مطلوبی نیست (۳۰).
۵. حیطة‌های ارزیابی عملکرد در هشت حوزه اصلی شامل: رهبری و سرپرستی، تأمین مالی، تولید منابع، ارائه خدمات، کیفیت، دسترسی، کارایی/بهره‌وری و وضعیت سلامت جامعه طبقه‌بندی شده است. هر یک از ابعاد اصلی دارای چندین زیرمعیار است که نشان‌دهنده گستردگی و پیچیدگی عملکرد ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سطح اول است. سنجش عملکرد در حوزه سلامت، به ویژه مراقبت‌های اولیه، موضوعی چند بعدی است. اندازه‌گیری عملکرد تک بعدی می‌تواند پشتوانه سیاست‌ها و تصمیمات نادرست باشد (۳۱).
۶. فرآیند (زمان انجام، مشارکت واحدها، شیوه ارائه نتایج)، ابزار (بازبینی) و نتایج (محاسبات شاخص‌های استراتژیک، گروه‌بندی نتایج و تأثیر آن بر تعیین مزایای مرتبط) پایش عملکرد پزشکان خانواده در همه شهرستان‌های استان‌های شمالی کشور یکسان و کامل نیست؛ لذا برای اثر بخش‌تر شدن آن باید پایش فصلی پزشکان خانواده مورد بازنگری قرار گیرد (۳۲).
۷. به‌رغم اینکه ابعاد آموزش، ارائه خدمات، مدیریت عملکرد و ارتباط با بیمار وضعیت مناسبی دارد ولی ابعاد مشارکت جامعه و مدیریت سلامت منطقه ضعیف ارزیابی شده و نیاز به بهبود دارد (۷).

## بحث و نتیجه‌گیری

ارزیابی عملکرد پزشکان در زمینه جلب رضایت بیماران، اطلاع از راهنمای پوکی استخوان، تشخیص ناهنجاری‌های مادرزادی و پایش بیماران دیابتی بالا بوده است. در زمینه کنترل سطح هموگلوبین گلیکولیزه دیابتی‌ها، پیشگیری از بارداری و کنترل قند خون متوسط عمل شده و نتیجه عملکرد در مورد مهارت‌های بالینی و بیماریابی پایین بوده است. در مجموع به نظر می‌رسد عملکرد پزشکان در این زمینه بالایی متوسط می‌باشد. میانگین ارقام دارویی تجویزی در یک مطالعه پایین، در یکی بالا و در دیگری متوسط بوده است و در مجموع عملکرد در این زمینه متوسط برآورد می‌شود.

در دو مطالعه مجزا به بررسی عوامل داخلی و خارجی طرح پرداخته است که به نظر می‌رسد ارتباط چندانی با پایش و ارزیابی خدمت‌گران ندارد.

از نه مقاله‌ای که به بررسی چالش‌های پزشک خانواده پرداخته‌اند، فقط یک مورد عملکرد گروه پزشکی خانواده را در افزایش دسترسی مردم به خدمات، جز فرصت‌ها برشمرده است و مابقی اشاره‌ای به موضوع مورد بررسی نکرده‌اند.

در دو مطالعه‌ای که کیفیت خدمات ارائه شده توسط گروه پزشکی خانواده را ارزیابی کرده‌اند، نمرات پایینی به این حیطة اختصاص داده‌اند و عملکرد در بعد کیفیت خدمات ارائه شده پایین است.

از کل شش مطالعه مرتبط با موضوع مورد بررسی، میزان رضایت مردم و کارکنان از عملکرد ارجاعی پزشکان، نمره عملکرد کلی گروه و عملکرد گروه در کنترل کسورات، بالا ارزیابی شده است. از طرفی در دو مطالعه نمره عملکرد کلی تیم متوسط ارزیابی شده، بعلاوه اینکه ابزارهای پایش ارزیابی عملکرد نمره پایینی را کسب کرده‌اند. در کل به نظر می‌رسد عملکرد کلی گروه بالاتر از متوسط ارزیابی شده است.

در نهایت با توجه به نتایج عملکرد در شش بعد مورد بررسی، به نظر می‌رسد، خدمت‌گران گروه‌های پزشکی خانواده، بجز در حیطة کیفیت خدمات ارائه شده، در سایر حیطة‌ها عملکرد بالایی متوسط داشته‌اند.

## منابع

۱. کشفی، نجات، قدیر، یزدانخواه، زاده ح، رخشانی، et al. بررسی نحوه‌ی عملکرد پزشکان خانواده روستایی استان فارس در راستای اجرای طرح پزشک خانواده ۱۳۹۲. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا. ۶(۲): ۲۰۲-۹.
۲. حسن ج، مهوش عزن، محمدحسین فز، علی ب، مهرباب ص. ارزیابی مهارت‌های بالینی پزشکان خانواده استان فارس با استفاده از آزمون بالینی مبتنی بر مشاهده (OSCE).
3. Mahdaviazad H, Keshtkar V, Emami MJ. Osteoporosis guideline awareness among Iranian family physicians: results of a knowledge, attitudes, and practices survey. Primary health care research & development. 2018;48(5):19-25.
4. Abdolahi HM, Maher MHK, Karamouz M, Afsharnia F, Khosroshahi H, Dastgiri S. How accurate is diagnosis of congenital anomalies made by family physicians? Health Promotion Perspectives. 2014;15(2):4-8.
5. Mahdavi AR, Etemad K, Haider M, Alavinia SM. The effect of seeing a family physician on the level of glycosylated hemoglobin (HbA1c) in type 2 Diabetes Mellitus patients. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. 2013;15(1):12-15.
۶. علیپور، عباس، حبیبیان، طباطبایی، رضا س. بررسی روند تغییرات در الگوی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده بر آن در جمعیت روستایی شهرستان ساری از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران. ۹(۱): ۴۷-۵۵.
۷. خدیوی، هاشمی، سطر، سیر ف، ا، روحانی. عملکرد پزشکان خانواده‌ی شاغل در مناطق روستایی شهرستان اصفهان در بیماری‌های دیابت شیرین و فشار خون طی ۵ سال گذشته. مجله دانشکده پزشکی اصفهان. ۱۲(۲۰۹): ۱۶۵۰-۶۱.



۸. پیشه‌د، عزیزی، اسماعیلی د، حقیری، لطفعلی، کریمی، et al. کیفیت مراقبت و کنترل قندخون در بیماران دیابتی نوع دو مناطق روستایی تحت پوشش پزشک خانواده. مجله دیابت و متابولیسم ایران. ۱۵؛ ۲۰۱۴؛ (۳)۱۸۹-۹۸.
۹. پور ا، حسینی، الهه س، محمودیان، پیام، نجار و، et al. ارزیابی عملکرد تیم پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان بردسکن طی سال‌های ۹۱-۸۸. بیهق. ۱۵؛ ۲۰؛ (۲)۲۶-۳۴.
10. Ghobadifar MA. Which one is more important to being a good family physician for medical students, disease diagnosis or patient-doctor relationship? Korean Journal of Family Medicine. 2013;295:(4)34.
۱۱. خدیوی، یاراحمدی، امین، اسلامیه، رضوان، نژادخ. میانگین مصرف داروها قبل و بعد از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی شهرستان اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان. ۱۴؛ ۲۰؛ (۲۷۱)۳۱؛ ۲۴۰۳-۱۱.
۱۲. احمدی ب، عرب م، نریمیساپ، پیروش، جانانی، پور ن، et al. بررسی الگوی تجویز دارو توسط پزشکان خانواده و سرانه دارو در شهرستان اهواز. مدیریت بهداشت و درمان. ۱۳؛ ۲۰؛ (۳۴)۲۵-۳۴.
۱۳. عابدی ق، مروی ا، سلطانی کنتایی ا، امیر، عابدینی، آبادی اع، et al. تحلیلی بر استقرار برنامه پزشک خانواده شهری با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان: یک مطالعه کیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۱۷؛ ۲۰؛ (۱۵۵)۲۷؛ ۷۹-۹۳.
۱۴. صلاح الدین ا. ارزیابی اجرای طرح پزشک خانواده بر اساس مدل (SWOT) در کشور ایران. آموزش پزشکی و توسعه. ۱۳۹۲؛ سال ششم (۲): ۷۲-.
۱۵. مهرالحسنی م، سیریزی مج، پورحسینی س، آبادی ویف. چالش‌های اجرای سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان کرمان: یک مطالعه کیفی. مجله بهداشت و توسعه. ۱۲؛ ۲۰؛ (۳)۱۹۳-۰.
۱۶. دمازی، مقدم و، عباس، گوران ر، کبیر ج، محمد. ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان‌های فارس و مازندران: پیشینه، دستاوردها، چالش‌ها و راه حل‌ها. Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research. 2016;14(2).
17. Mohammadi Bolbanabad J, Mohammadi Bolbanabad A, Valiee S, Esmailnasab N, Bidarpour F, Moradi G. The Views of Stakeholders about the Challenges of Rural Family Physician in Kurdistan Province: A Qualitative Study. Iranian Journal of Epidemiology. 2019;47-56:(1)15.
۱۸. محمدیان، محترم، نجار و، عیدگاهی ن، جاجرمی، هوشمند. بررسی چالش‌های طرح پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و پزشکان در استان خراسان شمالی، ۱۳۹۵. فصلنامه علمی-پژوهشی علوم پیراپزشکی و توانبخشی. ۱۸؛ ۲۰؛ (۱)۷؛ ۱۴-۲۴.
۱۹. احمد ش، سعادمپ، ایروان م، لیلا دگ. چالش‌ها و راهکارهای اجرای پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه کیفی.

۲۰. الهه ه، زهره ن، حسین اپ، اله اح، علی ون. چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی شمال شرق ایران از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در طرح.
21. Mehrolohasani MH, Jahromi VK, Dehnavieh R, Iranmanesh M. Underlying factors and challenges of implementing the urban family physician program in Iran. BMC Health Services Research. 2021;12(1):21.
22. Nejatizadegan Z, Ebrahimipour H, Hooshmand E, Tabatabaee SS, Esmaili H, vafaeNajar A. Challenges in the rural family doctor system in Iran in 2013–14: a qualitative approach. Family practice. 2016;42(5):33.
23. Hatmi ZN, Malekpour M. Family physicians in Iran: success despite challenges. The Lancet. 2010;376(9752):1541.
۲۴. رئیس‌یان، شاهرخ، اسلامیان، ازم، محمد، باستانی، et al. ارزیابی طرح پزشک خانواده شهری در مراکز پایلوت تحت پوشش دانشگاه جندی شاپور اهواز. مجله پی‌اورد سلامت. ۲۰۱۳؛۷(۱):۱۱-۲۰.
۲۵. بابایی ع، صادقی، وحیدی، رضاقلی، اکابری، آر ش س. تعیین کیفیت خدمات تیم پزشک خانواده از دیدگاه گیرندگان خدمت در شهرستان عجب شیر: ۱۳۸۸. سلامت و بهداشت. ۲۰۱۴؛۵(۲):۱۷۰-۸۱.
۲۶. چمن ر، امیری م، راعی م، علی‌نژاد م، شیروانی سدنپ. اجرای طرح ملی پزشک خانواده در شهرستان شاهرود: وضعیت مراکز مجری و بررسی کیفیت اجرا. فصلنامه پژوهش حکیم. ۲۰۱۱؛۱۴(۲):۱۲۳-۹.
۲۷. زهره اح، اله عر، مهدیه م. بررسی نحوه عملکرد پزشکان خانواده در استان یزد.
28. Amiri HA, Kabir M, Shirvani SN, Kebria R. Performance of family physicians (FPs) from viewpoint of managers and experts of northern provinces of Iran. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2015;79-85(4):17.
۲۹. جباری، شریفی‌راد، شکری، آزاد، زیاری ب، کردی، et al. نگاهی بر عملکرد پزشک خانواده روستایی در ایران. مدیریت اطلاعات سلامت. ۲۰۱۳؛۹(۷):۱۱۳۲-۴۵.
۳۰. آبادی یف، وحید، خسروی، سجاد، اسماعیلی ا. ارزیابی عملکرد برنامه پزشک خانواده روستایی: مطالعه موردی دانشگاه علوم پزشکی کرمان. طلوع بهداشت. ۲۰۱۴؛۱۲(۴):۴۸-۵۹.
31. Noorihekmat S, Rahimi H, Mehrolohasani MH, Chashmyazdan M, Haghdoost AA, Tabatabaee SVA, et al. Frameworks of performance measurement in public health and primary care system: A scoping review and meta-synthesis. International Journal of Preventive Medicine. 2020;11.
32. Nasrollahpour Shirvani SD, Mikanik E, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Jafari N, Tahmasbi B, et al. Evaluation of the referral system situation in family physician program in northern provinces of Iran: 2012-2013. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2014;27-35(109):23.

## روش ارزیابی مستمر برنامه

### مقدمه

هدف از ارزیابی برنامه پزشکی خانواده سنجش میزان دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده به طور پیوسته است. برای ارزیابی مستمر برنامه باید شاخص‌های ارزیابی تعریف و نحوه سنجش این شاخص‌ها تعیین شود. مطالعات مرتبط با ارزیابی که در حیطه پزشکی خانواده انجام شده‌اند را میتوان در حیطه‌های زیر مورد بررسی قرار داد:

الف) چالش‌های مربوط به ارزشیابی؛

ب) زمانبندی ارزشیابی؛

ج) ملزومات؛

د) نحوه/ ابزار ارزشیابی.

### نتایج

در این قسمت به بررسی و توضیح هر یک از حیطه‌های بالا پرداخته شده است.

#### الف) چالش‌های مربوط به ارزشیابی

۱. این مطالعه کیفی یکی از چالش‌های اجرای پزشکی خانواده را نبود ارزیابی و نظارت‌های جامع، کافی و موثر از طرف سازمان‌های ناظر و خریدار خدمت می‌داند (۱).

#### ب) زمانبندی ارزشیابی

۱. در این مطالعه که با استفاده از مرور متون و مصاحبه انجام شده است، به بازنگری برنامه ادغام سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده پرداخته است. یکی از پیشنهاد‌های ارائه شده مربوط به ارزشیابی دوره‌ای برنامه بهداشت روان است و هدف آن است که ارزشیابی برنامه سلامت روان به طور منظم (هر سه سال) انجام شود. در این راستا لازم است که شاخص‌ها و دستورالعمل ارزشیابی دوره‌ای برنامه تعیین شود، انتخاب مجری از طریق ساز و کارهای بررسی کیفی و کمی معین انجام و نتایج طبق برنامه زمانبندی منتشر و بر اساس نتایج به دست آمده بازنگری‌های لازم انجام شود (۲).

#### ج) الزامات/ موارد مورد ارزشیابی

۱. در این مطالعه که با استفاده از مرور متون و مصاحبه انجام شده است، به بازنگری برنامه ادغام سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده پرداخته است. یکی از پیشنهاد‌های ارائه شده مربوط به ارزشیابی دوره‌ای برنامه بهداشت روان است و هدف آن است که ارزشیابی برنامه سلامت روان به طور منظم (هر سه سال) انجام شود. در این راستا لازم است که شاخص‌ها و دستورالعمل ارزشیابی دوره‌ای برنامه تعیین شود، انتخاب مجری از طریق ساز و کارهای بررسی کیفی و کمی معین انجام و نتایج طبق برنامه زمانبندی منتشر و بر اساس نتایج به دست آمده بازنگری‌های لازم انجام شود (۲).

۲. در این مطالعه که به صورت ترکیبی (کمی - کیفی) انجام شد یک مدل اعتباربخشی تدوین شده است که می‌تواند برای ارزیابی برنامه‌های بهبود عملکرد در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی استفاده شود. در این مدل حوزه‌های ارزشیابی عبارتند از: دسترسی (دسترسی جغرافیایی / فیزیکی، زمانی، اقتصادی و فرهنگی)، مراقبت جامعه محور، تداوم مراقبت (تداوم اطلاعات، تداوم ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، تداوم مراقبت در لایه‌های مختلف مراقبت)، کیفیت و ایمنی مراقبت، حقوق بیمار در مراقبت‌های ارائه شده، مدیریت اطلاعات، مدیریت منابع انسانی، کارایی مراقبت، برنامه‌ریزی در ارائه مراقبت، ارزیابی مراقبت، مدیریت منابع و تحقیقات نظام سلامت (۳).
۳. در این مطالعه که با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته انجام شده است به بررسی میزان موفقیت برنامه پزشک خانواده در سه حیطه ساختار، فرآیند و نتایج از دیدگاه مدیران و کارشناسان پرداخته است. حیطه ساختاری شامل: تجهیزات، فضای فیزیکی، نیروی انسانی، آگاهی و مهارت کارکنان، بسته خدمات و تأمین مالی بود. از این حیطه نمره کسب شده ۳،۷۳ با انحراف معیار ۷۵ صدم بود (از نمره حداکثر ۵). حیطه فرآیندی شامل: مراقبت بیماری‌های غیرواگیر، پایش و ارزشیابی، سلامت مادران و کودکان، بهداشت مدارس، مراقبت بیماری‌های واگیر، بهداشت محیط و حرفه‌ای و آموزش بهداشت بود. نمره کسب شده این حیطه ۳/۷۴ با انحراف معیار ۸۵ صدم بود. حیطه نتایج نیز شامل: تجویز منطقی دارو، بهبود شاخص‌های بهداشت مدارس، بهبود شاخص‌های مراقبت بیماری‌های غیرواگیر، بهبود شاخص‌های سلامت مادران و کودکان، بهبود شاخص‌های بهداشت محیط و حرفه‌ای، بهبود شاخص‌های آموزش بهداشت، بهبود شاخص‌های مراقبت بیماری‌های واگیر، میزان رضایت کلی از برنامه، ارجاع منطبق بر نیاز و ارجاع معکوس از سطح دو. میانگین نمره حیطه نتایج ۳/۶۸ با انحراف معیار ۸۹ صدم بدست آمد (۴).
۴. در این مطالعه به مقایسه وضعیت مراقبت بیماران دیابتی نوع ۲ در کلینیک تخصصی پزشک خانواده با وضعیت پایگاه‌های پزشک خانواده عمومی با استفاده از بازبینی پرداخته شده بود. بیماران مورد مطالعه شامل دو گروه از بیماران بودند که ۶۴ نفر مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی پزشک خانواده و ۱۹۰ نفر بیمار از پایگاه‌های پزشک خانواده عمومی به صورت تصادفی انتخاب شده بودند. بیماران از لحاظ نمایه توده بدنی، فشار خون، معاینه حسی و عروقی پا، آلبومین ادرار و ... مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. نتایج نشان داد که وضعیت مراقبت در کلینیک تخصصی پزشک خانواده بهتر از مطب‌های پزشکان عمومی خانواده است (۵).
۵. در این مطالعه به بررسی کمیت منابع و الزامات اساسی تأمین شده در برنامه پزشکی خانواده در استان‌های شمالی ایران پرداخته شده است. ۱۳۹ مرکز به طور تصادفی انتخاب شد و از لحاظ برخورداری از امکانات و منابع (مانند داروخانه، واحد بهداشت، فور، ترالی، نگاتوسکوپ و ...) مورد مقایسه قرار گرفتند (۶).
۶. در این مطالعه به ارزیابی مراکز بهداشتی درمانی شهرستان شاهرود با استفاده از بازبینی و پرسشنامه پرداخته شده است. موارد بررسی شده شامل: وضعیت مراکز مجری از نظر نیرو و امکانات عمومی و فنی مانند آمبولانس، وجود واحدهای بهداشتی، تزریقات و ... بود. ارزشیابی از طریق مصاحبه و مشاهده انجام شده است. نتایج نشان‌دهنده کمبود ملزومات و تجهیزات اداری و پزشکی، ارجاع بیماران و پیگیری آنها، تکمیل پرونده سلامت، بازخوردهای ارجاع و گواهی فوت کمتر از میزان انتظار بود (۷).

۷. در این مطالعه با استفاده از بازبینه به ارزیابی طرح پزشک خانواده در استان خوزستان پرداخته شده است. بازبینه شامل وضعیت نیروی انسانی موجود به تفکیک وظیفه، نیروهای متخصص ثبت‌نام کرده در برنامه پزشک خانواده در سطوح دوم و سوم نظام ارجاع و همچنین در مرکز استان بود. ارزشیابی از طریق مصاحبه و مشاهده انجام شده است. نتایج نشان داد در رشته‌های تغذیه، پرستار و پزشک کمبود نیروی انسانی وجود دارد و در برخی شهرها استقبال پزشکان متخصص دارای مطب از طرح زیاد نبود (۸).

۸. در این مطالعه از طریق پرسشنامه محقق ساخته به ارزیابی برنامه پزشک خانواده روستایی در ایران از دیدگاه مدیران پرداخته است. اجزای بررسی شده شامل موارد زیر بود: فضای فیزیکی مطلوب و مراکز و پایگاه‌های تمیز، تعداد پزشک خانواده حاضر در زمان انجام وظیفه، هماهنگی قبلی پزشک خانواده با سازمان‌های مرتبط و تعویض پزشک در صورت غیبت، رعایت پرداخت حقوق مراقبان سلامت تا سرانه ۱۲٪، رعایت عدم دریافت وجه از بیماران برای خدمات رایگان تأمین و تکمیل فضای فیزیکی و تجهیزات مورد نیاز، اجرای بهینه بسته‌های خدماتی بیماری‌های تحت پوشش، ورود اطلاعات جامع در سیستم SIB، ارجاع بیماران در چارچوب نشانه واقعی تأمین ابزار تزریق و بانداژ، همکاری در ایجاد و تقویت همکاری خارج شیکه و جلب مشارکت جامعه، برگزاری جلسات آموزشی برای گروه‌های هدف، انجام مراقبت‌های بهداشتی یکپارچه (کودکان، جوانان و ...). شناسایی و مراقبت به موقع زنان باردار، میزان ارجاع بازخورد پزشکان سطح ۲، کیفیت ارجاع بازخورد پزشکان سطح ۲، رضایت از پرداخت ماهانه و فصلی به پزشکان، کفایت حق الزحمه پزشک خانواده در مقایسه با سایر کارکنان بهداشتی و درمانی. میانگین عملکرد کلی  $2,83 \pm 0,64$  از ۵ بدست آمد (۹).

۹. این مطالعه با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته به ارزیابی برنامه پزشک خانواده در سه حیطة ساختار، فرآیند و پیامدها با استفاده از نظرات مدیران، کارشناسان بهداشت و درمان و کارشناسان بیمه سلامت پرداخته است. در حیطة ساختار؛ تجهیزات، فضای فیزیکی، نیروی انسانی، آگاهی و مهارت کارکنان، بسته خدمات و تأمین مالی مورد ارزیابی قرار گرفتند. در حیطة فرآیند؛ مراقبت از بیماری‌های غیر واگیر، پایش و ارزیابی، سلامت مادران و کودکان، سلامت مدرسه، مراقبت بیماری عفونی، بهداشت حرفه‌ای و آموزش بهداشت مورد ارزیابی قرار گرفتند. در حیطة پیامدها تجویز منطقی دارو، بهبود شاخص‌های سلامت مدارس، بهبود شاخص‌های مراقبت از بیماری‌های غیر واگیر، بهبود شاخص‌های سلامت مادر، بهبود شاخص‌های بهداشت محیطی و شغلی، بهبود شاخص‌های آموزش بهداشت، بهبود شاخص‌های مراقبت از بیماری‌های عفونی، رضایت کلی از برنامه و ارجاع معکوس از سطح دو مورد ارزیابی قرار گرفت. میانگین نمره حیطة ساختار (۴,۲۷)، فرآیند (۴,۳۳) و پیامدها (۴,۳۱) بدست آمد. نمرات کسب شده از برنامه پزشک خانواده روستایی به طور معنی‌داری بیشتر از برنامه پزشک خانواده شهری بود (۱۰).

#### د) نحوه/ ابزار ارزشیابی

۱. در این مطالعه ترجمه و بومی‌سازی ابزار ارزیابی نظام ارجاع RSAM (Referral Systems Assessment and Monitoring) مبتنی بر پزشک خانواده ارائه شده است. نسخه فارسی ابزار ارزیابی و پایش نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده از طریق مکاتبه با نویسنده مسئول مقاله قابل دسترسی خواهد بود (۱۱)

۲. در این مطالعه به مقایسه وضعیت مراقبت بیماران دیابتی نوع ۲ در کلینیک تخصصی پزشک خانواده با وضعیت

پایگاه‌های پزشک خانواده عمومی با استفاده از بازبینه پرداخته شده بود. بیماران مورد مطالعه شامل دو گروه از بیماران بودند که ۶۴ نفر مراجعه کننده به کلینیک تخصصی پزشک خانواده و ۱۹۰ نفر بیمار از پایگاه‌های پزشک خانواده عمومی به صورت تصادفی انتخاب شده بودند. بیماران از لحاظ نمایه توده بدنی، فشار خون، معاینه حسی و عروقی پا، آلبومین ادرار و ... مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. نتایج نشان داد که وضعیت مراقبت در کلینیک تخصصی پزشک خانواده بهتر از مطب‌های پزشکان عمومی خانواده است (۵).

۳. در این مطالعه یه ارزیابی مراکز بهداشتی درمانی شهرستان شاهرود با استفاده از بازبینه و پرسشنامه پرداخته شده است. موارد بررسی شده شامل: وضعیت مراکز مجری از نظر نیرو و امکانات عمومی و فنی مانند آمبولانس، وجود واحدهای بهداشتی، تزریقات و ... بود. ارزشیابی از طریق مصاحبه و مشاهده انجام شده است. نتایج نشان دهنده کمبود ملزومات و تجهیزات اداری و پزشکی، ارجاع بیماران و پیگیری آنها، تکمیل پرونده سلامت، بازخوردهای ارجاع و گواهی فوت کمتر از میزان انتظار بود (۷).

۴. در این مطالعه با استفاده از بازبینه به ارزیابی طرح پزشک خانواده در استان خوزستان پرداخته شده است. بازبینه شامل وضعیت نیروی انسانی موجود به تفکیک وظیفه، نیروهای متخصص ثبت نام کرده در برنامه پزشک خانواده در سطوح دوم و سوم نظام ارجاع و همچنین در مرکز استان بود. ارزشیابی از طریق مصاحبه و مشاهده انجام شده است. نتایج نشان داد در رشته‌های تغذیه، پرستار و پزشک کمبود نیروی انسانی وجود دارد و در برخی شهرها استقبال پزشکان متخصص دارای مطب از طرح زیاد نبود (۸).

## بحث و نتیجه‌گیری

- در رابطه با چالش‌های مربوط به ارزشیابی یکی از چالش‌های اجرای پزشکی خانواده، نبود ارزیابی و نظارت‌های جامع، کافی و موثر از طرف سازمان‌های ناظر و خریدار خدمت شناخته شده است.
  - در مطالعه‌ای که با هدف بازنگری برنامه ادغام سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده انجام شده است، در رابطه با زمانبندی ارزشیابی پیشنهاد شده است که ارزشیابی برنامه سلامت روان به طور منظم و هر سه سال انجام شود.
  - در رابطه با ملزومات ارزشیابی موارد زیر در مطالعات مختلف پیشنهاد شده است؛ ارزشیابی‌ها به طور منظم و دوره‌ای انجام شود، شاخص‌ها و دستورالعمل ارزشیابی دوره‌ای برنامه تعیین شود، انتخاب مجری ارزشیابی از طریق ساز و کارهای بررسی کیفی و کمی معین انجام و نتایج طبق برنامه زمانبندی منتشر و بر اساس نتایج به دست آمده بازنگری‌های لازم انجام شود.
- حوزه‌هایی که باید مورد ارزشیابی قرار گیرند عبارتند از: دسترسی (دسترسی جغرافیایی/ فیزیکی، زمانی، اقتصادی و فرهنگی)، مراقبت جامعه محور، تداوم مراقبت (تداوم اطلاعات، تداوم ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، تداوم مراقبت در لایه‌های مختلف مراقبت)، کیفیت و ایمنی مراقبت، حقوق بیمار در مراقبت‌های ارائه شده، مدیریت اطلاعات، مدیریت منابع انسانی، کارایی مراقبت، برنامه ریزی در ارائه مراقبت، ارزیابی مراقبت، مدیریت منابع و تحقیقات نظام سلامت، برخورداری از امکانات و منابع (مانند داروخانه، واحد بهداشت، فور، ترالی، نگاتوسکوپ و ...)، وضعیت مراکز مجری از نظر نیرو و امکانات عمومی و فنی مانند آمبولانس، وجود واحدهای بهداشتی، تزریقات و ...

در یک مطالعه نیز با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته به ارزیابی برنامه پزشک خانواده در سه حیطة ساختار، فرآیند و پیامدها پرداخته شده است؛ در حیطة ساختار؛ تجهیزات، فضای فیزیکی، نیروی انسانی، آگاهی و مهارت کارکنان، بسته خدمات و تأمین مالی مورد ارزیابی قرار گرفتند. در حیطة فرآیند؛ مراقبت از بیماری‌های غیر واگیر، پایش و ارزیابی، سلامت مادران و کودکان، سلامت مدرسه، مراقبت بیماری عفونی، بهداشت حرفه‌ای و آموزش بهداشت مورد ارزیابی قرار گرفتند. در حیطة پیامدها تجویز منطقی دارو، بهبود شاخص‌های سلامت مدارس، بهبود شاخص‌های مراقبت از بیماری‌های غیر واگیر، بهبود شاخص‌های سلامت مادر، بهبود شاخص‌های بهداشت محیطی و شغلی، بهبود شاخص‌های آموزش بهداشت، بهبود شاخص‌های مراقبت از بیماری‌های عفونی، رضایت کلی از برنامه و ارجاع معکوس از سطح دو مورد ارزیابی قرار گرفت.

در مطالعه‌ای دیگر موارد زیر برای ارزیابی، مورد توجه قرار گرفته است؛ تجهیزات، فضای فیزیکی، نیروی انسانی، آگاهی و مهارت کارکنان، بسته خدمات و تأمین مالی مورد ارزیابی قرار گرفتند. در حیطة فرآیند؛ مراقبت از بیماری‌های غیر واگیر، پایش و ارزیابی، سلامت مادران و کودکان، سلامت مدرسه، مراقبت بیماری عفونی، بهداشت حرفه‌ای و آموزش بهداشت مورد ارزیابی قرار گرفتند. در حیطة پیامدها تجویز منطقی دارو، بهبود شاخص‌های سلامت مدارس، بهبود شاخص‌های مراقبت از بیماری‌های غیر واگیر، بهبود شاخص‌های سلامت مادر، بهبود شاخص‌های بهداشت محیطی و شغلی، بهبود شاخص‌های آموزش بهداشت، بهبود شاخص‌های مراقبت از بیماری‌های عفونی، رضایت کلی از برنامه و ارجاع معکوس از سطح دو مورد ارزیابی قرار گرفتند.

و در مطالعه‌ای دیگر توجه به موارد زیر برای ارزیابی توصیه شده است؛ فضای فیزیکی مطلوب و مراکز و پایگاه‌های تمیز، تعداد پزشک خانواده حاضر در زمان انجام وظیفه، هماهنگی قبلی پزشک خانواده با سازمان‌های مرتبط و تعویض پزشک در صورت غیبت، رعایت پرداخت حقوق مراقبان سلامت تا سرانه ۱۲٪، رعایت عدم دریافت وجه از بیماران برای خدمات رایگان تأمین و تکمیل فضای فیزیکی و تجهیزات مورد نیاز، اجرای بهینه بسته‌های خدماتی بیماری‌های تحت پوشش، ورود اطلاعات جامع در سیستم SIB، ارجاع بیماران در چارچوب نشانه واقعی تأمین ابزار تزریق و بانداژ، همکاری در ایجاد و تقویت همکاری خارج شبکه و جلب مشارکت جامعه، برگزاری جلسات آموزشی برای گروه‌های هدف، انجام مراقبت‌های بهداشتی یکپارچه (کودکان، جوانان و ...)، شناسایی و مراقبت به موقع زنان باردار، میزان ارجاع بازخورد پزشکان سطح ۲، کیفیت بازخورد پزشکان سطح ۲، رضایت از پرداخت ماهانه و فصلی به پزشکان، کفایت حق الزحمه پزشک خانواده در مقایسه با سایر کارکنان بهداشتی و درمانی.

- در رابطه با ابزار موجود برای ارزیابی، پرسشنامه‌ها و بازبینی‌های محقق ساخته متعددی در مطالعات مختلف استفاده شده است و در یک مطالعه نیز به ترجمه و بومی سازی ابزار ارزیابی نظام ارجاع (RSAM Referral Systems Assessment and Monitoring) مبتنی بر پزشک خانواده ارائه شده است.

\*\* از موارد بررسی شده که در مطالعات مختلف به آن‌ها اشاره شده است میتوان به منظور ارزیابی برنامه استفاده کرد.

## منابع

۱. شیرجنگ ا، محفوظ پور س، مسعوداصل ا، دشمن گیر ل. چالش ها و راهکارهای اجرای پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه کیفی. تصویر سلامت. ۱۳۹۹؛۱۱(۱) (۱۰۰۸۹۸#):-.
۲. بوالهروی ج، کبیر ک، حاجبی ا، یزدی سعب، رفیعی ح، اصل ما، et al. بازنگری برنامه ادغام سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۲۰۱۶؛۲۲(۲):۱۳۴-۴۶.
3. Tabrizi JS, Gharibi F. Developing National Functional Accreditation Model for Primary Healthcares with Emphasis on Family Practice in Iran. Korean Journal of Family Medicine. 2021;23(3):42-9.
۴. عابدی ق، سراجی زا، محمودی ق، جهانی م، عباسی م. ارزیابی اجرای برنامه پزشک خانواده در مناطق شهری و روستایی استان مازندران با رویکرد فرآیندی. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۲۰۲۰؛۲۲(۱):۱۲۶-۳۴.
۵. مناقب سا، جلالی پ. بررسی مقایسه ای وضعیت مراقبت‌های دیابت نوع ۲ در بیماران تحت پوشش کلینیک تخصصی پزشک خانواده و مطب پزشکان عمومی خانواده شهر شیراز در سال ۱۳۹۷. مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت. ۲۰۲۰؛۲۷(۲):۳۴۱-۸.
۶. شیروانی سدنپ، میکائیکی ا، امیری حا، کبیر مج، جعفری ن، اویس ق، et al. تأمین منابع، تجهیزات و الزامات اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران: از تئوری تا عمل. مجله سلامت جامعه. ۲۰۱۳؛۲۷(۲):۱-۱۱.
۷. چمن ر، امیری م، راعی م، نژاد مع، شیروانی سدنپ. اجرای طرح ملی پزشک خانواده در شهرستان شاهرود: وضعیت مراکز مجری و بررسی کیفیت اجرا. مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم. ۲۰۱۱؛۱۴(۲):۱۲۳-.
۸. رئیسیان ش، اسلامیان م، ازمل م، باستانی پ، کلهر را. ارزیابی طرح پزشک خانواده شهری در مراکز پایلوت تحت پوشش دانشگاه جندی شاپور اهواز. مجله پیآورد سلامت. ۲۰۱۳؛۲۷(۱):۱۱-.
9. Keshavarzi A, Kabir M, Ashrafian H, Rabiee S, Hoseini S, Nasrollahpour Shirvani S. An Assessment of the Urban Family Physician Program in Iran from the Viewpoint of Managers and Administrators. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2017;75(11):19-7.
10. Abedi G, Esmaeili Seraji Z, Mahmoodi G, Jahani MA, Abbasi M. Evaluating the implementation of family physician program in urban and rural areas of mazandaran province based on process approach. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2020;34(1):22-26.
۱۱. روحانی ص، مومنی راهکلاء ق، نصراله پورشیروانی س. ترجمه، بومی سازی و بررسی روایی و پایایی ابزار ارزیابی نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در ایران. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه). ۱۳۹۸؛۲۹(۱۷۹) (g۰۰۱۲۱۴#):-.



# تأثیر اجرای پزشکی خانواده بر سلامت و کیفیت زندگی مردم

## مقدمه

اندازه‌گیری اثرات اجرایی یک برنامه بر سلامت و کیفیت زندگی مردم، مستلزم شناخت اهداف برنامه مورد نظر می‌باشد. از این رو با توجه به اهداف طرح پزشک خانواده، در این بخش، شاخص‌های سنجش کیفیت زندگی و سلامت، در چهار زیرمجموعه تحت عناوین زیر قرار گرفته است:

الف) میزان رضایت مردم (کیفیت خدمات ارائه شده)؛

ب) سلامت مادر و کودک؛

ج) کنترل بیماری‌های مزمن؛

د) بهبود دسترسی به خدمات.

## نتایج

در ادامه هر یک از موارد بالا به تفصیل ارائه شده است.

### الف) میزان رضایت مردم (کیفیت خدمات ارائه شده)

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
	رضایت از برنامه پزشک خانواده	متوسط
	کیفیت خدمات ارائه شده	متوسط

- در مطالعه‌ای، میزان آگاهی و نگرش افراد در سطح متوسط بدست آمد. میانگین نمره آگاهی و نگرش به ترتیب ۳۳، ۵۰ بود. ۴۶٪ افراد مورد مطالعه از برنامه پزشک خانواده رضایت داشتند. کارمندان مراکز بهداشتی، درمانی مهمترین منابع کسب اطلاعات افراد روستایی از برنامه پزشک خانواده بودند (۱).
- در پژوهشی دیگر، میزان رضایت از کیفیت خدمات پزشکی خانواده از دیدگاه گیرندگان این خدمات، ۱۰٪ به دست آمده است. بیشترین میزان رضایت از کارایی خدمات (۷۰٪) بوده است و کمترین میزان رضایت مربوط به فراهمی (۰٪) است. برخی خدمات پزشک خانواده عملکرد ضعیفی داشته و کیفیت خدمات از سطح مطلوبی برخوردار نبود. بنابراین توجه و برنامه‌ریزی برای تأمین برخی شاخص‌ها از قبیل «فراهم بودن» و «مناسب بودن امکانات و تسهیلات» می‌تواند در بهبود کیفیت خدمات پزشک خانواده و همچنین میزان رضایت‌مندی مشتریان خدمت مثرتر باشد (۲).

## ب) سلامت مادر و کودک

## خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱	کاهش میزان مرگ نوزادان، شیرخواران، کودکان زیر ۵ سال	خوب
۲	کاهش میزان سزارین	بد
۳	کاهش نوزادان متولدشده کم وزن	بد
۴	شاخص‌های فرآیندی و وزن هنگام تولد	خوب
	شاخص‌های پیامدی (مرگ و میر)	بد
۶	شاخص‌های مرگ و میر	خوب
۷	شاخص‌های بهداشتی کودکان	بد
۸	مراقبت‌های دوران بارداری	بد
۹	شاخص‌های مرگ و میر	متوسط
۱۰	شاخص‌های بهداشت مادر و کودک	متوسط
۱۱	پیشگیری از بارداری	متوسط
۱۲	شاخص‌های ذیح حیاتی	خوب
۱۳	شاخص‌های سلامت خانواده	متوسط
۱۴	شاخص‌های مرگ و میر	متوسط
۱۵	شاخص‌های ذیح حیاتی	خوب
۱۶	شاخص‌های ذیح حیاتی	بد
۱۷	مراقبت‌های بارداری	متوسط
۱۸	شاخص‌های مرگ و میر	خوب

۱. به دنبال اجرای برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی استان اصفهان، کاهش قابل ملاحظه‌ای در شاخص‌های اصلی سلامتی مانند: میزان مرگ نوزادان، مرگ شیرخواران و مرگ کودکان زیر ۵ سال مشاهده می‌شود. میزان مرگ نوزادی (NMR یا Neonatal mortality rate) از ۱۶،۲۳ در هزار نفر تولد زنده (قبل از اجرای برنامه پزشک خانواده) به ۸،۰۸ در هزار نفر (بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده) کاهش یافته بود. میزان مرگ شیرخواران (IMR یا Infant mortality rate) از میزان ۲۱/۶۴ در هزار تولد زنده، به ۱۴/۲۰ کاهش یافته بود. همچنین میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال (U5MR یا Under 5 year mortality rate)، از ۲۶،۳۳ در هزار نفر تولد زنده تا حد ۱۷/۴۰ پایین آمده بود (۳).

۲. افزایش تراکم ماماها در برنامه پزشکی خانواده منجر به افزایش آگاهی زنان از فواید زایمان طبیعی شده است. افزایش آگاهی زنان از فواید زایمان طبیعی با کاهش تمایل به سزارین همراه بود؛ اما این کاهش تأثیر قابل توجهی بر میزان سزارین نداشت (۴).
۳. افزایش تراکم ماماها در برنامه پزشکی خانواده بر کاهش درصد نوزادان کم وزن متولد شده بین سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۹۲ تأثیری نداشته است (۵).
۴. برنامه پزشکی خانواده تأثیر مثبتی بر شاخص‌های فرآیندی (تعداد ویزیت‌های مراقبت‌های دوران بارداری، تست‌های آزمایشگاهی، سونوگرافی و زایمان طبیعی طبیعی) و شاخص وزن هنگام تولد داشت. از طرفی هیچ اثر چشمگیری بر شاخص‌های پیامد مرگ‌ومیر نداشت (۶).
۵. شاخص‌های بهداشتی درصد مرگ نوزاد زیر ۱ ماه، درصد مرده‌زایی، درصد کودکان زیر ۱ سال و درصد موالید خام بعد از طرح پزشکی خانواده ارتقا یافتند (۷).
۶. برخی از اجزای خدمات مراقبت کودکان چون تعداد مراقبت‌ها، مکمل یاری، سن شروع اولین مراقبت، موارد ارجاع و بستری، بعد از حضور پزشک خانواده بهبود معنی دار آماری داشتند ولی مدت تغذیه با شیر مادر، تغییرات آنترپومتریک قد و وزن، تأثیر معنی داری را در بهبود شاخص‌ها نشان ندادند (۸).
۷. بهبود معنی داری در برخی اجزای کمی فرآیند مراقبت، مثل تعداد ویزیت‌های پزشکی و ماما، مکمل یاری آهن، ماه شروع اولین مراقبت، تعداد سونوگرافی و نمای توده بدنی مادران مشهود است. به علاوه افزایش غیر معنی داری هم در موارد مکمل یاری مولتی ویتامین و اسید فولیک، مراقبت‌های بعد از زایمان اتفاق افتاده است. در عین حال تغییرات در پیامدهایی مثل وزن‌گیری مادران، میانگین وزن و قد نوزادان متولد شده رخ نداده است (۹).
۸. شاخص‌های میزان مرگ خام، میزان موالید خام، میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال، میزان مرگ نوزادان طی اجرای طرح کاهش معناداری از نظر آماری داشتند؛ اما شاخص‌های میزان مرگ مادران و میزان مرگ کودکان زیر یک سال هرچند کاهش یافته‌اند ولی این کاهش از نظر آماری معنادار نیست. در کل بیش از نیمی از شاخص‌های مورد بررسی بهبود یافته‌اند ولی با توجه به اینکه سایر متغیرها در طول پژوهش تحت کنترل نبوده‌اند نمی‌توان همه تأثیرات را ناشی از طرح پزشکی خانواده دانست (۱۰).
۹. بعد از گذشت سه سال از اجرای برنامه پزشکی خانواده بهبودی در شاخص‌های بهداشت مادر و کودک دیده می‌شود. بررسی روند شاخص‌های بهداشت مادر و کودک از سال ۸۰ الی ۸۶ نشان داد که اجرای برنامه پزشکی خانواده تأثیر مثبتی بر تمامی شاخص‌های مورد مطالعه در این پژوهش بجز میزان مرگ و میر مادران داشته است؛ اما این تغییرات از نظر آماری معنادار نبوده‌اند. هر چند که در این پژوهش نتایج تحلیل واریانس میانگین‌های شاخص‌های سال‌های قبل و بعد از اجرای برنامه تفاوت معنی داری را نشان نداد، ولی بررسی روند تغییرات این شاخص‌ها طی هفت سال مورد مطالعه تأثیر مثبت برنامه را بر آن‌ها تأیید می‌کند (۱۱).
۱۰. روند کلی استفاده از اکثر روش‌های مطمئن در استان و شهرستان ساری روبه رشد بوده است (توفیقات نسبی حاصل شده است)؛ ولی دوروش قرص و توبکتومی در طول مدت مطالعه، روندی کاملاً نزولی داشته است (۱۲).
۱۱. اکثر شاخص‌های مورد مطالعه طی سال‌های پس از اجرای طرح پزشکی خانواده روندی در جهت بهبود وضعیت بهداشتی داشته است. شاخص‌هایی همچون میزان خام تولد، درصد زایمان توسط فرد دوره دیده، روند افزایشی و شاخص‌های میزان مرگ نوزادان و میزان مرگ و میر مادران روند کاهشی داشتند (۱۳).

۱۲. اجرای طرح پزشک خانواده منجر به موفقیت نسبی خدمات سلامتی برای خانوارها از جمله معاینه ادواری زنان و نمونه برداری پاپ اسمیر شده است. با اجرای طرح، تعداد پزشک و ماما در این مراکز دو برابر شده اند. میزان پوشش از ۳۹/۷٪ به ۶۶/۲٪ افزایش یافت و روش‌های پیشگیری کاندوم افزایش ده درصدی و قرص و آی یودی کاهش ۶ درصدی را نشان می‌دهند. با وجود این تعداد متولدین در مدت هفت سال تقریباً ثابت مانده است (۱۴).
۱۳. اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی با کاهش قابل توجهی در میزان مرگ و میر کودکان همراه بوده است. اگرچه ارتباط بین اجرای این طرح و کاهش در مرگ و میر کودکان زیر پنج سال مشهود بود؛ اما این رابطه از نظر آماری معنی‌دار نبود (۱۵).
۱۴. طرح پزشک خانواده برخی از شاخص‌های سلامت را بدتر کرده ولی در بهبود برخی از شاخص‌های سلامت نقش مثبت داشته است. در سال‌های بعد از اجرای پزشک خانواده در استان قزوین نسبت به قبل از آن درصد جمعیت زیر ۵ سال، درصد جمعیت زنان ۱۵-۴۹ ساله، میزان مولید خام و شاخص‌های تنظیم خانواده (میزان استفاده از آی یو دی، میزان بستن لوله در زنان و مردان و استفاده از کاندوم و استفاده از آمپول‌های پیشگیری) سیر صعودی داشته است. همچنین درصد کودکان کم وزن و درصد مرده‌زایی نیز افزایش یافته است. این در حالی است که شاخص‌های مرگ مادر باردار، مرگ زیر یک ماه، و یک سال، و درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده در منزل سیر نزولی داشته است (۱۶).
۱۵. بین اجرای طرح پزشک خانواده و ارتقای شاخص‌های سلامت رابطه معنی‌داری وجود نداشته است (۱۷).
۱۶. مراقبت‌های پری ناتال و زایمان ایمن حتی برای بارداری‌های خارج از سنین معمولی باروری پس از اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی در آذربایجان شرقی رو به افزایش است. همچنین کاهش زایمان نایمن و مرده‌زایی را می‌توان از دستاوردهای اجرای این برنامه در این استان دانست (۱۸).
۱۷. اجرای طرح پزشک خانواده در مناطق روستایی شهرستان رامهرمز در بهبود برخی از شاخص‌های سلامت نقش مثبتی داشته است؛ اما به منظور ارزیابی دقیق‌تر این برنامه، طراحی و اجرای مطالعاتی با حذف عوامل مخدوش کننده ضروری است. شاخص میزان مرگ و میر کودکان و شاخص درصد زایمان‌های انجام شده در منزل توسط فرد دوره ندیده پس از اجرای طرح پزشک خانواده به صورت معناداری کاهش یافته‌اند ( $P < 0/05$ ) و همچنین شاخص‌های درصد کنترل قند خون در بیماران دیابتی، درصد کنترل فشار خون در بیماران فشار خونی و درصد شاخص‌های بهسازی محیط پس از اجرای طرح پزشک خانواده به صورت معناداری افزایش یافته‌اند (۱۹).

### ج) کنترل بیماری‌های مزمن

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱	بیماری‌های دیابت و فشار خون	خوب
۲	بیماری‌های اختلالات روانی	بد
۳	کنترل قند دیابتی‌ها	متوسط
۴	کنترل قندخون دیابتی‌ها	خوب
۵	ایجاد شبکه ارتباطی موثر بین پزشکان خانواده	خوب
۶	کنترل سطح هموگلوبین گلیکولیزه دیابتی‌ها	خوب

۱. میزان بیماریابی در دو بیماری مورد مطالعه (دیابت و فشارخون) بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده در مقایسه با مدت قبل از آن، تفاوت آماری معنی دار داشت. عملکرد پزشک خانواده در بیماریابی بیماری‌های مزمن بهبود یافته است (۲۰).
۲. میزان بیماریابی بیماری‌های شدید روانی و اختلالات رفتاری در مناطق روستایی استان اصفهان نسبت به شاخص‌های مورد انتظار کشوری و همچنین، در مقایسه با قبل از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده، کاهش یافته است. میزان متوسط بیماریابی بیماری‌های شدید روانی از حدود ۲/۳۰ مورد در ۱۰۰۰ به ۱/۵۹، بیماری‌های خفیف روانی از ۱۳۰۴ مورد در ۱۰۰۰ به ۶/۳۷، صرع از ۴/۳۰ مورد در ۱۰۰۰ به ۲/۸۹، عقب‌ماندگی ذهنی از ۴/۶۶ مورد در ۱۰۰۰ به ۲/۸۷ و اختلالات رفتاری از ۳/۳۹ مورد در ۱۰۰۰ به ۰/۶ کاهش یافت (۲۱).
۳. کیفیت مراقبت و کنترل قندخون بیماران دیابتی منطقه مورد مطالعه، نزدیک به مطالعات سطح کشوری ولی از استانداردهای مطرح شده به ویژه انجمن دیابت آمریکا فاصله تا حدودی زیادی دارد (۲۲).
۴. وضعیت کنترل قند خون بیماران دیابتی در روستاهای تحت پوشش مرکز بهداشت ارومیه از وضعیت قابل قبول و مطلوبی برخوردار بود. ارجاع منظم بیماران دیابتی برای انجام آزمایش هموگلوبین A1C (حداقل ۲ بار در سال) از سوی مراکز بهداشتی روستایی برای بیماران تحت پوشش میتواند در ارتقاء مراقبت از آنان مؤثر باشد (۲۳).
۵. ایجاد شبکه‌های ارتباطی بین پزشکان خانواده تأثیر مثبتی بر روی کنترل دیابت داشته است (۲۴).
۶. پس از یک سال، ۲۴/۱٪ از بیماران هیچ مراقبتی دریافت نکردند، در حالی که ۵۷/۹٪ حداقل یک بار در سال معاینه شدند. در میان بیماران ویزیت شده، ۲۳/۵٪ مراقبت‌های پزشکی را ۱ تا ۳ بار و ۲۳/۵٪ چهار ویزیت یا بیشتر دریافت کردند. HbA1c در بیمارانی که حداقل چهاربار ویزیت شده بودند در مقایسه با بیماران بدون مراقبت و بیماران با کمتر از چهار ویزیت به طور قابل توجهی کاهش یافت. در مجموع در کنترل این مورد موفق بوده است (۲۵).

#### د) بهبود دسترسی مردم به خدمات

##### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱	تقاضای خدمات پاراکلینیک	خوب
	هزینه نسخه‌ها	بد
۲	دسترسی به خدمات	خوب
	ارتباط با سطوح تخصصی و تداوم مراقبت	بد
۳	کنترل هزینه‌های غیرضروری	خوب
۴	هزینه‌های درمانی افراد تحت پوشش بیمه	بد

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۵	میزان ارائه خدمات سرپایی	خوب
۶	میزان بستری در بیمارستان	متوسط
۷	دسترسی فیزیکی	خوب
	دسترسی مالی (هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت)	بد
۸	استفاده از خدمات سرپایی	خوب
۹	میزان بستری در بیمارستان	بد
۱۰	بار مراجعات سرپایی	خوب
۱۱	تعداد اقلام دارویی تجویزی	خوب
۱۲	میانگین ارجاعات و ویزیت پزشک	خوب
۱۳	کنترل آب آشامیدنی و مواد غذایی	خوب

۱. به‌رغم کاهش بار مراجعات برای دریافت خدمات پاراکلینیک در بخش دولتی و خصوصی بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در استان فارس (به ترتیب ۴٪ و ۱۹٪)؛ ولی هزینه‌های نسخه‌ها به طور چشمگیری افزایش داشته است. درصد کاهش بار مراجعات بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده در بخش خصوصی بیشتر از بخش دولتی بود (۲۶).
۲. برنامه پزشک خانواده در شهرستان گرگان توانست شاخص هدف دسترسی به مراقبت‌ها را افزایش دهد؛ اما تأثیر کارکرد برنامه پزشک خانواده از جهت ارتباط با سطح تخصصی درمان و تداوم مراقبت‌ها برای مجموع جمعیت تحت پوشش، در حد مورد انتظار نبوده است (۲۷).
۳. تأثیر پزشک خانواده برای کاهش هزینه‌های غیرضروری به طور قابل ملاحظه و حدود ۶/۶٪ بود. در مقابل تأثیر پرستار در کاهش هزینه‌ها بسیار ناچیز، حدود ۰/۲٪، و تأثیر خدمات آزمایشگاه تشخیصی نیز در سطح محدود، حدود ۱/۷٪، مشاهده شد. خدمات عرضه دارو نیز مطابق انتظار نبوده است (۲۸).
۴. سیاست‌های کلی اجرای طرح پزشک خانواده بر هزینه‌های درمانی بیماران تحت پوشش بیمه (هزینه‌های دارویی، هزینه ویزیت، هزینه‌های غیرضروری) در قبل و بعد از اجرای طرح، تأثیر معناداری داشته و موجب افزایش هزینه‌ها شده است (۲۹).
۵. افزایش قابل ملاحظه‌ای در تعداد ویزیت پزشکان بعد از معرفی طرح پزشک خانواده اتفاق افتاده است که حدود شش برابر عملکرد پزشکان عمومی در نظام شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در همان مراکز می‌باشد. کمابیش دو برابر هم در خدمات واحد تزریقات و پانسمان، خدمات آزمایشگاهی مراکز مجری طرح رخ داده است (۳۰).
۶. تعداد کل بستری‌های قبل از اجرای طرح ۸۱۷ و تعداد کل بعد از اجرای طرح ۹۶۷ بود که نشان می‌دهد رشد بستری پس از اصلاحات تقریباً ۱۸/۴٪ بوده است؛ اما احتمال بستری شدن قابل اجتناب پس از اجرای طرح نسبت به قبل از آن کاهش یافته است. طرح پزشکی خانواده تأثیر متفاوتی بر بستری شدن داشته است. ممکن است به دلیل پاسخگویی به نیازهای برآورده نشده جمعیت منجر به افزایش بستری شدن در بیمارستان شده باشد و به طور همزمان منجر به کاهش بستری‌های قابل اجتناب و حذف

- هزینه‌های تحمیل شده توسط آنها بر نظام سلامت شود (۳۱).
۷. طرح پزشک خانواده به‌رغم افزایش فیزیکی دسترسی به خدمات سلامت، در بهبود حفاظت مالی و تأمین مالی عادلانه سلامت دستاوردی نداشته است. درصد خانوارهای مواجهه یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت در سال‌های اجرای برنامه در مقایسه با سال‌های قبل به میزان ۱/۸۲٪ افزایش داشته است. درصد فقر ناشی از پرداخت‌های سلامت کل در سال‌های اجرای برنامه ۰/۸۳٪ افزایش داشته است (۳۲).
۸. بعد از اجرای طرح با رفع موانع دسترسی بخصوص برای فقرا و زنان، میزان استفاده از خدمات سرپایی پس از اجرای طرح به میزان چشمگیری افزایش یافت (۳۳).
۹. پزشک خانواده روند کاهشی را برای بستری شدن در مناطق شهری استان مازندران ایجاد کرد؛ اما طرح تحول سلامت با هزینه کمتر کاربر در بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی، تغییرات سطح و روند را در پذیرش بیمارستان تحریک کرد و موجب افزایش میزان بستری شد (۳۴).
۱۰. میزان بار مراجعات به تیم پزشک خانواده بسیار چشمگیر و قابل ملاحظه بوده است. بیشترین افزایش بار مراجعات بعد از اجرای طرح به ترتیب مربوط به خدمات مامایی، ویزیت پزشک، خدمات آزمایشگاهی و دارویی بوده است (۳۵).
۱۱. میانگین ارقام دارویی تجویزی کمتر از میانگین کشوری و مطالعات منتشرشده دیگر است که نشان دهنده موفقیت نسبی برنامه در کنترل ارقام داروهای تجویزی بود (۳۶).
۱۲. میانگین ارجاعات به پزشک متخصص در دوره ۳ ساله ۹/۰۹٪ بود. سهم ویزیت‌های ده‌گردشی از کل ویزیت‌ها در همان دوره ۹/۹۶٪ تعیین شد. حدود ۷۱٪ مراکز مجری برنامه از محل زیست پزشک برخوردار بودند در حالی که این رقم با توجه به دستورالعمل برنامه باید ۱۰۰٪ باشد. در کل باوجود بهبود نسبی در برخی از شاخص‌ها، میزان جذب و ریزش پزشکان در برنامه نشان داد که ماندگاری پزشکان در سطح مطلوبی قرار ندارد (۳۷).
۱۳. در مقطع بعد از اجرای طرح پزشک خانواده فرآیندهای کنترلی آب آشامیدنی در بعد کلرسنجی تقریباً دو برابر و در نمونه‌برداری‌های میکروبی از آب نیز به یک و نیم برابر افزایش یافته است. یافته‌ها بهبود مدیریت بهداشتی آب آشامیدنی و تا حدودی مراکز تهیه و توزیع مواد خوردنی، آرایشی را بعد از اجرای طرح پزشک خانواده نشان می‌دهند (۳۸).

## بحث و نتیجه‌گیری

کیفیت ارائه خدمات که تحت عنوان میزان رضایت گیرندگان خدمت مورد بررسی قرار گرفته، در حد متوسطی ارزیابی شده است.

بررسی میزان اثر طرح پزشک خانواده بر روی شاخص‌های بهداشت مادر و کودک در سه سطح شاخص‌های ساختاری و فرآیندی مانند تعداد خدمات ارائه شده خوب بوده است ولی شاخص‌های پیامدی مانند مرگ و میر عملکرد پایین‌تر از متوسط را نشان می‌دهند.

اثر طرح بر روی کنترل بیماری‌های غیرواگیر در بیماری‌های غیرواگیر بدو در بیماری دیابت خوب ارزیابی می‌شود. دسترسی مردم به خدمات از بعد فیزیکی خوب بوده و موجب افزایش میزان مراجعات سرپایی شده است، ولی از بعد مالی بد برآورد شده است که به نظر می‌رسد این مورد نیازمند بررسی بیشتر پس از حذف اثر متغیرهای

مخدوشگر می‌باشد.

در مجموع رضایت از خدمات ارائه شده، دسترسی به خدمات و سلامت مادر و کودک در حد متوسط برآورد شده و وضعیت کنترل بیماری‌های مزمن بالاتر از سطح متوسط برآورد شده است؛ لذا اثر اجرای طرح بر روی سلامت و کیفیت زندگی مردم کمابیش خوب برآورد می‌شود.

## منابع

۱. نجیمی ا، علیدوستی م، شریفی‌راد غ. بررسی آگاهی، نگرش و رضایت‌مندی روستاییان شهر اصفهان نسبت به برنامه پزشکی خانواده. Journal of Health System Research. ۲۰۱۲؛ ۷(۶): ۷۰-۸۱.
۲. بابایی ع، صادقی، وحیدی، رضاقلی، اکابری، آرش س. تعیین کیفیت خدمات تیم پزشکی خانواده از دیدگاه گیرندگان خدمت در شهرستان عجب شیر: ۱۳۸۸. سلامت و بهداشت. ۲۰۱۴؛ ۵(۲): ۱۷۰-۸۱.
3. 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;712-25:(286)32.
4. Hajizadeh S, Tehrani FR, Simbar M, Farzadfar F. Effects of recruiting midwives into a family physician program on women's awareness and preference for mode of delivery and caesarean section rates in rural areas of Kurdistan. PLoS One. 2016;4(11):e0151268.
5. Hajizadeh S, Tehrani FR, Simbar M, Farzadfar F. Effects of recruiting midwives into family physician program on the percentage of low birth weight (LBW) infants in rural areas of Kurdistan. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2017;31:92.
6. Beyrami HJ, Doshmangir L, Ahmadi A, Jafarabadi MA, Morasae EK, Gordeev VS. Impact of rural family physician programme on maternal and child health indicators in Iran: an interrupted time series analysis. BMJ open. 2019;1(9):e021761.
۷. جهرمی ق، خمرنیا، محمد، شریفیان، رکسانا، کسانی، et al. بررسی شاخص‌های زیج حیاتی مراکز بهداشتی درمانی روستایی شیراز قبل و بعد از اجرای برنامه پزشکی خانواده طی سال‌های ۹۱-۱۳۸۰: یک گزارش کوتاه. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۲۰۱۵؛ ۱۳(۱۱): ۱۰۲-۱۰۹۷.
۸. فریبا ب، حسین جباری ب، احسان ک، ژیلان، رقیه ج. بررسی تاثیر طرح پزشکی خانواده بر روی شاخص‌های بهداشتی کودکان در شهرستان تبریز-ایران. تصویر سلامت. ۱۳۹۰؛ سال دوم(۲): ۱۵-.
۹. فریبا ب، حسین جباری ب، سید محمد علی ن، رقیه ج. مقایسه کمیت و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری قبل و بعد از اجرای برنامه پزشکی خانواده در مناطق روستایی شهرستان تبریز، ایران. تصویر سلامت. ۱۳۹۰؛ سال دوم(۴): ۳۶-.
۱۰. براتی ا، ملکی م، گوهری م، کبیر م، امیراسماعیلی م، عبدی ژ. تأثیر طرح پزشکی خانواده بر شاخص‌های



سلامت (مقاله کوتاه). پایش. ۱۱:۲۰۱۲(۳):۳۶۱-۳.

۱۱. رئیسی، پوران، آذر عف، فرید، رودباری، کیا ش. تأثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص‌های بهداشتی مادر و کودک جمعیت روستایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد. فصلنامه مدیریت سلامت. ۱۱:۲۰۱۱(۴۳):۲۷-۳۶.

۱۲. علیپور، عباس، حبیبیان، طباطبایی، رضا س. بررسی روند تغییرات در الگوی استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده بر آن در جمعیت روستایی شهرستان ساری از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران. ۹:۲۰۰۹(۱):۴۷-۵۵.

۱۳. حکاک م، حسینی، سیدحمید، فرهنگد، زاده ر، رضوان، et al. بررسی روند شاخص‌های زیج حیاتی استان خراسان شمالی طی سال‌های پس اجرای طرح پزشک خانواده روستایی. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی. ۱۸:۲۰۱۸(۱):۱۰-۲۰.

۱۴. حسین جب، هاله قز، فریبا ب، اصغر م، رضا ا. ارزیابی طرح پزشک خانواده بر اساس شاخص‌های سلامت خانواده.

15. Naderimagham S, Jamshidi H, Khajavi A, Pishgar F, Ardham A, Larijani B, et al. Impact of rural family physician program on child mortality rates in Iran: a time-series study. *Population health metrics*. 2017;1-8:(1)15.

۱۶. منصوریان، مهر ر، کلانتری، مهram، میلانی حز، شفیعیان، et al. بررسی تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده بر روند شاخص‌های سلامت زیج حیاتی جمعیت روستایی استان قزوین طی سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷. مجله علوم پزشکی رازی. ۱۴:۲۰۱۴(۱۲۶):۲۷-۳۲.

۱۷. منیره ش، مرضیه ع، حسن حجازی ز. تأثیر طرح پزشک خانواده روستایی بر شاخص‌های سلامت دانشگاه علوم پزشکی زابل. کنفرانس بین‌المللی پژوهش در علوم رفتاری و اجتماعی ۱۳۹۴.

18. Alizadeh M, Birami HJ, Moradi S. Reproductive Health of Women in Rural Areas of East Azerbaijan-Iran, before and after Implementation of rural Family Physician Program: an Ecologic Study. *Journal of Caring Sciences*. 2015;21:(4)4.

۱۹. همکارن عو. مقایسه شاخص‌های بهداشتی قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده در شهرستان رامهرمز سال ۱۳۹۴: غیر دولتی - دانشگاه آزاد اسلامی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت - پژوهشکده علوم؛ ۱۳۹۴.

20. Khadivi R, Hashemi T, Farrokh Siar E, Rohani M. The assessment of family physicians' performance in screening of hypertension and diabetes mellitus in rural areas of Isfahan county: A 5-year survey. *Journal of Isfahan Medical School*. 2012;1650-61:(209)30.

21. Khadivi R, Golshiri P, Mohammadiani Z, Geramian N. The rate of mental disorders case finding after implementing the family physician program in rural areas of Isfahan province, Iran. *Journal of Isfahan Medical School*.

2017263-9:(422)35۴.

۲۲. پیشه د، عزیزی، اسماعیلی د، حقیری، لطفعلی، کریمی، et al. کیفیت مراقبت و کنترل قندخون در بیماران دیابتی نوع دو مناطق روستایی تحت پوشش پزشک خانواده. مجله دیابت و متابولیسم ایران. ۲۰۱۵؛ ۱۴(۳): ۹۸-۱۸۹.

۲۳. گردیان ح، میرهاشم، فر ص، رسولی، مهدی ا. بررسی شاخص‌های مرتبط با کیفیت مراقبت بیماران دیابتی تحت پوشش برنامه پزشک خانواده روستایی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۶. مجله مطالعات علوم پزشکی. ۲۰۱۹؛ ۲۹(۱۰): ۳۵-۷۲۶.

24. Najar AV, Tehrani H, Imamian H, Hakak HM, Vahedian-Shahroodi M. Impact of establishing a communication network of family physicians on level of Hba 1c and FBS in patients with diabetes: A randomized clinical trial. Iranian Red Crescent Medical Journal. 201711(19):۴.

25. Mahdavi AR, Etemad K, Haider M, Alavinia SM. The effect of seeing a family physician on the level of glycosylated hemoglobin (HbA1c) in type 2 Diabetes Mellitus patients. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. 20131-5:(1)12۴.

۲۶. براتی ا، پورمحمدی ک، ذاکری م. بررسی روند تغییرات تقاضا جهت خدمات پاراکلینیک در برنامه پزشک خانواده استان فارس، ۹۲-۱۳۹۰. فصلنامه پژوهش حکیم. ۲۰۱۶؛ ۱۹(۱): ۵۸-۶۳.

۲۷. کاظمیان، محمود، تلوری ک. ارزیابی هدف دسترسی به مراقبت‌های سرپایی در برنامه پزشک خانواده روستایی با معیارهای تداوم مراقبت‌ها و دسترسی ب‌موقع به مراقبت‌ها در شهرستان گرگان. دانشور پزشکی. ۲۰۲۰؛ ۲۳(۵): ۶۱-۷۲.

۲۸. کاظمیان، تلوری ک، میرداروطن، شیرعلی. ارزیابی کاهش هزینه‌های غیرضروری در برنامه پزشک خانواده با رویکرد جامعیت مراقبت‌ها (کاهش هزینه‌ها در برنامه پزشک خانواده). مدیریت بهداشت و درمان. ۲۰۱۷؛ ۷(شماره ۳): ۴۷-۵۵.

۲۹. خیاط‌بهبهان، خیاط‌بهبهان، بهاره. بررسی تاثیر سیاست‌های کلی سلامت در اجرای طرح پزشک خانواده بر هزینه‌های درمانی بیماران تحت پوشش بیمه. آفاق علوم انسانی. ۲۰۱۸؛ ۲۰(۲): ۴۷-۶۱.

30. Rouhani S, Akbarzadeh F. The impact of change of payment mechanism on the performance of rural health centers in ambulatory care under family medicine scheme in Sari and Joybar. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 201396-103:(1)22۴.

31. Salavati S, Rashidian A, Emamgholipour S, Varahrami V. The impact of rural health insurance and the family physician program on hospitalizations, a beforeafter study at the county level conducted in Tehran province, Iran. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 201832:32۴.

32. Yazdi Feyzabadi V, Mehrolhasani M, Baneshi M, Mirzaei S, Oroomiei N. Association between Pilot Urban Family Physician Program and Health Financial

- Protection Measures in Fars and Mazandaran Provinces. Iranian Journal of Epidemiology. 2018;13:48-58.
33. Sokhanvar M, Kabir M, Bevrani H, Nosratnejad S, Hasanpoor E, Janati A. The role of the urban family physician plan in utilization of outpatient services in Iran. Family Medicine & Primary Care Review. 2020;33(1-7):22.
34. Rouhani S, Esmaeili R, Yazdani Charati J, Khandehroo M. The impacts of family physician plan and health transformation plan on hospitalization rates in Iran: an interrupted time series. BMC Health Services Research. 2021;11(6):21.
۳۵. اله گع، محمود مز. تاثیر برنامه پزشک خانواده بر بار مراجعات در مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران.
۳۶. بابایی، علمی، صفا. وضعیت تجویز دارو در مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستائی مجری برنامه پزشک خانواده در شهرستان هشتروود در سال ۱۳۹۶. نشریه بیمه سلامت ایران. ۲۰۱۹؛ ۲(۳): ۱۶۲-۷۱.
37. Eskandari M, Abbaszadeh A, Borhani F. Barriers of referral system to health care provision in rural societies in Iran. Journal of caring sciences. 2013;22(3):2.
۳۸. حسین جباری ب، فریبا ب، رضا اسد ز، ژیلای خ. تاثیر اجرای طرح پزشک خانواده بر عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی در مدیریت بهداشتی آب آشامیدنی و مراکز تهیه و توزیع مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی. تصویر سلامت. ۱۳۹۰؛ سال دوم(۱): ۱۶-.

# تأثیر اجرای پزشکی خانواده بر عدالت در سلامت

## مقدمه

عدالت در سلامت بر این مطلب دلالت دارد که هر کسی به طور ایده‌آل باید فرصت عادلانه‌ای برای دستیابی به ظرفیت کامل سلامت خود داشته باشد بنابراین همه کسانی که به خدمات سلامت نیاز دارند باید بتوانند به این خدمات به‌هنگام و به مقدار کفایت دسترسی داشته باشند. این دسترسی شامل دسترسی فیزیکی و توانایی پرداخت هزینه‌های احتمالی و همچنین کیفیت خدمات می‌باشد. بنابراین عدالت با ایجاد فرصت‌های برابر برای سلامتی بوده و تفاوت‌های سلامتی را به پایین‌ترین سطح ممکن تنزل خواهد داد. مفهوم عدالت در حوزه سلامت از دو جنبه بهره‌مندی خدمات سلامت و پرداخت‌های عادلانه مورد بررسی قرار می‌گیرد. در بحث بهره‌مندی خدمات سلامت، دسترسی به بسته خدمت مورد نیاز بر اساس نیاز فرد مطرح می‌باشد و دو مقوله عدالت افقی (برخورداری از خدمات سلامت یکسان در افراد با نیاز یکسان) و عدالت عمودی (برخورداری از خدمات سلامت بیشتر برای افراد با نیاز بیشتر) مورد بررسی قرار می‌گیرد. در بحث پرداخت‌های عادلانه نیز عدالت افقی و عدالت عمودی در برابر دریافت خدمات سلامت مدنظر است (۱). شاخص‌های متعددی برای بررسی عدالت در سلامت تعریف شده‌اند که از پرکاربردترین آنها می‌توان به شاخص تراکم، ضریب جینی، شاخص کاکوانی اشاره کرد.

مطالعاتی که به مباحث عدالت در سلامت با اجرای پزشکی خانواده اشاره کرده‌اند را میتوان در دو گروه زیر قرار داد:

الف) عدالت در پرداخت؛  
ب) عدالت در دسترسی.

## نتایج

در این مبحث به بررسی گروه‌های مطالعاتی که در بالا اشاره شد و ارائه نتایج مطالعات مرتبط با آن پرداخته شده است.

### الف) عدالت در پرداخت

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱	عدالت در پرداخت	ضعیف
۲	تبعیض بین مناطق شهری و روستایی	ضعیف

۱. داده‌های ثبت شده در استان‌های "فارس و مازندران" در سالهای ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۴ نشان داد که درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت، در سال‌های اجرای برنامه، در مقایسه با سال‌های پیش از اجرا، به میزان ۱/۸۲٪ افزایش نشان داد همچنین درصد فقر ناشی از پرداخت‌های سلامت کل در سال‌های اجرای برنامه، ۰/۸۳٪ افزایش داشت. اجرای برنامه با شاخص کاکوانی و پرداخت از جیب ارتباط معناداری نشان نداد.

این مطالعه در پایان به این نتیجه‌گیری رسیده است که برنامه پزشکی خانواده شهری به‌رغم موفقیت‌ها در افزایش دسترسی فیزیکی به خدمات سلامت، به نظر می‌رسد در بهبود حفاظت مالی و تأمین مالی عادلانه سلامت دستاوردهای چشمگیری نداشته است. هرچند انجام مطالعات بیشتر ضروری است. (۲).

۲. در مطالعه کیفی انجام شده یکی از چالش‌های اجرای پزشکی خانواده بی‌عدالتی در ارائه خدمات بیان شده است. مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند قوانین فعلی تصویب شده برای این طرح باعث ایجاد تبعیض بین جمعیت روستایی و شهری شده است زیرا فرانشیز در سطح اول خدمات در مناطق روستایی ۳۰٪؛ اما در مناطق شهری صفر درصد است، در حالی که در مناطق روستایی محدودیتی برای خدمات دارویی وجود دارد؛ اما در شهرها وجود ندارد (۳).

## ب) عدالت در دسترسی

### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱	تأثیر اجرای پزشک خانواده بر عدالت در دسترسی	خوب
۲	عدالت در دسترسی به خدمات سلامت	خوب
۳	دسترس‌ی به مراقبت‌ها	خوب
۴	توجه به محرومان برای دسترسی به خدمات	خوب

۱. در مصاحبه انجام شده با از کارشناسان خبره، پزشکان خانواده، مدیران اجرایی و دریافت‌کنندگان خدمت اذعان داشتند که اجرای پزشکی خانواده منجر به افزایش عدالت در دسترسی به خدمات سلامت توسط بیماران شده است (۴).

۲. در این مطالعه به تعیین شاخص نابرابری ارائه خدمات مراقبت کودک در مناطق روستایی استان مرکزی با توجه به فاصله خانه‌های بهداشت از مرکز شهرستان و استان پرداخته شده است. شاخص‌های بررسی شده شامل: پایش پزشک از برنامه مراقبت‌های کودکان، مشارکت پزشک مرکز در اجرای راهبرد مانا، داشتن اطلاعات مناسب پزشک از محتوای کتابچه‌ها و روند کلی مراقبت‌ها در نظام مراقبت مرگ ۱ تا ۵۹ ماهه بوده است. برای تعیین نابرابری از شاخص تراکم استفاده شده است. برای همه شاخص‌های تراکم محاسبه شده برای متغیرهای مورد مطالعه کمتر از ۰.۱ بود (شاخص تمرکز نزدیک به صفر عدالت کامل را نشان می‌دهد) (۵).

۳. این مطالعه با هدف ارزیابی دسترسی به مراقبت‌ها در طرح پزشک خانواده روستایی با معیار جامعیت مراقبت‌ها در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ در ۱۷ مرکز بهداشت روستایی شهرستان گرگان انجام شد. بر اساس یافته‌های پژوهش، ارتباط مثبتی بین دسترسی به مراقبت‌ها و شاخص جامعیت مراقبت‌ها وجود داشت. همچنین، با ۱۰٪ بهبود در وضعیت جامعیت مراقبت‌ها (متوسط وزنی چهار مراقبت پزشک، پرستار، آزمایشگاه و داروخانه)، شاخص دسترسی به مراقبت‌های سلامت، حدود ۱۰/۴۲٪ افزایش یافت (۶).

۴. در این مطالعه کیفی مصاحبه‌شوندگان حمایت از قشر محروم جامعه و افزایش دسترسی به خدمات سلامت را از دستاوردهای برنامه پزشکی خانواده دانستند (۷).

## بحث و نتیجه گیری

- در رابطه با مبحث عدالت در پرداخت مطالعات انجام شده نشان دادند که برنامه پزشک خانواده شهری، در بهبود حفاظت مالی و تأمین مالی عادلانه سلامت دستاوردهای چشمگیری نداشته است و بی‌عدالتی در پرداخت همچنان یکی از چالش‌های اجرای پزشکی خانواده در ارائه خدمات بیان شده است.
- در رابطه با عدالت در دسترسی به خدمات، ۴ مطالعه مرتبط با این حیطه نشان دادند که اجرای پزشکی خانواده منجر به افزایش عدالت در دسترسی به خدمات سلامت توسط بیماران شده است. **\*\* نکته:** مطالعات بالا نشان داده‌اند که با اجرای طرح پزشکی خانواده عدالت در پرداخت کاهش یافته؛ اما عدالت در دسترسی به خدمات افزایش یافته است. از آنجایی که ساز و کار پزشکی خانواده به گونه‌ای است که پیشبینی می‌شود منجر به افزایش عدالت در پرداخت شود؛ لذا انجام مطالعات بیشتر در این زمینه برای تأیید نتایج حاصل و یا حتی یافتن دلایلی که منجر به افزایش بی‌عدالتی شده است، ضروری به نظر می‌رسد.

## منابع

۱. براتی ا، کشتکاران ع، احمدی ب، حاتم ن، خمرنیا م، سیاوشی ا. جایگاه عدالت در نظام سلامت: مروری اجمالی بر برنامه‌های توسعه. علوم پزشکی صدرا. ۱۳۹۳؛ ۱(۳):۱-۳.
۲. یزدی فیض آبادی و، مهرالحسنی م، بانسی م، میرزایی س، ارومیه‌ای ن. ارتباط اجرای آزمایشی برنامه پزشک خانواده شهری با شاخص‌های حفاظت مالی سلامت در استان‌های فارس و مازندران. مجله اپیدمیولوژی ایران. ۱۳۹۶؛ ۱۳(۵) (ویژه نامه مبانی، رویکردها و عملکرد نظام سلامت ایران) #۲۵۴۴(m۰۰۲۵۴۴#).
3. Dehnavieh R, Kalantari AR, Jafari Sirizi M. Urban family physician plan in Iran: Challenges of implementation in Kerman. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2015;12(19):28-31.
۴. مختاری خصزج، عابدی ق، مروی ا. تحلیلی بر نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری، با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان: یک مطالعه کیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۲۰۱۸؛ ۲۸(۱۶۱):۷۵-۸۷.
۵. عشرتی ب، امروزی ر، موسوی عس، عظیمی مس، اسماعیلی ع، بختیاری ح، et al. بررسی نابرابری در شاخص‌های ارائه بسته خدمتی برنامه مراقبت کودکان از سوی پزشکان خانواده، بر اساس فاصله خانه بهداشت تا مرکز شهرستان‌ها و استان مرکزی. مجله اپیدمیولوژی ایران. ۲۰۱۳؛ ۹(۳):۱-۸.
۶. کاظمیان م، کاویان تلوری ف. ارزیابی دسترسی به مراقبت‌ها در برنامه پزشک خانواده با رویکرد جامعیت مراقبت‌ها. مدیریت اطلاعات سلامت. ۱۳۹۵؛ ۱۳(۴):۱-۳.
۷. کبیر مج، امیری حا، ممتهن ر، ظفرمند ر، زاده زح، پور سن. دستاوردها و چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران: دیدگاه مدیران و مجریان. فصلنامه راهبردهای مدیریت در نظام سلامت. ۲۰۱۹؛ ۴(۲):۱۴۸-۵۹.

# بار مالی تحمیل شده به خانوارهای تحت پوشش پزشکی خانواده

## مقدمه

بخشی از درآمد خانوار در همه کشورها صرف هزینه‌های مرتبط با سلامت می‌شود. مقدار این سهم و توزیع آن نشان دهنده تحمیل بار مالی سلامت به جوامع است. تأمین هزینه‌های بهداشتی در جوامعی که اغلب از طریق پرداختی از جیب صورت می‌گیرد و فاقد مکانیزم‌های پیش پرداخت بوده، خانوارها را با هزینه‌های فلاکت‌بار سلامت مواجه می‌کند. بر اساس مطالعات حساب‌های ملی سلامت کشور، ۵۵٪ از منابع بخش سلامت در زمان بیماری و به صورت پرداخت مستقیم خانواده و از جیب بیماران است (۱، ۲). از آنجایی که پرداخت‌های از جیب مانعی بر سر راه دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی ضروری است، یکی از اهداف اجرای طرح پزشکی خانواده، کاهش بار مالی تحمیل شده به خانوارها از طریق فرآیند نظام ارجاع می‌باشد. محتوای مطالعاتی که بار مالی تحمیل شده به بیماران را با اجرای طرح پزشکی خانواده بررسی کرده‌اند را میتوان در دو حیطه زیر بررسی کرد:

الف) پرداخت هزینه‌های دارویی؛

ب) پرداخت هزینه‌های درمان.

## نتایج

در این بخش مطالعات مرتبط با دو حیطه پرداخت بابت هزینه‌های دارویی و پرداخت کلی هزینه‌های درمان ارائه شده‌اند.

### الف) پرداخت هزینه‌های دارویی

۱. در این مطالعه اقلام دارویی تجویز شده قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده روستایی (سال ۱۳۸۳ و سال ۱۳۹۰) در سطح داروخانه مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان اصفهان تعیین و هزینه‌های دارویی مرتبط با آن برآورد شد. یافته‌ها نشان داد که هزینه‌های دارویی هر شهروند روستایی بعد از برنامه پزشک خانواده از ۳۵۶۷ ریال به ۱۷۳۸۱ ریال افزایش یافته است (شایان ذکر است به همین نسبت سرانه تجویز دارو افزایش یافته بود) (۳).

### ب) پرداخت هزینه‌های درمان

۱. در این مطالعه با استفاده از پرسشنامه به بررسی نقاط ضعف، قوت، فرصت‌ها و تهدیدها در اجرای طرح پزشکی خانواده پرداخته شد. از دیدگاه پزشکان این طرح، یکی از نقاط قوت این طرح کاهش پرداخت مردم برای هزینه‌های درمان بود. (این طرح به بررسی میزان پرداخت بیماران پرداخته است) (۴).

۲. در مصاحبه انجام شده با از کارشناسان خبره، پزشکان خانواده، مدیران اجرایی و دریافت‌کنندگان خدمت همگی اذعان داشتند که اجرای پزشکی خانواده منجر به کاهش هزینه‌های ویزیت، دارو و درمان، هزینه ایاب و ذهاب، هزینه‌های پاراکلینیکی بیماران شده است. (میزان هزینه‌ها محاسبه نشده است) (۵).

۳. داده‌های ثبت شده در استان‌های فارس و مازندران در سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۴ نشان داد که در زمان اجرای طرح پزشک خانواده درصد خانوارهای مواجهه یافته با هزینه‌های کمرشکن افزایش یافته است (مقدار هزینه‌های پرداختی بیماران در این مطالعه نمایش داده نشده است) (۶).

۴. مصاحبه‌های انجام شده با تیم پزشکی خانواده نشان داد که آنها معتقدند که به دلیل دسترسی بیشتر به پزشک و حضور مرتب وی، بیماران دیگر به شهر مراجعه نمی‌کنند و خدمات مراقبتی و درمانی خود را در محل سکونت خود دریافت می‌کنند. همین امر منجر به کاهش هزینه‌های مردم شده است (در این مطالعه هزینه محاسبه نشده) (۷).

## بحث و نتیجه‌گیری

- یک مقاله مرتبط با پرداخت هزینه‌های دارویی نشان داده است که هزینه دارویی پس از اجرای طرح پزشکی خانواده روستایی در اصفهان افزایش یافته بود. دلیل آن نیز افزایش سرانه تجویز دارو ذکر شده است.
  - سه مطالعه کیفی و یک مطالعه کمی به بار مالی تحمیل شده بابت هزینه‌های درمان، در زمان اجرای طرح پزشکی خانواده اشاره کرده بودند. در مطالعات کیفی مصاحبه شونده‌گان معتقد بودند که اجرای طرح پزشکی خانواده منجر به کاهش هزینه‌های مردم شده است؛ اما نتایج حاصل از مطالعه کمی نشان داده بود که در زمان اجرای طرح پزشک خانواده درصد خانوارهای مواجهه یافته با هزینه‌های کمرشکن افزایش یافته است (تحمیل بار مالی).
- \*\* انجام مطالعات «کمی» بیشتری که با استفاده از شاخص‌های مناسب به سنجش بار مالی تحمیل شده به خانوارها پرداخته باشند، ضروری به نظر می‌رسد.

## منابع

۱. فتاحی ش، نادری آ. تعیین کننده‌های بلندمدت هزینه‌های فلاکت‌بار سلامت (مطالعه موردی: منطقه حسین آباد ارومیه). مدیریت اطلاعات سلامت. ۱۴؛ ۲۰۱۱؛ (۷): ۹۱۷-۲۶.
۲. غریبی، فردین، حیدری، ا. ع.، زارعی، مژده. درصد پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت توسط مردم در استان کردستان در سال ۱۳۸۸. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. ۱۳؛ ۲۰۱۳؛ (۳): ۲۰-۸.
۳. خدیوی ر، یاراحمدی ا. میانگین مصرف داروها قبل و بعد از اجرای برنامه ی پزشک خانواده در مراکز بهداشتی- درمانی روستایی شهرستان اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان. ۱۴؛ ۲۰۱۳؛ (۲۷۱): ۱-.
۴. تلوری فک، حیدری ع، عباسی ا، کبیر م، بدخشان ع، خطیرنامنی ز. بررسی بار مراجعه و هزینه بیماران بستری تحت پوشش صندوق بیمه روستایی، قبل و بعد از اجرای برنامه نظام ارجاع. مجله بیمه سلامت ایران. ۲۱؛ ۲۰۲۱؛ (۴): ۲۵۴-۶۳.



۵. مختاری خنجر، عابدی ق، مروی ا. تحلیلی بر نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری، با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان: یک مطالعه کیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۲۰۱۸؛ ۲۸(۱۶۱): ۷۵-۸۷.
۶. یزدی فیض آبادی و، مهرالحسنی م، بانسی م، میرزایی س، ارومیه ای ن. ارتباط اجرای آزمایشی برنامه پزشک خانواده شهری با شاخص‌های حفاظت مالی سلامت در استان‌های فارس و مازندران. مجله اپیدمیولوژی ایران. ۱۳۹۶؛ ۱۳(۵) (ویژه نامه مبانی، رویکردها و عملکرد نظام سلامت ایران) ۲۵۴#(m۰۰۲۵۴#):-.
۷. بیاتی ا، قنبری ف، ملکی ا، حسینی ش، شمسی م. تبیین تجارب اعضا تیم سلامت از منافع عمومی برنامه پزشک خانواده در شهرستان اراک در سال ۱۳۹۱. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک. ۲۰۱۴؛ ۱۷(۱): ۱-.

# تأثیر بهره‌مندی از خدمات سلامت

## مقدمه

مفهوم بهره‌مندی در نظام سلامت به معنی استفاده مطلوب، آگاهانه و بر اساس علائق مصرف‌کننده است. بهره‌مندی هنگامی تحقق خواهد یافت که فرد ابتدا بتواند و دوم بخواهد که از کالا یا خدمات استفاده کند. تحلیل بهره‌مندی نقش مهمی در برنامه‌ریزی برای عرضه مناسب خدمات سلامت در جامعه دارد (۱). نتایج حاصل از مطالعاتی که به بهره‌مندی اشاره کرده‌اند را می‌توان در دسته‌های زیر جای داد:

الف) دسترسی به مراقبت‌ها؛

ب) عوامل موثر بر بهره‌مندی؛

ج) دستاوردها/ضعف‌ها.

## نتایج

در این بخش نتایج حاصل از بهره‌مندی با اجرای طرح پزشکی خانواده در دسته‌های مختلف ارائه شده است.

### الف) استفاده از مراقبت‌ها

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱	استفاده از خدمات	خوب
۲	دسترسی به خدمات	خوب
۳	دستاوردهای برنامه	خوب

۱. در این مطالعه مقطعی - تحلیلی پرونده‌های مربوط به ۳۰۰ زن قبل و ۳۰۰ زن بعد از اجرای طرح پزشکی خانواده در شهرستان‌های استان آذربایجان شرقی به طور تصادفی در مراکز بهداشتی درمانی انتخاب شده‌اند. نتایج نشان داد که زنان استفاده‌کننده از آی یو دی که باید سالی دوبار پزشک یا ماما آنان را معاینه از ۲،۱ به ۲،۲ افزایش یافت. خدمات ارائه شده در مورد قرص و آمپول با بهبود جزئی همراه بوده است، ولی آی یو دی افزایش قابل توجهی داشته است. انجام معاینات ادواری از زنان تحت پوشش از ۹۲/۶٪ به ۹۸/۳٪ افزایش یافته بود. و نمونه برداری پاپ اسمیر از زنان هم از ۱۴/۱٪ به ۷۶،۴٪ افزایش یافته بود (۲).

۲. در این مطالعه مقطعی در سال‌های ۹۴ تا ۹۵ در دو استان فارس و مازندران انجام شد؛ داده‌ها به روش پرسشنامه جمع‌آوری شد. نتایج نشان داد که کمابیش ۹۰٪ بیماران در کمتر از ۴۰ دقیقه می‌توانستند به پزشک خانواده خود و داروخانه برسند. دسترسی ۸۰٪ بیماران برای همه تسهیلات بهداشتی درمانی شامل: داروخانه مرکز پزشک خانواده، دندانپزشک زایشگاه بیمارستان و پایگاه بهداشت در کمتر از ۴۰ دقیقه امکان‌پذیر بود. بیماران در طول یک سال ۵/۵ بار توسط پزشکان خانواده ویزیت می‌شدند و مدت زمان هر ویزیت برای ۸۰٪ بیماران تا ۱۰ دقیقه بود (۳).

۳. این مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۸۶ در ۱۸ مرکز بهداشتی درمانی استان و ۲۲۴ مرکز بهداشتی درمانی روستایی استان فارس انجام شد. نتایج نشان داد که در طرح پزشک خانواده بیشتر به بیماران توجه شده و سطح آموزش سلامت، در دسترس بودن و عدالت ارتقاء یافته و بهترین خدمات ارائه می‌شود، هزینه‌ها کاهش یافته و مراجعات به داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها، کلینیک‌های رادیولوژی افزایش یافته است (۴).

### ب) عوامل موثر بر بهره‌مندی

۱. در این مطالعه که به صورت پرسشنامه محقق ساخته و پرسش از خانوارهای تحت پوشش برنامه پزشک خانواده شهری در فارس و مازندران بودند، به بررسی عوامل موثر بر میزان بهره‌مندی جمعیت تحت پوشش از برنامه پزشک خانواده شهری ایران پرداخته است. پژوهش حاضر نشان داد که حدود یک چهارم افراد مورد بررسی با توجه به بیش از ۴ سال از اجرای برنامه یه پزشک خانواده خود مراجعه نکرده‌اند. در مجموع نه متغیر به عنوان عوامل تأثیرگذار در بار مراجعه جمعیت تحت پوشش مورد تأیید قرار گرفت که شامل پرونده سلامت، بعد خانوار، بیمه تکمیلی، اعضای مبتلا به بیماری بسته خدمت، تحصیلات، شغل، سابقه تعویض پزشک خانواده، مدت زمان دسترسی به پزشک خانواده با پای پیاده و سطح آشنایی با برنامه پزشک خانواده بود (۵).

### ج) دستاوردها/ ضعف‌ها

۱. در این مطالعه از تمامی پزشکان حاضر در ۳۰ مرکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران خواسته شد تا نظرات خود را در مورد نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و عوامل تهدید کننده برنامه پزشکی خانواده در ایران در سال ۱۳۹۴ ارائه و اولویت‌بندی کنند. نتایج نشان داد دسترسی آسان روستاییان به پزشکان، چکاپ سالانه و تشکیل پرونده خانگی، ارائه مراقبت موثرتر برای مادران و کودکان زیر شش سال، کاهش هزینه‌های درمانی بیماران، بهبود دسترسی به پزشک و دارو، غربالگری بیماران و تشخیص زودهنگام بیماری‌ها از اثرات اجرای پزشک خانواده بود (۶).

۲. این مطالعه از نوع مقطعی بوده که در تمامی شبکه‌های بهداشت و درمان ۱۶ شهرستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است. میانگین بار مراجعات به پزشک، ماما، آزمایشگاه و داروخانه قبل از اجرای طرح پزشک خانواده به ترتیب ۰،۳، ۰،۰۶، ۰،۲ و ۰،۰۳ بوده است و بعد از اجرای طرح به ترتیب ۱،۳، ۰،۴، ۰،۵۸ و ۰،۰۸ رسیده است. بنابراین اجرای طرح میزان بار مراجعات به گروه پزشک خانواده بسیار افزایش یافته که نشان‌دهنده افزایش بهره‌مندی از خدمات است (۷).

۳. این مطالعه توصیفی در استان لرستان و بین ۱۰۰ پزشک خانواده از طریق پرسشنامه انجام شده است. ۸۲٪ پزشکان معتقد بودند که اجرای طرح باعث افزایش سرعت و دسترسی بیماران به خدمات سلامت می‌شود (۸).

۴. در این مطالعه مقطعی- تحلیلی پرونده‌های مربوط به ۳۰۰ زن قبل و ۳۰۰ زن بعد از اجرای طرح پزشکی خانواده در شهرستان‌های استان آذربایجان شرقی به طور تصادفی در مراکز بهداشتی درمانی انتخاب شده‌اند. نتایج نشان داد که زنان استفاده‌کننده از آی یو دی که باید سالی دو بار پزشک یا ماما آنان را معاینه

از ۲۰۱ به ۲۰۲ افزایش یافت. خدمات ارائه شده در مورد قرص و آمپول با بهبود جزئی همراه بوده است، ولی آییو دی افزایش قابل توجهی داشته است. انجام معاینات ادواری از زنان تحت پوشش از ۹۲/۶٪ به ۹۸/۳٪ افزایش یافته بود. و نمونه برداری پاپ اسمیر از زنان هم از ۱۴/۱٪ به ۷۶/۴٪ افزایش یافته بود (۲).  
 ۵. این مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۸۶ در ۱۸ مرکز بهداشتی درمانی استان و ۲۲۴ مرکز بهداشتی درمانی روستایی استان فارس انجام شد. نتایج نشان داد که در طرح پزشک خانواده بیشتر به بیماران توجه شده و سطح آموزش سلامت، در دسترس بودن و عدالت ارتقا یافته و بهترین خدمات ارائه می‌شود، هزینه‌ها کاهش یافته و مراجعات به داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها، کلینیک‌های رادیولوژی افزایش یافته است (۴).

## بحث و نتیجه‌گیری

- در رابطه با استفاده از مراقبت‌های سلامت، مطالعات مختلف نشان دادند که اجرای برنامه پزشکی خانواده منجر به افزایش بهره‌مندی در زمینه مراجعه به پزشکان متخصص و استفاده از خدمات پیشگیری از بارداری شده است.
  - در رابطه با عوامل موثر بر بهره‌مندی در یک مطالعه در مجموع نه متغیر به عنوان عوامل تأثیرگذار در، بار مراجعه جمعیت تحت پوشش مورد تأیید قرار گرفت که شامل پرونده سلامت، بعد خانوار، بیمه تکمیلی، اعضای مبتلا به بیماری بسته خدمت، تحصیلات، شغل، سابقه تعویض پزشک خانواده، مدت زمان دسترسی به پزشک خانواده با پای پیاده و سطح آشنایی با برنامه پزشک خانواده بود.
  - دستاوردهای مرتبط با بهره‌مندی نشان دادند که با اجرای طرح پزشکی خانواده میزان بار مراجعات به گروه پزشک خانواده بسیار افزایش یافته که نشان‌دهنده افزایش بهره‌مندی از خدمات است. در مطالعه‌ای دیگر نیز نشان داده شده است که میانگین بار مراجعات به پزشک، ماما، داروخانه، آزمایشگاه‌ها و کلینیک‌های رادیولوژی افزایش یافته است. همچنین دسترسی آسان روستاییان به پزشکان، چکاپ سالانه و تشکیل پرونده خانگی، ارائه مراقبت موثرتر برای مادران و کودکان زیر شش سال، کاهش هزینه‌های درمانی بیماران، بهبود دسترسی به پزشک و دارو، غربالگری بیماران و تشخیص زودهنگام افزایش یافته است.
- \*\* در مجموع مطالعات مختلف نشان دادند که اجرای طرح پزشکی خانواده منجر به افزایش بهره‌مندی از خدمات سلامت شده است.

## منابع

1. EBADI FARD AZAR F, REZAPOUR A, ABBASI BROUJENI P, SAFARI H, MOEENI NAEENI M. UTILIZATION OF HEALTH CARE SERVICES IN THE STATE OF ISFAHAN. HOSPITAL. 201138) 3(10):):-.
۲. حکاک حم، حمیدحسینی س، فرهنگ س، زاده رر، اکبری نس، صادقی ا. بررسی روند شاخص‌های زیج حیاتی استان خراسان شمالی طی سال‌های پس اجرای طرح پزشک خانواده روستایی. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی. ۲۰۱۸؛۱۰(۱):۱۵-۲۰.
3. Kohpeima Jahromi V, Dehnavieh R, Mehrolhasani M. Evaluation of urban family physician program in Iran using primary care evaluation tool. Iranian Journal of Epidemiology. 201813:134-44؛.
4. Hatam N, Joulaei H, Kazemifar Y, Askarian M. Cost efficiency of the family physician plan in fars province, southern iran. Iranian journal of medical sciences. 2012253:(4)37؛.
۵. کبیر مج، امیری حا، ربیعی سم، فرزین ک، رستمی زحز، شیروانی سدنپ، et al. عوامل موثر بر میزان بهره مندی جمعیت تحت پوشش از برنامه پزشک خانواده شهری ایران. فصلنامه کومش. ۲۰۲۰؛۲۲(۱):۱۳۰-۷.
6. Dargahi H, Darrudi A, Zalvand R. Family medicine program in Iran: Swot analysis and tows matrix model. Iranian Journal of Public Health. 20191140-8:(6)48؛.
۷. علیزاده داگ، زاده مم. تاثیر برنامه پزشک خانواده بر بار مراجعات در مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران. مجله سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. ۲۰۱۳؛۳۱(۱):۹-.
۸. سپهوند جپ، فرهادی ع. بررسی اثر طرح پزشک خانواده بر بهبود فرآیند درمان استان لرستان (نظرسنجی از پزشکان شاغل در طرح پزشک خانواده کمیته امداد امام). مجله پزشکی تأمین اجتماعی. ۲۰۰۶؛۲۸(۲۸):۸-.

# سیاست‌گذاری برای پزشک خانواده

## مقدمه

سیاست‌گذاری در حوزه سلامت، چنانچه مبتنی بر شواهد انجام شود، قاعدتاً نتایج بهتری به دنبال خواهد داشت. از این رو در اولین گام از طراحی برنامه جامع پزشک خانواده، مروری بر شواهد موجود انجام شد که تمامی نتایج حاصله می‌تواند راهنمای سیاست‌گذاران این حوزه باشد. با این وجود با توجه به پراکندگی مطالب در این قسمت سعی بر آن است تا مطالب نزدیکتر به حوزه سیاست‌گذاری در این قسمت گردآوری شده و در پنج دسته کلی شرح ذیل تقسیم‌بندی شود:

الف) ماندگاری پزشکان؛

ب) پیش‌نیازهای اجرای طرح؛

ج) اصول راهنما در طراحی؛

د) ارزیابی طرح‌های قبلی؛

و) چالش‌های طرح.

## نتایج

در ادامه نتایج هر یک از دسته‌های بالا به تفصیل ارائه شده است.

### الف) ماندگاری پزشکان

۱. میزان ماندگاری پزشکان به عوامل سطح کلان و خرد بستگی دارد. بین سرانه تولید ناخالص داخلی هر استان و میزان ماندگاری پزشکان، نرخ ماندگاری پزشکان خانواده و نرخ ماندگاری پزشکان متخصص رابطه معناداری وجود داشت. علاوه بر این، روابط برای شاخص توسعه انسانی معنی‌دار بود (همه پزشکان، پزشکان خانواده، و متخصصان). پزشکان متاهل، پزشکان با دستمزد بالاتر و کسانی که در مراکز مرکزی و کلینیک‌ها کار می‌کردند تمایل بیشتری برای ماندن در منطقه مبدا خود نشان داشتند (۱).
۲. پنج عامل اول موثر بر ترک خدمت پزشکان عبارت بودند از: وضعیت نامناسب پرداخت‌ها، وضعیت نامناسب حقوق، ساعت کار زیاد، برخورد نامناسب مردم، و بار مراجعه بالا. ریزش پزشکان در این مناطق روند افزایشی دارد که البته نسبت به مناطق محروم کمتر است. افزایش مجوز استخدام در این مناطق، اصلاح شیوه مدیریت مالی و پرداخت‌های به موقع و افزایش حقوق، ایجاد تخصص پزشک خانواده و اولویت ورود به آن برای پزشکان فعال در این برنامه از جمله اقدامات لازم برای کاهش ریزش پزشکان است (۲).
۳. میانگین نمره مولفه «مشکلات محیطی، رفاهی و آموزشی» در حدود ۳,۶۸، مولفه «مشکلات سیستمی» نمره میانگین نظرات ۳,۵۶، مشکلات اقتصادی با میانگین ۳,۳۶ (به عنوان کمترین عامل موثر در کناره‌گیری) بود. خروجی آزمون تی درباره مولفه «مشکلات اداری» نیز همانند مولفه «مشکلات اقتصادی» نشان از عدم تأثیر این مولفه بر کناره‌گیری پزشکان از طرح را داشت و در نهایت مولفه مشکلات اجتماعی- فرهنگی با احتمال ۰,۹۵ با کسب نمره میانگین ۳,۶۹ به عنوان مهم‌ترین عامل تأثیرگذار

شناخته شده‌اند. با توجه به تأثیرگذاری مولفه اجتماعی و فرهنگی در کناره‌گیری و ترک پزشکان خانواده قدم اصلی در اجرای این طرح ملی، فرهنگ سازی مناسب در بین دو طرف ارائه دهنده و گیرنده خدمت طبق قوانین جاری کشور خواهد بود. در این امر برنامه‌ریزی آموزشی مستمر در تمام سطوح برای ارتقای آگاهی، نگرش و فرهنگ صحیح بهره مندی از خدمات پزشک خانواده لازم است (۳).

۴. فرسودگی شغلی در ابعاد کفایت شخصی و مسخ شخصیت، متوسط و در بعد خستگی هیجانی بالا بود. شاخص‌های محیط کار با خستگی هیجانی و مسخ شخصیت همبستگی معکوس و با کفایت شخصی همبستگی مثبت معنادار داشتند. با توجه به این که در پزشک‌های خانواده، شدت فرسودگی در ابعاد مختلف آن با عوامل محیط کار مرتبط می‌باشد، با تغییر مثبت در حیطه‌های مختلف محیط کار می‌توان به کاهش فرسودگی آنان کمک کرد (۴).

۵. در مجموع اکثریت مردم از برنامه پزشک خانواده شهری رضایت چندانی ندارند. این نیاز به یک رویکرد چند رشته‌ای از جمله آموزش، بهبود زیرساخت‌ها و نظام ارجاع، نظارت مستمر، و نظارت مکرر بر بازخورد کاربران و ارائه دهندگان در مورد این برنامه را نشان می‌دهد (۵).

### ب) پیش نیازها

۱. بین الزامات فراهم آمده برای مراکز مختلف پزشکی خانواده اختلاف معنادار آماری مشاهده شده که نشان از فراهم نشدن الزامات برای برخی از مناطق دارد (۶).

۲. پزشک خانواده شهری به دلایلی نتوانست به اندازه پزشک خانواده روستایی موفق عمل کند. دلایل این عدم موفقیت در سه حیطه ساختار، ایده‌ها و علایق مورد بررسی قرار گرفته است. در زمینه ساختار به این موضوع اشاره شده که ساختار PHC در روستاها بهتر گسترش یافته است؛ لذا زمینه ساز عملکرد بهتر پزشک خانواده در روستا شده است. در مورد ایده‌ها، به این موضوع اشاره می‌کند که نیازمندیم به یک فلسفه کلی حاکم بر نظام سلامت که بتواند جهت دهی مناسبی به برنامه‌های اجرایی در حوزه سلامت بدهد. علایق منظور همان علایق ذینفعان بخصوص پزشکان است که سه منبع قدرت مهم یعنی تخصص، منابع و دانش را در اختیار دارند و در جهت منافع خود از آنها سو استفاده می‌کنند به خصوص در شهرها که رقابت بین آنها زیادتر از روستاهاست (۷).

۳. استقرار سیاست پزشک خانواده شهری در کشور مستلزم توجه به اصول استقرار این سیاست و فراهم کردن زیرساخت‌های مناسب استقرار می‌باشد. تولید واحد در نظام سلامت، تأمین اعتبارات مکفی، مشارکت و تعامل تمامی ذینفعان برای استقرار دقیق، به موقع، صحیح و پرهیز از تضاد قدرت، تعیین تعرفه‌های منطقی و تحت پوشش قراردادن همه مردم از مهم‌ترین عوامل قابل توجه در جهت استقرار این سیاست ملی می‌باشد (۸).

۴. بیشترین چالش‌های مرتبط با عوامل زمینه‌ای شامل: میزان بارش، تحریم‌های اقتصادی، اعتقاد به طب سنتی، اعتقاد به تخصص پزشکان قبلی و رتبه‌بندی جهانی کشورها بود. برای اجرای برنامه بیشترین چالش‌ها شامل تنوع سازمان‌های بیمه‌گر، تخصیص بودجه، نظام ارجاع، پرونده الکترونیکی، نظام آموزشی و فرهنگ سازی بود. چالش‌های عمده مربوط به عوامل زمینه‌ای شامل فشار بین‌المللی برای اصلاحات و تسریع در اجرای برنامه به دلیل تغییرات مدیریتی بود. چالش‌های مرتبط با اجرای برنامه شامل تأمین بودجه و تعامل با سازمان‌های بیمه‌گر بود (۹).

۵. استقرار سیاست پزشک خانواده شهری در کشور مستلزم توجه به اصول استقرار این سیاست و فراهم کردن زیرساخت‌های مناسب استقرار می‌باشد. تولید واحد در نظام سلامت، تأمین اعتبارات مکفی، مشارکت و تعامل تمامی ذینفعان برای استقرار دقیق، به موقع، صحیح و پرهیز از تضاد قدرت، تعیین تعرفه‌های منطقی و تحت پوشش قراردادن همه مردم از مهم‌ترین عوامل قابل توجه در جهت استقرار این سیاست ملی می‌باشد (۸).

۶. ۹۵٪ افراد مورد مطالعه، تحت پوشش بیمه سلامت بودند که از این تعداد ۶۴/۴٪ بیمه تأمین اجتماعی بودند. در نیمی از خدمات بهداشتی سطح اول مورد مطالعه، مراجعه به پزشک متخصص بیشتر بود. این رفتار باعث افزایش هزینه‌های بهداشتی کشور می‌شود. بنابراین ارتقای کیفیت خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی، ترویج فرهنگ و اتخاذ سیاست‌هایی برای تشویق استفاده از نظام ارجاع و انجام غربالگری بیمار ضروری به نظر می‌رسد (۱۰).

۷. توزیع پزشکان عمومی در بخش بهداشت عمومی ایران طی سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۵ نابرابری را نشان داد. بنابراین، همزمان با افزایش تعداد پزشکان عمومی شاغل در بخش بهداشت عمومی، توجه به توزیع آنها ضروری است (۱۱).

۸. اجرای طرح پزشک خانواده در کل جمعیت کشور نیاز به ۳۲۷۶۹ نفر پزشک دارد و بر این اساس، ادامه اجرای این طرح تا پوشش کامل جمعیت کشور با کمبود حدود ۴۵۹۳ نفر پزشک روبرو است. در مرحله اول اجرای طرح در زمان کفایت تعداد پزشک عمومی، جذب پزشک مورد نیاز طرح ممکن نشده است. اختلاف عرضه و تقاضا بر اساس شرایط فعلی طرح نشان می‌دهد که ادامه اجرای طرح پزشک خانواده به بازنگری جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده، شناسایی و رفع موانع اجرایی جذب و نگهداشت پزشکان نیاز دارد و این موارد از اولویت بیشتری نسبت به تربیت و تأمین نیرو، برخوردار است (۱۲).

### ج) اصول راهنما

۱. عوامل موثر در انتخاب شامل اخلاق کارکنان، عوامل فردی، حرفه‌ای و عملکرد، بیماری زمینه‌ای بیماران و سلامت فردی و عوامل مرتبط با بیماری، مکان مطب و عوامل مدیریتی، عوامل دموکراسی، عوامل اقتصادی و عوامل اجتماعی بود. از بین موارد ذکر شده به انتخاب مردم، مهمترین عوامل انتخاب عبارت بودند از: مدرک تخصصی پزشکی خانواده، انجام معاینات دقیق با دریافت شرح حال دقیق و صرف زمان کافی برای ویزیت (۱۳).

۲. سهمیه پذیرش در دوره‌های تخصصی قوی‌ترین اولویت پزشکان عمومی است. به ترتیب اهمیت، اولویت‌های دیگر عبارتند از: حق ارائه خدمات خارج از بسته مشخص شده، افزایش تعداد جمعیت تحت پوشش، پرداخت حقوق + ۱۵٪ پاداش، افزایش حوضه تحت پوشش به ۵ کیلومتر، و افزایش طول قرارداد به پنج سال (۱۴).

۳. سیاست‌گذاری نظام سلامت و ساختار نظام بیمه سلامت در پویایی و موفقیت نظام ارجاع پزشک خانواده شهری تأثیر به‌سزایی دارند و می‌توان با توجه به هر یک از این عوامل گام موثری در بهبود نظام ارجاع و سلامت جامعه برداشت. سیاست‌گذاری نظام سلامت و ساختار مناسب بیمه (به ترتیب با ضریب تأثیر ۰،۸۰ و ۰،۸۶) بر نظام ارجاع پزشک خانواده شهری موثر است. مهمترین متغیر در عامل سیاست‌گذاری نظام سلامت، نظارت بر ارائه خدمات در سطح اول، دوم و سوم بود و در بعد ساختار بیمه، مهمترین متغیر گویه، اعمال محدودیت برای ارجاع بیماران در مطب‌ها بود (۱۵).



۴. از جمله معیارهایی که پذیرش پزشکان برای ورود به طرح را تقویت می‌کردند شامل ارتقای نظام پرداخت، رفع موانع فرهنگی، کاهش حجم کار، بهبود دامنه عمل و شرایط کاری و بهبود همکاری بین متخصصان مراقبت‌های بهداشتی بود (۱۶).

۵. ساختارها و مولفه‌های اصلی اجرایی بدست آمده و استفاده شده توسط کشورهای مورد مطالعه برای پیاده سازی طرح پزشک خانواده عبارت از: ساختارهای سازمانی و مدیریتی، بیمه‌ای، نظارتی و کنترل، پرداخت، ارائه دهندگان، کیفیت، حمایتی و فرهنگی بود. در بعد سازمانی و مدیریتی، توجه به طراحی فرآیندها از قبیل ارائه خدمات در ساعات غیر اداری، راهنما محوری خدمات با در نظر گرفتن حق انتخاب بیمار و قانونمند سازی و اعمال محدودیت‌های فرآیندی برای میزان ارجاعات به سطوح تخصصی. در بعد بیمه‌ای باید به این موارد توجه کرد: ایجاد بستر بیمه همگانی، مشارکت بیمه‌های خصوصی، توسعه پوشش خدمات توسط بیمه‌ها از جمله خدمات غربالگری، شیوه عقد قرارداد بیمه‌ها با ارائه دهندگان، پایش دوره‌ای آنان و برقراری ارتباط بین پرداخت‌ها و اهداف کیفیت. پرداخت سرانه به پزشکان عمومی به خصوص برای بیماران مزمن و همچنین برقراری ارتباط بین پرداخت به ارائه دهندگان و دستیابی به اهداف کیفیت و خدمات اولویت‌دار و خاص. اعمال مکانیسم‌های نظارتی و کنترل می‌تواند از طریق مکانیسم پرداخت یا به صورت کنترل‌های کمی و رقابتی صورت گیرد. آنچه از اهمیت برخوردار است، انتقال ریسک هزینه از بیمه‌ها به پزشکان یا مراکز پزشک خانواده است که می‌تواند از طریق پرداخت‌های سرانه، گلوبال یا ثابت صورت گیرد. پرداخت و یا پرداخت مبتنی بر دستیابی به اهداف و مبتنی بر عملکرد و همچنین مدیریت بودجه برای خدمات تخصصی و برقراری معیارهای انضباط مالی مناسب است. توسعه کمی ارائه دهندگان شامل مواردی است از قبیل توزیع عادلانه نیروهای انسانی، مشارکت بخش خصوصی، بکارگیری پزشکان متخصص در حوزه پزشکی خانواده. در خصوص توسعه کیفی ارائه دهندگان به دو شیوه می‌توان عمل کرد. یا از نیروهای توانمند نظیر متخصصان در حوزه پزشکی خانواده استفاده کرد و یا نیروهای موجود را بر اساس قابلیت‌ها توانمند کرد. آموزش تخصصی پزشکان خانواده، کوریکولوم آموزشی اختصاصی برای پزشکان خانواده و توسعه مداوم حرفه‌ای ایشان در توسعه کیفی ارائه دهندگان نقش مهمی را ایفا می‌کند (۱۷).

۶. تنها به ۵۱٪ از روستاییان، موضوعات مربوط به برنامه پزشک خانواده آموزش داده شده بود و بین میانگین نمره آگاهی و نگرش روستاییان با آموزش‌های داده شده ارتباط معنی‌داری مشاهده شد، بیشترین درصد روستاییان (۳۴٪) اطلاعات خود را از بهورزان و کارمندان مراکز بهداشتی درمانی دریافت کرده بودند، همچنین بین منابع کسب اطلاعات و آگاهی و نگرش روستاییان تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. میزان اطلاع‌رسانی به افراد در مورد برنامه در حد متوسط می‌باشد، با توجه به اینکه روستاییان بیشترین اطلاعات خود را از بهورزان دریافت کرده بودند، بنابراین اجرای برنامه‌های آموزشی برای پزشکان و بهورزان و انتقال به سایر افراد جامعه می‌تواند موجب ارتقای کیفیت و اثربخشی این برنامه شود (۱۸).

## د) ارزیابی طرح

## خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱	تأثیر طرح بر هزینه‌های بیمه‌ای	بد
۲	عملکرد تأمین مالی طرح	خوب
۳	عملکرد پزشکان	متوسط
۴	تأثیر اجرای طرح بر کنترل هزینه‌ها	خوب
۵	ارزیابی طرح	متوسط
۶	تأثیر بی‌ثباتی اقتصادی بر طرح	بد
۷	انطباق با اسناد بالادستی	متوسط
۸	نگرش پزشکان نسبت به پزشکی خانواده	-
۹	نقش اقتصادی فرهنگی پزشک خانواده در جامعه	-
۱۰	ادغام خدمات روانشناختی در طرح	-
۱۱	واگذاری دارو	بد

۱. اجرای طرح پزشک خانواده بر هزینه‌های درمانی افراد تحت پوشش بیمه تأثیرگذار بوده است و موجب افزایش هزینه‌های درمانی شامل هزینه‌های دارویی، ویزیت، هزینه‌های غیر ضروری شده است (۱۹).
۲. پس از گذشت چند سال از شروع طرح، شاخص‌هایی همچون، تخصیص به موقع منابع مالی و تأمین بسته خدمتی، تعیین سرانه واقعی و پرداخت خدمات به صورت سرانه‌ای، تصویب قانون نظام ارجاع و قوانین بالادستی، پرداخت فرانشیز در سطوح ۲ و ۹ به همراه تعداد نیروی متخصص در روستاها، توزیع مناسب آنها بر اساس تراکم جمعیتی در کنار گسترش مراکز درمانی بر اساس این تراکم، آموزش مناسب و عقد قراردادهای بلندمدت، موجب ایجاد احساس سودمندی و سهولت استفاده از خدمات نزد بیمه شدگان شده است (۲۰).
۳. عملکرد پزشکان، به‌رغم این‌که ابعاد آموزش، ارائه خدمات، مدیریت عملکرد و ارتباط با بیمار وضعیت مناسبی دارد ولی ابعاد مشارکت جامعه و مدیریت سلامت منطقه ضعیف ارزیابی شده و نیاز به بهبود دارد (۲۱).
۴. با اجرای برنامه پزشک خانواده، میزان بار مراجعه به پزشکان متخصص و فوق تخصص و استفاده از خدمات بستری، روند کاهشی داشته است. میزان بار مراجعات به پزشکان متخصص و فوق تخصص طی ۵ سال روند کاهشی داشت و از ۰,۴۶ بار به ازای هر نفر جمعیت در سال، به ۰,۳۹ بار، تقلیل یافته بود. تعداد موارد بستری در ۵ سال مورد بررسی، روند رو به کاهشی داشت و از ۶۳,۰۹ بار بستری در هزار نفر در سال ۱۳۸۸ به ۵۳,۹۹ بار در سال ۱۳۹۲ کاهش یافته بود (۲۲).
۵. پزشک خانواده روستایی دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی را بهبود بخشیده است؛ اما بهبود در یافتن بیمار و کیفیت مراقبت‌ها مورد سوال است. نگرانی‌های قابل توجهی در نظام ارجاع بین سطوح یک و دو در برنامه‌های شهری و روستایی وجود دارد. هیچ برنامه‌ریزی کارآمدی برای اجرای مؤثر پزشک خانواده به عنوان دروازه‌بانان نظام مراقبت بهداشتی وجود ندارد. این مسائل کارایی را از بین برده و نیاز به بررسی جدی دارد (۲۳).

۶. پس از اجرای این برنامه هیچ تغییری در پرداخت‌های از جیب مردم و استفاده از خدمات درمانی مشاهده نشد. با این حال، نابرابری در پرداخت‌های از جیب در طول اصلاحات افزایش یافت. برنامه پزشک خانواده شهری به دلیل نبود زیرساخت‌های بهداشتی لازم و محدودیت‌های بودجه‌ای، به طور کامل اجرا نشد و بسیاری از پیش نیازهای اساسی آن مهیا نشد (۲۴).
۷. برنامه پزشک خانواده بیشترین انطباق را با ابعاد اثربخشی (انطباق با بهبود شاخص‌های ارتقاء سلامت، دسترسی جمعیت تحت پوشش، خدمات پیشگیری، کاهش هزینه‌های پرداخت از جیب و نظام ارجاع)، تناسب و تأثیرگذاری سیاست‌گذاری در نظام سلامت داشته ولی با ابعاد کارایی، کفایت و پایش سیاست‌گذاری در نظام سلامت کمترین انطباق را دارد (۲۵).
۸. سه موضوع کلی با عنوان عوامل ترغیب پزشکان به انتخاب پزشک خانواده و ادامه خدمت (شامل ۲ زیرموضوع عوامل اقتصادی، عوامل فرهنگی و محیطی و شرایط کاری)، چالش‌های طرح (شامل ۲ زیرموضوع زمینه‌سازی برای اجرای طرح، شرایط کاری و محدودیت‌های حرفه‌ای)، و اصلاحات مورد نیاز برای اجرای صحیح برنامه (در سطح سیاست‌گذاری و در سطح اجرایی) شناسایی شد. از آنجایی که عوامل اقتصادی، فرهنگی و عوامل محیطی و شرایط کاری در ترغیب پزشکان خانواده نقش اصلی را دارند؛ لذا بیشترین چالش‌های طرح نیز مربوط به آنها بوده و نیازمند اصلاحاتی در سطوح کلان و خرد می‌باشد. همچنین فراهم کردن زمینه‌های لازم از طریق فرهنگ‌سازی در جامعه نیز می‌تواند در اجرای بهتر این طرح تأثیرگذار باشد (۲۶).
۹. طبق نظر بیشتر شرکت‌کنندگان، برنامه پزشک خانواده با برخی عوامل اقتصادی و اجتماعی در ارتباط است؛ ولی با فرهنگ و سبک زندگی ارتباط چندانی ندارد. از نظر شرکت‌کنندگان، بیشترین نقش برنامه در کاهش هزینه‌های درمانی و دسترسی آسان به خدمات است و از این طریق، موجبات بهبود کیفیت زندگی و رفاه افراد جامعه را فراهم کرده است (۲۷).
۱۰. خدمات، علاوه بر افزایش پوشش، باید بیشتر جامعه نگر شوند و خدمات روانشناختی و ارتقای سلامت روان با دستورالعمل‌های مشخص در نظام ارائه خدمات استقرار یابند. برای تمرکز برنامه باید بجای گسترش پوشش خدمات به سمت ارتقاء سوق پیدا کند. تقویت نظام جمع‌آوری اطلاعات با هدف تحقیقات کاربردی و ایجاد نظامی برای حمایت از بیماران دچار اختلال‌های مزمن شدید و مراقبان آنها، باید مد نظر قرار گیرد و تأمین نیروی انسانی توانمند و مشارکت سازمان‌ها، ارائه دهندگان خدمات و دریافت‌کنندگان آن مورد توجه قرار گیرد و شاخص رضایت دریافت‌کنندگان خدمات برای بهبود کیفیت به کار گرفته شود. اجرای راهکارها و مداخلات سلامت روان با حفظ نقاط قوت برنامه‌های قبلی در بستر برنامه پزشک خانواده با تغییرات جزئی قابل اجرا است که وجود اراده لازم در تصمیم‌گیرندگان و جدیت و ثبات در تأمین منابع لازم برای اجرای برنامه لازمه آن است (۲۸).
۱۱. میانگین تعداد اقلام تجویزی به ازای هر نسخه در واحدهای مجری برنامه پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد (۳,۱۸ قلم دارو) نسبت به هدف‌گذاری کشوری برنامه پزشک خانواده (۲,۵ قلم دارو) و استانداردهای جهانی (۱,۶ قلم دارو) بالاتر رفته بود (۲۹).

## ۱) چالش‌ها

۱. از نظر ارائه دهندگان خدمت، مهم‌ترین نقاط قوت نظام ارجاع و طرح پزشک خانواده؛ تأمین دسترسی آسان مردم به خدمات درمانی، کاهش هزینه‌های درمانی بیماران و مهم‌ترین نقاط ضعف آن پائین بودن حقوق و دستمزد پزشکان، ارجاع معکوس، عدم دسترسی به پزشک خانواده در تمام اوقات شبانه‌روز است. از دیدگاه گیرندگان خدمت؛ مهم‌ترین نقاط قوت طرح دسترسی آسان به پزشک و مهم‌ترین نقاط ضعف آن نیز برخورد نامناسب بیمارستان‌ها و عدم ارائه خدمت در طول شبانه‌روز می‌باشد (۳۰).
۲. اغلب نقش آفرینانی که در استقرار و اجرای برنامه پزشک خانواده نقش داشتند، عملکردشان در راستای بهبود برنامه نبوده است. از چالش‌های مهم دیگری که در ابعاد محتوا، زمینه و فرآیند دیده شد، می‌توان به نبود اهداف اولویت بندی شده، تغییرات مکرر مسئولان تصمیم ساز وزارت بهداشت در حوزه پزشک خانواده، شتابزدگی در اجرا بدون برنامه‌ریزی دقیق، تعدد صندوق‌های بیمه و عدم کمیّت و کیفیت مناسب بازخورد اشاره کرد. ارتقای جایگاه پزشک خانواده و نظام ارجاع، استقرار نظام پرونده الکترونیک سلامت، مناسب‌سازی آموزش‌های مورد نیاز در دوره پزشکی عمومی و توجه به منافع همه ذینفعان می‌تواند به استقرار بهتر پزشک خانواده کمک کننده باشد (۳۱).
۳. برنامه پزشک خانواده شهری با چالش‌های متعددی در اهداف و حوزه‌های تولید، نحوه ارائه خدمات و تأمین منابع مالی، انسانی و اطلاعاتی روبرو بوده است. هر چند که اجرای طرح در دو استان با دستاوردهایی در زمینه افزایش دسترسی به خدمات، بهبود هماهنگی سازمان‌های بیمه‌گر پایه و دانشگاه‌ها، و ساماندهی پرونده‌های سلامت همراه بوده است (۳۲).
۴. بزرگترین چالش نبود برنامه‌ریزی جامع بود و از دیدگاه مدیران به تنهایی مهمترین چالش در حوزه تأمین مالی بود. با توجه به اینکه اکثر چالش‌های شناسایی شده در این مطالعه با اهمیت هستند و مدیران و پزشکان آن‌ها را تأیید کرده‌اند، می‌توان از طریق توجه به شفافیت بیشتر در دستورالعمل‌ها و تفاهم‌نامه‌های اجرایی سیاست، توجه به نیازهای انگیزشی و نیازهای آموزشی پزشکان خانواده، بازنگری و بهبود روش‌های جمع‌آوری اطلاعات محیطی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد به رفع مسائل و چالش‌های مطرح شده پرداخت (۳۳).
۵. بیشترین چالش‌های طرح پزشک خانواده در مطالعه مورد بررسی مربوط به عوامل فرهنگی، اقتصادی، محیطی و شرایط کاری بود. بزرگ‌ترین چالش در حوزه جبران خدمات و کوچک‌ترین آن در حوزه امکانات و تسهیلات رفاهی بوده است. بیشترین تفاوت دیدگاه مدیران و پزشکان در حوزه امکانات و تسهیلات رفاهی و کمترین آن در حوزه فرهنگ بوده است (۳۴).
۶. نقاط قوت شامل دسترسی آسان روستاییان به پزشکان، چکاپ سالانه و تشکیل پرونده خانگی، ارائه مراقبت موثرتر برای مادران و کودکان زیر شش سال، کاهش هزینه‌های درمانی بیماران، بهبود دسترسی به پزشکان و داروها، غربالگری بیماران و تشخیص زودهنگام بیماری‌ها، ارتقای شاخص‌های سلامت جامعه، تشویق کارکنان بهداشتی و مربیان خانه‌های بهداشت. نقاط ضعف شامل افزایش حجم کاری پزشکان، مامایی‌ها و بهورزان، دسترسی محدود به پزشک خانواده، ازدحام مراجعان به خانه‌های بهداشت، مشکل در بستری شدن

بیمار در بیمارستان، نبود امنیت شغلی برای پزشکان، جهت‌گیری ناکافی پزشکان و متخصصان، عدم پرداخت به موقع حقوق پزشکان و ماماها، ارائه آموزش ناکافی به پزشکان در مورد مشکلات بهداشتی، عدم مدیریت یکپارچه، عدم انتخاب پزشک خانواده توسط بیمار، نبود امکانات تخصیص مناسب، ناکارآمدی سیستم‌های اطلاعاتی در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی، عدم گرایش روستائیان به برنامه پزشکی خانواده، پایداری پزشکان، پرستاران، ماماها و کارکنان بهداشتی در مقابل طرح تغییر مراقبت‌های بهداشتی، برخورد ضعیف روستائیان با کادر پزشکی. فرصت‌ها شامل کاهش هزینه‌های درمان در نظام سلامت، توزیع بیمه همگانی، ایجاد فرصت شغلی برای پزشک عمومی، ایجاد الگوهای معقول در استفاده از داروها و تجهیزات پزشکی، وجود دیدگاه کارگروهی در نظام سلامت، تأمین عدالت در نظام سلامت، رفع دغدغه‌های مسئولان ارشد بر اساس رفع تمامی مشکلات بیماران به جز مبتلایان به بیماری‌ها، وجود پزشک متخصص در تمامی زمینه‌ها اعم از مشاوره، درمان و تصمیم‌گیری برای بیمار. تعهدات شامل: عدم حمایت مالی دولت، ناکافی بودن سرانه سلامت، همکاری نادرست متخصصان، وضعیت ناپایدار برای خدمات جبران خسارت پزشکان، فقدان ساختار مناسب ارتباطات، تغییر سیاست‌ها به دلیل تغییر دولت‌ها، هماهنگی تقاطع پایین، شکاف بین سطوح غرامت در میان پزشکان، پرستاران، ماماها و کارکنان بهداشتی، کاهش کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی (۳۵).

۷. شایع‌ترین چالش‌های تأسیس طرح پزشک خانواده به نحوه سیاست‌گذاری، تأمین مالی، قوانین و منابع طبقه بندی می‌شود. طرح پزشک خانواده شهری را می‌توان با اجرای گام به گام این طرح، برجسته‌سازی روابط بین سازمان‌های مرتبط، استفاده از مکانیسم‌های پرداخت جدید مانند سرانه، DRG، تعهد ملی و برنامه‌های آموزشی مناسب برای ارائه‌دهندگان، توسعه مؤثرتر، پرونده الکترونیک سلامت، توجیه ارائه دهندگان و جامعه در مورد مزایای این طرح، شفاف‌سازی وضعیت نظارتی در مورد وظایف ارائه دهندگان و از همه مهمتر در نظر گرفتن منبع مالی خاص ارتقاء داد (۳۶).

## نتیجه‌گیری

یکی از معضلات چشمگیر طرح پزشکی خانواده مربوط به عدم ماندگاری پزشکان در طرح بوده که خود متأثر از شرایط مختلفی از جمله پرداخت‌ها، بار کاری زیاد و فرسودگی شغلی ناشی از آن است. برخی از پیش‌نیازها برای اجرای موفق طرح ضروری است که البته با توجه به شواهد موجود به نظر می‌رسد در بسیاری از مراکزی که پژوهش انجام شده، این پیش‌نیازها فراهم نبوده است. براساس مطالعات پیشین، برخی از معیارها قابل استخراج است از جمله اینکه انجام دقیق معاینات و صرف وقت برای معاینه می‌تواند بر انتخاب پزشک توسط مردم تأثیرگذار باشد، سهمیه دوره تخصصی از انگیزاننده‌های قوی جذب پزشکان است، نقش سیستم نظارتی بسیار مهم است. ارزیابی‌های انجام شده بر روی ابعاد مختلف طرح نشان از عملکرد متوسط طرح دارد. در مجموع، در این قسمت مشکلات عمده طرح مشخص شده و راهکارهای عملیاتی خوبی پیشنهاد شده که مطالعه جزئیات آن می‌تواند راهنمای خوبی برای سیاست‌گذاران حوزه سلامت باشد.

## منابع

1. Ehsani-Chimeh E, Majdzadeh R, Delavari S, Gharebelagh MN, Rezaei S, Rad EH. Physicians' retention rate and its effective factors in the Islamic Republic of Iran. Information for authors. 19951؛.
۲. عاطفی ع، آقامحمدی س، جمشیدیگی ع، ضرابی م، پوررضا ا، شریعتی م. بررسی عوامل مؤثر بر ترک خدمت پزشکان خانواده در مناطق روستایی استان‌های با ضریب محرومیت کمتر از ۱/۴ (برخوردار) کشور. فصلنامه پژوهش حکیم. ۲۰۱۴؛ ۱۷(۱): ۴۴-۷.
۳. صدیقی س، امینی م، پوررضا ا. علل کناره‌گیری پزشکان از طرح پزشک خانواده روستائی در سال ۱۳۹۱. مدیریت بهداشت و درمان. ۲۰۱۵؛ ۵(۴): ۳۳-۴۳.
۴. زاده م، مهرالسادات، نجار و، پور ت، اسماعیلی، زاده م، et al. فرسودگی شغلی و شاخص‌های تاثیرگذار محیط کار بر آن در بین پزشک‌های خانواده خراسان رضوی. فصلنامه علمی تخصصی طب کار. ۲۰۱۳؛ ۵(۴): ۴۲-۵۱.
5. Honarvar B, Lankarani KB, Ghahramani S, Akbari M, Tabrizi R, Bagheri Z, et al. Satisfaction and dissatisfaction toward urban family physician program: A population based study in Shiraz, Southern Iran. International journal of preventive medicine. 20167؛.
۶. شیروانی نپ، داود س، میکانیکی، امیری ا، حسن، کبیر، et al. تأمین منابع، تجهیزیات و الزامات اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران: از تئوری تا عمل. سلامت جامعه. ۲۰۱۳؛ ۷(۲): ۱-۱۱.
7. Khayatzadeh-Mahani A, Takian A. Family physician program in Iran: considerations for adapting the policy in urban settings. Archives of Iranian medicine. 20140-:(11)17؛.
۸. دشمنگیر، دشمنگیر، پریناز، عباسی، رشیدیان. زیرساخت‌های استقرار سیاست پزشک خانواده شهری در ایران: تحلیل کیفی مستندات. فصلنامه پژوهش حکیم. ۲۰۱۵؛ ۱۸(۱): ۱-۱۳.
9. Mehrolhassani MH, Jahromi VK, Dehnavieh R, Iranmanesh M. Underlying factors and challenges of implementing the urban family physician program in Iran. BMC Health Services Research. 20211-12:(1)21؛.
10. Niyas M, Karimi M, Kavosi Z. Utilization of primary health care services in rural and urban areas in Shiraz. Shiraz E-Medical Journal. 201810)19؛).
11. Rabbanikhah F, Moradi R, Mazaheri E, Shahbazi S, Barzegar L, Karyani AK. Trends of geographic distribution of general practitioners in the public health sector of Iran. Journal of education and health promotion. 20187؛.
۱۲. فرزندی ف، محمدک، مفتون ف، قاسمی رل، دزفولی رطز. تعداد پزشک عمومی در کشور و امکان اجرای طرح پزشک خانواده از بُعد نیروی انسانی. پایش. ۲۰۰۹؛ ۸(۴): ۴۱۵-۲۱.

13. Khatami F, Shariati M, Khedmat L, Bahmani M. Patients' preferences in selecting family physician in primary health centers: a qualitative-quantitative approach. *BMC Family Practice*. 2020;11(1):21.
14. Ezatabadi MR, Rashidian A, Shariati M, Foroushani AR, Sari AA. Using conjoint analysis to elicit GPs' preferences for family physician contracts: A case study in Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2016;11(18):.
۱۵. توکلی، فرشاد، پورن، اشکان ا، ریاحی، مجدآباد م. تاثیر سیاست‌گذاری و ساختار بیمه در نظام سلامت بر نظام ارجاع پزشک خانواده شهری ایران. مدیریت بهداشت و درمان. ۲۰۱۷؛ ۸(شماره ۳): ۸۵-۹۳.
16. Kor EM, Rashidian A, Hosseini M, Azar F, Arab M. Acceptability of the urban family medicine project among physicians: A Cross-sectional study of medical offices, Iran. *Glob J Health Sci*. 2016;56295:(10):8.
۱۷. علیرضا حیدریان ن، قهرمان محمودی ع، جمشید یزدانی چ. ساختار اجرایی طرح پزشک خانواده با هدف دستیابی به ابعاد کیفیت خدمات در حوزه مراقبت‌های اولیه سلامت: مرور سیستماتیک. پی‌اورد سلامت. ۱۴۰۰؛ ۱۵(۳): ۲۵۴-۷۱.
۱۸. توسلی ا، علیدوستی م، خدیوی ر، راد غش. بررسی ارتباط آگاهی و نگرش روستاییان با منابع کسب اطلاعات در زمینه برنامه پزشک خانواده در شهرستان شهرکرد سال ۱۳۸۸. مجله تحقیقات نظام سلامت. ۲۰۱۱؛ ۶(۳): ۰-.
۱۹. خیاط‌بهبهان، خیاط‌بهبهان، بهاره. بررسی تاثیر سیاست‌های کلی سلامت در اجرای طرح پزشک خانواده بر هزینه‌های درمانی بیماران تحت پوشش بیمه. آفاق علوم انسانی. ۲۰۱۸؛ ۲۰(۲): ۴۷-۶۱.
۲۰. رضائی، زاده دک، فدائی، اعتباریان، بهرامی. بررسی رابطه تأمین منابع مالی، زیرساخت‌های فیزیکی، قانونی و نیروی انسانی در اجرای برنامه بیمه درمانی روستائیان و عشایر سازمان بیمه سلامت کشور. نشریه بیمه سلامت ایران. ۲۰۱۹؛ ۲(۱): ۲۱-۹.
۲۱. گشتی، بابازاده ا، جعفری، کبیر، حیدری، پور ب، et al. بررسی عملکرد پزشکان خانواده روستایی استان گلستان از دیدگاه مدیران، پزشکان خانواده و بیماران. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences (JMUMS)*. ۲۰۱۶؛ ۲۵(۱۳۲):.
22. Khadivi R, Saebian A, Khosravi M, Nasehi R. The pattern of costs by the health insurance organization for the people in Urban areas with population under Twenty Thousands and nomads in Isfahan province, Iran, 2009-2013. *Journal of Isfahan Medical School*. 2016;2341-50:(366):33.
23. Khedmati J, Davari M, Aarabi M, Soleymani F, Kebriaeezadeh A. Evaluation of urban and rural family physician program in Iran: a systematic review. *Iranian journal of public health*. 2019;400:(3):48.
24. Rad EH, Delavari S, Aeenparast A, Afkar A, Farzadi F, Maftoon F. Does economic instability affect healthcare provision? Evidence based on the urban family

- physician program in Iran. Korean journal of family medicine. 2017;29(5):384.
۲۵. محمد رضان، علی ج، رضاقلی و، لادن م. ارزیابی میزان انطباق برنامه پزشک خانواده ایران با ابعاد سیاست‌گذاری از دیدگاه متخصصین نظام سلامت. تصویر سلامت. ۱۳۹۳؛ سال پنجم (۱): ۱-.
۲۶. عرب، محمد، شفیعی، ایری، صفری، نوده ج، et al. بررسی نگرش پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران نسبت به اشتغال خود: با رویکرد کیفی. مجله بیمارستان. ۲۰۱۲؛ ۱۲(۳): ۱۹-۲۸.
۲۷. شوشتری ج، دژمان، محمودی، افتخاری ب، نیاج، شجاعی، et al. برنامه پزشک خانواده روستا و نقش آن در مسائل اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی جامعه. رفاه اجتماعی. ۲۰۱۴؛ ۱۳(۵۱): ۴۳-۶۷.
۲۸. بوالهیری، کبیر، حاجبی، یزدی ب، رفیعی، اصل ا، et al. بازنگری برنامه ادغام سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۲۰۱۶؛ ۲۲(۲): ۱۳۴-۴۶.
۲۹. خوبان، گل ا، فرخانی، موسی ا. ارزیابی واگذاری ارائه خدمات دارویی به بخش خصوصی در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده استان خراسان رضوی: رویکردی بر سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد. مجله سازمان نظام پزشکی مشهد. ۲۰۱۳؛ ۱۷(۱): ۲۳-۵.
۳۰. افکار، ابوالحسن، پوررضا، نژاد خ‌لله و، مهربان، et al. بازتاب عملکرد پزشک خانواده در آیین مشتریان گیلانی. مجله بیمارستان. ۲۰۱۲؛ ۱۲(۱): ۳۹-۴۸.
۳۱. مهترپور، تاجور. تحلیل سیاست‌گذاری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در ایران با استفاده از چارچوب مثلث تحلیل سیاست. نشریه پژوهش‌های سلامت محور. ۲۰۱۸؛ ۴(۱): ۳۱-۴۹.
۳۲. دماری، مقدم و، عباس، گوران ر، کبیر ج، محمد. ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان‌های فارس و مازندران: پیشینه، دستاوردها، چالش‌ها و راه حل‌ها. Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research. 2016؛ 14(2).
۳۳. محمدیان، محترم، نجار و، عیدگاهی ن، جاجرمی، هوشمند. بررسی چالش‌های طرح پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و پزشکان در استان خراسان شمالی، ۱۳۹۵. فصلنامه علمی-پژوهشی علوم پیراپزشکی و توانبخشی. ۲۰۱۸؛ ۷(۱): ۱۴-۲۴.
۳۴. الهه ه، زهره ن، حسین اپ، الهه اح، علی ون. چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی شمال شرق ایران از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در طرح.
35. Dargahi H, Darrudi A, Zalvand R. Family medicine program in Iran: SWOT analysis and tows matrix model. Iranian Journal of Public Health. 2019;140(6):484.
36. Dehnavieh R, Kalantari AR, Sirizi MJ. Urban family physician plan in Iran: challenges of implementation in Kerman. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2015;29:303.



# دیدگاه و رضایت مردم

## مقدمه

یکی از درخواست‌های مردم از نظام سلامت، پاسخ‌گویی ارائه‌دهندگان خدمات به نیازهای پزشکی و غیر پزشکی آنها می‌باشد. رضایت‌مندی مشتری از خدمات سلامت دریافت شده، می‌تواند نشان دهنده میزان انطباق خدمات سلامت با کمیّت و با کیفیت خدمات از نگاه مشتری و یا میزان دسترسی فیزیکی به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باشد. رعایت احترام مشتری و پاسخ به تقاضاهای مشاوره‌ای او در جریان دریافت خدمات سلامت، اعم از خدمات مشاوره‌ای و یا درمانی در وقت مناسب و به طور شایسته و فراهم بودن امکانات جانبی و یا رفاهی به نحوی که اسباب راحتی و آرامش مشتری‌ها را فراهم سازد، از مؤلفه‌های رضایت‌مندی مشتری از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت به نیازهای غیر پزشکی است. اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، بخشی از فرآیند اصلاح نظام سلامت در ایران است. از اهداف برنامه پزشکی خانواده: احیای نظام ارجاع، افزایش پاسخگویی، افزایش دسترسی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی کاهش هزینه‌های غیرضروری، افزایش پوشش خدمات و از همه مهم‌تر، افزایش رضایت‌مندی مردم از خدمات سلامتی است. میزان رضایت‌گیرندگان خدمت باید در مراحل طراحی، اجرا و ارزشیابی به عنوان محوری‌ترین شاخص موفقیت برنامه مد نظر قرار بگیرد و مبنای بازنگری در مکانیسم پرداخت و فرآیند پایش عملکرد پزشک خانواده باشد. ارزیابی رضایت‌مندی بیماران به موضوع مهمی در ارزشیابی خدمات بهداشتی درمانی تبدیل شده و یکی از معیارهای بالا بودن کارایی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت است. بهبود رضایت بیماران در حفظ رابطه‌ای با ارائه‌دهنده خدمات و مدیریت محیط مراقبت اهمیت فزاینده‌ای دارد. رضایت‌مندی همچنین در رسیدن به نتیجه مؤثر است؛ چراکه بیماران راضی مشارکت بیشتری در روند درمان دارند. علاوه بر این، میزان رضایت منعکس‌کننده قضاوت بیماران درباره کیفیت خدمات است و افزایش اهمیت حمایت از مصرف‌کننده در خدمات بهداشتی نیز یکی از عناصر جامعه آزاد است. اصلی‌ترین محور اجرای برنامه پزشکی خانواده، پایش عملکرد پزشک خانواده است؛ اما در عین حال، در فرآیند ارزشیابی برنامه پزشکی خانواده، سنجش میزان رضایت‌گیرندگان خدمات نیز از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد. با گذشت چندین سال از اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در کشور، لازم است نتایج اجرای این برنامه را به درستی مورد پایش قرار گیرد تا با شواهد متقن قدم برداشت و از مشکلات بعدی پیشگیری کرد. این گزارش در ادامه چند گزارش همزمان، برای ارزیابی اثربخشی برنامه پزشکی خانواده از دیدگاه مردم انجام شده است.

نتایج بررسی مستندات به دست آمده در ۹ آیت‌م دسته‌بندی شد و به تفصیل در زیر آورده شده است:

الف) میزان رضایت مردم؛

ب) مشکلات پزشک خانواده؛

ج) میزان آگاهی مردم از طرح پزشک خانواده؛

د) معیار انتخاب و عدم انتخاب پزشک خانواده؛

(و) نقاط ضعف پزشک خانواده؛

(هـ) نقاط قوت پزشک خانواده؛

(ی) نگرش مردم از طرح پزشک خانواده؛

(ر) انتظارات مردم از طرح پزشک خانواده؛

(ز) فرصت ها و تهدیدهای طرح پزشک خانواده؛

(س) چالش ها و موانع طرح پزشک خانواده.

## نتایج

نتایج بررسی هریک از موارد بالا به تفصیل در ادامه آورده شده است:

### الف) میزان رضایت مردم

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱	میزان رضایت‌مندی مردم روستایی از این طرح در مناطق روستایی	بالا
۲	میزان رضایت بیمار از خدمات پزشک خانواده	متوسط
۳	تعیین سطح عملکرد پزشکان خانواده	متوسط
۴	شناسایی همبستگی رضایت و ناراضی‌ت مردم از برنامه پزشک خانواده شهری	متوسط
۵	میزان رضایت بیمار از خدمات پزشک خانواده	متوسط
۶	میزان رضایت خدمت‌گیرنده از مراکز بهداشتی درمانی اجراکننده طرح پزشک خانواده	متوسط
۷	بررسی میزان رضایت روستائیان شهرستان بردسیر از عملکرد برنامه پزشک خانواده	متوسط
۸	رضایت‌مندی دارندگان دفترچه بیمه روستایی از خدمات پزشک خانواده	بالا
۹	بررسی سطح رضایت‌گیرندگان خدمت از مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح پزشک خانواده	بالا
۱۰	بررسی رضایت‌مندی افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی روستایی	متوسط
۱۱	بررسی رضایت‌مندی مناطق روستایی شهرستان رفسنجان از طرح پزشک خانواده	بالا
۱۲	تعیین ارتباط بین رضایت‌مندی و آگاهی روستائیان نسبت به برنامه پزشک خانواده	متوسط
۱۳	بررسی میزان رضایت‌مندی از برنامه پزشک خانواده	متوسط
۱۴	تحلیلی بر رضایت‌مندی بیماران از اجرای طرح پزشک خانواده شهری در استان مازندران	متوسط
۱۵	میزان رضایت‌مندی گیرندگان خدمت از اجرای برنامه پزشک خانواده شهری	بالا
۱۶	بررسی میزان رضایت‌مندی مردم مناطق شهری و روستایی از اجرای طرح پزشک خانواده در شهرستان لارستان	بالا
۱۷	ارزیابی رضایت مراجعه‌کنندگان از مراقبت‌های اولیه بهداشتی در شهر تهران	بالا

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱۸	تعیین میزان رضایت گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده	متوسط
۱۹	سنجش میزان رضایت مندی بیماران از برنامه پزشک خانواده در استان های مرکزی ایران	بالا
۲۰	بررسی تاثیر آموزش مهارت های ارتباطی در قالب راهنمای کالکی - کمبریج بر آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان خانواده	متوسط
۲۱	بررسی رضایت مندی گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت در مراکز مجری و غیرمجری برنامه پزشک خانواده شهری	متوسط
۲۲	تعیین میزان رضایت پزشکان خانواده و خدمت گیران خدمات و علل نارضایتی آن در جنوب ایران	بالا
۲۳	تعیین میزان رضایت بیماران بیمه روستایی از خدمات سطح اول و دوم نظام شبکه در استان های شمالی	متوسط
۲۴	بررسی رضایت بیماران از خدمات پزشکان خانواده مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان سبزوار	بالا
۲۵	میزان رضایت از پزشک متخصص، مطب و بیمارستان	متوسط
۲۶	تعیین کیفیت خدمات تیم پزشک خانواده	متوسط
۲۷	میزان رضایت از نحوه برقراری ارتباط	بالا
۲۸	مطالعه تعیین عوامل مؤثر بر نارضایتی عمومی از طرح پزشک خانواده شهری	متوسط
۲۹	رضایت از سیستم ارجاع	متوسط
۳۰	مقایسه رضایت مراکز مجری و غیر مجری پزشک خانواده	متوسط
۳۱	مقایسه رضایت مراکز مجری و غیر مجری پزشک خانواده	متوسط

۱. این مطالعه با هدف ارزیابی اثربخشی برنامه پزشک خانواده و میزان رضایت مندی مردم روستایی از این طرح در مناطق روستایی شهرستان اصفهان انجام شده است. تعداد ۴۰۰ نفر شامل مردم بومی ساکن در مناطق روستایی مراکز بهداشت شماره ۱ و ۲ شهرستان اصفهان بود که تحت پوشش برنامه پزشک خانواده قرار داشتند. در این طرح، با استفاده از پرسشنامه (به ارزیابی رضایت مندی بیماران مراجعه کننده به پزشک خانواده) و مصاحبه چهره به چهره با روستاییان بالای ۱۵ سال، میزان رضایت مندی آنها از برنامه های پزشک خانواده بررسی شد. میانگین رضایت مندی روستاییان از برنامه های پزشک خانواده ۷۰/۳٪ بود. همچنین در جمعیت مورد مطالعه فردی که از خدمات پزشک خانواده به طور کامل ناراضی باشد وجود نداشت، ولی ۳/۸٪ از خدمات مذکور ناراضی بودند. همچنین ۶۲/۵٪ از خدمات پزشک خانواده راضی و ۳۳/۸٪ به طور کامل راضی بودند. همچنین طبق نظر اهالی روستاها، راز داری پزشکان خانواده در مورد اسرار بیمار، بالاترین میزان رضایت مندی را به خود اختصاص داد، به طوری که ۴۰/۵٪ مردم به این گزینه پاسخ خیلی زیاد داده بودند. همچنین میزان توجه پزشک و پاسخ دهی به سؤالات بیماران نیز از رضایت مندی بالایی برخوردار بود، به طوری که ۲۶/۳٪ مردم گزینه خیلی زیاد را انتخاب کرده بودند.

در مجموع، میزان رضایت‌مندی از خدمات ارائه شده توسط پزشک خانواده در حد مطلوب بود، به طوری که ۲۸/۸٪ از خدمات آن به طور کامل راضی و ۳۹/۸٪ از آن راضی بودند. در مقابل، میزان عدم رضایت‌مندی در مورد آیتم‌هایی نظیر مدت زمان حضور فیزیکی پزشک، دسترسی دائمی به پزشک و ماما، زمان انتظار برای دریافت خدمات، پیگیری، هزینه‌ها، فضای فیزیکی و مداخله مردم در برنامه‌های پزشک خانواده به طور کامل مطلوب نبود. کمترین و بیشترین درصد رضایت کامل و ناراضی‌تی کامل به ترتیب در آیتم دسترسی به پزشک خانواده ۵٪ و یک درصد بوده است.

کمترین و بیشترین درصد رضایت کامل و ناراضی‌تی کامل به ترتیب در آیتم نحوه برخورد و مهارت‌های ارتباطی گروه سلامت ۱۳/۸ و صفر درصد بوده است.

کمترین و بیشترین درصد رضایت کامل و ناراضی‌تی کامل به ترتیب در آیتم هزینه‌ها ۰/۵٪ و ۶٪ بوده است. کمترین و بیشترین درصد رضایت کامل و ناراضی‌تی کامل به ترتیب در آیتم پیگیری ۱۴٪ و ۵/۳٪ بوده است. کمترین و بیشترین درصد رضایت کامل و ناراضی‌تی کامل به ترتیب در میزان رضایت کلی ۱۴/۵ و ۱۰/۵ می‌باشد. کمترین و بیشترین درصد رضایت کامل و ناراضی‌تی کامل به ترتیب در زمان انتظار ۱۱/۵ و ۰/۸ می‌باشد (۱).

۲. هدف این مطالعه توصیفی سنجش میزان رضایت بیمار از خدمات پزشک خانواده و تعیین عوامل مؤثر بر میزان رضایت بیماران انجام شد. در مجموع ۱۱۹۹ بیمار در مطالعه حاضر شرکت کردند. داده‌ها با استفاده از بازبینی ارزیابی رضایت بیمار از پزشک خانواده، که بر اساس دستورالعمل دولتی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی تهیه شده بود، جمع‌آوری شد.

پرسشنامه شامل ۱۱ گویه در مورد مشخصات دموگرافیک، زمان انتظار، اهمیت داشتن پزشک همجنس و آگاهی از محل خدمات پاراکلینیک و ۴۰ مورد برای ارزیابی میزان رضایت بیمار از خدمات ارائه شده توسط گروه پزشک خانواده بود. حداقل و حداکثر امتیاز رضایت کل شرکت‌کنندگان به ترتیب ۴۰ و ۲۰۰ بود.

نتایج نشان داد که حدود ۵۵/۷۲٪ از شرکت‌کنندگان گزینه رضایت بالا و بسیار زیاد انتخاب کردند. همچنین نتایج نشان داد که اکثر شرکت‌کنندگان از ابعاد مختلف برنامه پزشک خانواده و رفتار پزشکان رضایت داشتند؛ اما ۲۰ تا ۴۰٪ از آنها رضایت متوسط تا بسیار پایینی از مناسب بودن خدمات پزشکی، دسترسی پزشک در مواقع اضطراری، آگاهی از انواع خدمات ارائه شده در این مراکز، تناسب محل ارائه خدمات را داشتند.

وجود صندلی کافی در سالن انتظار، سیستم‌های گرمایشی و سرمایشی در محل ارائه خدمات، نصب تابلوهای راهنمایی مناسب در مراکز درمانی، مقرون به صرفه بودن رفت و آمد به مراکز درمانی، تشخیص صحیح بیماری و انتظار زمان دریافت داروها، با این وجود بیماران بیشتر از تعداد داروهای موجود در داروخانه‌ها برای رفع نیازهای خود (۳۵/۶٪)، هزینه خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی (۳۶/۸٪) و هزینه داروها (۴۱/۶٪) ناراضی بودند که نشان‌دهنده سطح قابل توجهی از داروها بود (۲).

۳. هدف از انجام این مطالعه تعیین سطح عملکرد پزشکان خانواده بوده است. ۱۹۵۶ بیمار، ۱۱۰ پزشک خانواده و ۷۰ مدیر سلامت در مطالعه شرکت کردند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات بازبینی‌ای شامل ابعاد وضعیت آموزش، ارائه خدمات سلامت، مدیریت عملکرد، مشارکت جامعه، و پرسشنامه‌ای در زمینه ارتباط با بیمار و مدیریت سلامت منطقه تحت پوشش بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل دو بازبینه بود که توسط دو گروه پزشکان خانواده و مدیران مرکز بهداشت استان و شهرستان‌ها تکمیل شد. ابزار مورد استفاده دیگر پرسشنامه‌ای بود که توسط بیماران مراجعه کننده به پزشک مرکز بهداشتی درمانی تکمیل شد.

بازبینه ارزیابی سطح عملکرد پزشکان خانواده از دیدگاه خود پزشکان خانواده شامل: مشخصات فردی و ابعاد وضعیت آموزش، ارائه خدمات توسط گروه سلامت و پزشک خانواده، عملکرد مدیریتی، مشارکت جامعه، ارتباط با بیمار و مدیریت سلامت منطقه تحت پوشش بود. به منظور سنجش عملکرد پزشکان خانواده از دیدگاه مدیران ابعاد وضعیت آموزش، ارائه خدمات سلامت، مدیریت عملکرد، مشارکت جامعه و مدیریت سلامت منطقه تحت پوشش و از دیدگاه بیماران بعد ارتباط با بیمار مورد ارزیابی قرار گرفت.

نتایج نشان داد که اکثر بیماران (۴۸/۹٪) وضعیت ارتباط پزشکان خانواده را با آنها خیلی خوب عنوان کردند. وضعیت ارتباط پزشک با بیمار با سن، تعداد مراجعات، شهرستان محل سکونت و سطح تحصیلات بیماران مراجعه کننده ارتباط آماری معنی داری داشت (۳).

۴. مطالعه حاضر با هدف شناسایی همبستگی رضایت و نارضایتی مردم از برنامه پزشک خانواده شهری انجام شده است. تعداد ۱۲۵۷ مراجعه کننده در این مطالعه شرکت کردند. در مجموع، رضایت از برنامه پزشک خانواده در ۱۹۸ نفر (۱۵/۸٪) بالا، در ۳۹۴ نفر (۳۱/۳٪) در حد متوسط و در ۳۹۱ نفر (۳۱٪) از برنامه پزشک خانواده کم تا هیچ رتبه‌بندی شد. از کل شرکت‌کنندگان، ۴۲۳ نفر (۳۴٪) اظهار داشتند که اجرای برنامه پزشک خانواده برای دریافت خدمات مناسب نسبت به قبل، با مشکل مواجه شدند. نارضایتی از این برنامه در میان گروه‌های جوان‌تر از ۵۱ سال، افراد کم‌آگاه، مجردها از اعضای خانواده بیشتر بود (۴).

۵. میزان رضایت کلی ۵۹/۲٪ بود: ۵۴/۵٪ برای مناطق شهری و ۶۳/۲٪ برای مناطق روستایی. این مطالعه حاکی از آن است که رضایت‌مندی در میان ساکنان روستایی بیشتر است و خدمات با کیفیت بهتر از سوی پزشک خانواده در جوامع روستایی و شهری مورد نیاز است (۵).

۶. این مطالعه توصیفی برای بررسی میزان رضایت ۲۴۸ خدمت‌گیرنده از مراکز بهداشتی درمانی اجراکننده طرح پزشک خانواده در روستاهای اطراف تهران انجام شده است و اطلاعات با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه جمع‌آوری شده است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه خودساخته بوده که روایی آن بر اساس دستورالعمل کشوری طرح ملی پزشک خانواده طراحی شده است.

آیتم‌های رضایت شامل: رضایت از مدت زمان انتظار صرف شده برای دریافت خدمات مورد نیاز، رضایت از حضور به موقع و کامل پزشک خانواده در محل کار، رضایت از نحوه برخورد و برقراری ارتباط پزشک خانواده با بیماران و مردم، رضایت از دانش و مهارت پزشک خانواده، رضایت از حضور سایر کارکنان مرکز با اعضای گروه سلامت در محل کار، رضایت از برخورد و برقراری ارتباط سایر کارکنان مرکز با گروه سلامت، رضایت از دانش و مهارت سایر کارکنان مرکز یا اعضای گروه سلامت، رضایت از کامل بودن خدمات مورد نیاز در داخل مرکز، رضایت از هزینه پرداخت شده نسبت به خدمات دریافت شده، رضایت از میزان آموزش و توصیه یا راهنمایی داده شده توسط پزشک خانواده در حل مشکل مربوط به

بیماران و رضایت از نظافت و تمیزی مرکز بوده است.

رضایت ۱۷۲ نفر (۶۹/۸٪) گیرندگان خدمت در سطح مطلوب و ۷۶ نفر (۳۰/۲٪) در سطح نسبتاً مطلوب بوده است. بطور کلی رضایت خدمت گیرندگان از مراکز مجری طرح پزشک خانواده مطلوب بود (۶).

۷. این مطالعه مقطعی با هدف بررسی میزان رضایت روستائیان شهرستان بردسیر از عملکرد برنامه پزشک خانواده انجام پذیرفته است. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه، برای ۴۰۰ نفر نمونه که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند جمع‌آوری و میزان رضایت در ۸ حیطة بررسی شد.

پرسشنامه مذکور دارای ۲ بخش بود: بخش اول شامل سؤالات مربوط به اطلاعات زمینه‌ای و دموگرافیک و بخش دوم شامل سؤالات مربوط به سنجش میزان رضایت افراد تحت پوشش برنامه پزشک خانواده می‌باشد که با استفاده از مقیاس لیکرت در ۸ حیطة: مراقبت و تکریم، ایمنی و رفاه، اعتماد و اعتقاد به عملکرد، زمان انتظار، سودمندی اقدامات، میزان هزینه پرداختی، عملکرد واحدهای پیراپزشکی و دسترسی به موقع به واحدهای ارائه خدمات در مراکز بهداشتی و درمانی طراحی شده است که هر حیطة دارای ۵ سوال می‌باشد و نمره هر فرد از ۵ تا ۲۵ برای هر حیطة متغیر بود.

بیشترین و کمترین میزان رضایت به ترتیب مربوط به حیطة‌های اعتماد و اعتقاد بیمار به عملکرد پزشک خانواده با میانگین ۱۹/۹۰ و زمان انتظار برای دریافت خدمات پزشک خانواده با میانگین ۱۵/۹۳ بوده است. میانگین نمره هر حیطة در زیر آورده شده است:

مراقبت و تکریم ۱۸/۷۱؛

ایمنی و رفاه ۱۸/۶۱؛

اعتماد و اعتقاد به عملکرد ۱۹/۰۹؛

زمان انتظار ۱۵/۹۳؛

سودمندی اقدامات ۱۶/۸؛

میزان هزینه پرداختی ۱۷/۳۰؛

عملکرد واحدهای پیراپزشکی ۱۷/۵۰؛

دسترسی به موقع به واحدهای ارائه خدمات در مراکز بهداشتی و درمانی ۱۶/۲۶ بوده است.

در نهایت یافته‌های این پژوهش نشان داد که اکثر افراد مورد مطالعه از عملکرد برنامه پزشک خانواده در حیطة‌های مختلف رضایت دارند (۷).

۸. هدف این مطالعه مقطعی تعیین عوامل مرثر بر رضایت‌مندی دارندگان دفترچه بیمه روستایی از خدمات پزشک خانواده در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار بوده است. داده‌های مورد نیاز توسط پرسشنامه از میان ۱۱۹۹ نفر جمع‌آوری شد. پرسشنامه دو قسمت دارد که شامل:

بخش الف: اطلاعات زمینه‌ای و دموگرافیک و بخش ب: سؤالات مربوط به سنجش میزان رضایت‌مندی دارندگان دفترچه بیمه روستایی را پوشش می‌داد. پاسخ‌ها به صورت مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت بود.

این پرسشنامه دارای هشت بعد به شرح زیر بود: مراقبت و تکریم، ایمنی و رفاه، اعتماد و اعتقاد به عملکرد، زمان انتظار، سودمندی اقدامات، میزان هزینه پرداختی، عملکرد واحدهای پیراپزشکی و دسترسی به موقع به واحدهای ارائه خدمات در مراکز بهداشتی درمانی. حداکثر امتیاز رضایت‌مندی در هر بعد ۲۵ و حداقل آن پنج می‌باشد.

میانگین نمره هر حیطة در زیر آورده شده است:

مراقبت و تکریم ۱۰/۲۳؛

ایمنی و رفاه ۱۰/۹۴؛

اعتماد و اعتقاد به عملکرد ۹/۸؛

زمان انتظار ۱۰/۱۷؛

سودمندی اقدامات ۱۰/۴۶؛

میزان هزینه پرداختی ۱۲/۳۸؛

عملکرد واحدهای پیراپزشکی ۱۱/۱؛

دسترسی به موقع به واحدهای ارائه خدمات در مراکز بهداشتی و درمانی ۱۱/۳۸  
رضایت‌مندی کل ۸۵/۷۳ بوده است.

بیشترین و کمترین میزان رضایت‌مندی به ترتیب از میزان هزینه پرداختی و اعتماد و اعتقاد به عملکرد پزشک خانواده به دست آمد. رضایت‌مندی کلی بیماران ۸۵/۷۳ بود. بر اساس آزمون‌های انجام شده رابطه بین محل سکونت، تحصیلات و نوع مرکز ارائه دهنده خدمات با میزان رضایت‌مندی از برنامه پزشک خانواده از نظر آماری معنی دار بود و بر اساس مدل رگرسیون خطی، محل سکونت و تحصیلات توضیح دهنده رضایت‌مندی افراد از برنامه پزشک خانواده بودند (۸).

۹. این مطالعه توصیفی با هدف بررسی سطح رضایت گیرندگان خدمت از مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح پزشک خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران انجام گرفته است. در این مطالعه رضایت ۱۰۵۷ نفر با استفاده از پرسشنامه و از طریق مصاحبه مورد ارزیابی قرار گرفت.

آیتم‌های رضایت شامل: رضایت از مدت زمان انتظار صرف شده برای دریافت خدمات مورد نیاز، رضایت از حضور به موقع و کامل پزشک خانواده در محل کار، رضایت از نحوه برخورد و برقراری ارتباط پزشک خانواده با بیماران و مردم، رضایت از دانش و مهارت پزشک خانواده، رضایت از حضور سایر کارکنان مرکز با اعضای گروه سلامت در محل کار، رضایت از نحوه برخورد و برقراری ارتباط سایر کارکنان مرکز با اعضای گروه سلامت، رضایت از دانش و مهارت سایر کارکنان مرکز با اعضای گروه سلامت، رضایت از کامل بودن خدمات مورد نیاز در داخل مرکز، رضایت از هزینه پرداخت شده نسبت به خدمات دریافت شده، رضایت از میزان آموزش و توصیه یا راهنمایی داده شده توسط پزشک خانواده در حل مشکل، رضایت از نظافت و تمیزی مرکز بوده است.

نتایج نشان داد رضایت ۵۱/۳٪ گیرنده خدمت در سطح مطلوب و مایقی در سطح نسبتاً مطلوب بوده است. بین سن، دانشگاه مورد مطالعه و نوع بیمه با سطح رضایت رابطه معنی دار وجود داشت. بین

افزایش تحصیلات و رضایت کلی گیرندگان خدمت رابطه معکوس معنی دار وجود داشت. در نهایت رضایت گیرندگان خدمت از مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح پزشک خانواده عمدتاً مطلوب بوده است و مسئولین بهداشتی شهرستان‌ها باید در خصوص حفظ و ارتقاء وضعیت موجود اقدام کنند (۹).

۱۰. هدف این مطالعه توصیفی بررسی رضایتمندی افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی روستایی بوده است. در این مطالعه ۱۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات بازبینه خود ساخته دو بخشی بود که بخش اول شامل مشخصات فردی و بخش دوم حاوی ۲۰ گویه بررسی رضایتمندی از عملکرد پزشک خانواده در جنبه‌های مختلف بود.

آیتم‌های رضایت شامل: ساعت حضور پزشک خانواده در مرکز، آموزش در مورد بهداشت عمومی و محیط زیست، خدمات مربوط به مراقبت از سالمندان و کودکان، تشخیص بیماری، تزریقات و پانسمان، خدمات درمان سرپایی، خدمات دارویی و آزمایشگاهی، نحوه پذیرش پزشک، راهنمایی پزشک در مورد علت ارجاع، راهنمایی پزشک در مورد محل ارجاع، راهنمایی پزشک در مورد مدارک مورد نیاز برای ارجاع، سطح ارائه خدمات مامایی، مشاوره و ارائه خدمات به بیماران روانی، آموزش در مورد بهداشت محیط، ارائه خدمات درمانی به بیماران واگیر و غیر واگیر، ارتقاء آموزش به گروه‌های هدف، تفاوت ارائه خدمات در مراکز شهری نسبت به روستایی، اثر بخش بودن خدمات و عدم نیاز به ارجاع، مشاوره و ارائه خدمات تغذیه، راهنمایی و مشاوره در جهت تنظیم خانواده و کنترل جمعیت بوده است.

نتایج نشان داد میزان رضایت کل به طور میانگین ۹/۴۷٪ خیلی زیاد، ۲۰/۰۴٪ زیاد، ۳۳/۰۹٪ متوسط، ۱۵/۱۲٪ کم و ۲۲/۲۸٪ بوده است. همچنین یافته‌های نشان داد که فراوانی اکثریت افراد شرکت کننده در پژوهش در هیچ کدام از موارد بیست گانه در سطح خیلی زیاد نبوده و در ۷ آیتم (تشخیص بیماری، تزریقات و پانسمان، خدمات درمان سرپایی، آموزش در مورد بهداشت محیط، تفاوت ارائه خدمات در مراکز شهری نسبت به روستایی، مشاوره و ارائه خدمات تغذیه و راهنمایی و مشاوره در جهت تنظیم خانواده و کنترل جمعیت) رضایت «زیاد» و سایر موارد رضایت «متوسط» بیان شده است. در ۱۵ گویه مورد بررسی رضایت «خیلی زیاد» و در ۳ گویه رضایت «خیلی کم» حداقل فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند. در هیچ کدام از موارد بیشتر افراد رضایت حداکثری را از خدمات ابراز نکرده‌اند (۱۰).

۱۱. این مطالعه توصیفی با هدف بررسی رضایتمندی مناطق روستایی شهرستان رفسنجان از طرح پزشک خانواده انجام شده است. داده‌های ۴۸۰ نفر با استفاده از بازبینه محقق ساخته جمع آوری شد. بازبینه از دو بخش اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به رضایتمندی در حیطه‌های مختلف پزشک خانواده از جمله میزان دسترسی به پزشک و نحوه برخورد پزشک و کارکنان مرکز، هزینه‌ها، آموزش، پیگیری، دانش و مهارت پزشک و تاثیر اقدامات بر سلامتی تشکیل شده است.

میانگین رضایتمندی روستاییان از برنامه پزشک خانواده در سطح نسبتاً خوبی (متوسط) بود و بیشترین رضایتمندی مربوط به تحصیلات دیپلم و درآمد زیر یک میلیون تومان و کمترین رضایتمندی مربوط به سن ۲۱-۳۰ سال و درآمد بالای سه میلیون تومان بود. در مطالعه حاضر ۶۷٪ از شرکت کنندگان از برخورد پزشک رضایت داشتند.



در مطالعه حاضر ۳۴٪ از شرکت کنندگان از مدت انتظار جهت دریافت خدمات راضی هستند. در این مطالعه ۸۷٪ از شرکت کنندگان از حضور و در دسترس بودن پزشک رضایت داشتند. در مطالعه حال حاضر نیز ۷۹٪ افراد از هزینه پرداختی رضایت داشتند. در مطالعه حاضر نشان داده شد که شرکت کنندگان رضایت کمی (۲۰٪) از نحوه معاینه پزشکان و عدم پرداختن به همه مشکلات و نگرانی‌های بیماران داشتند. با توجه به نتایج به دست آمده در این مطالعه، هیچ‌یک از افراد به طور کامل از خدمات پزشک خانواده ناراضی نبودند (۱۱).

۱۲. این مطالعه توصیفی با هدف تعیین ارتباط بین رضایت‌مندی و آگاهی روستاییان نسبت به برنامه پزشک خانواده انجام شد. تعداد ۱۱۰۰ نفر از افراد تحت پوشش برنامه پزشک خانواده در روستاهای شهرستان شهرکرد با استفاده از پرسشنامه مورد مطالعه قرار گرفتند.

۱۳. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه خودساخته شامل سه بخش؛ بخش اول، مشخصات فردی ۳ سؤال، بخش دوم، سنجش رضایت‌مندی ۷ سؤال و بخش سوم، سنجش آگاهی ۱۱ سؤال بود. نمره‌دهی در بخش آگاهی؛ افراد دارای نمره کمتر از ۲۰ خیلی ضعیف، ۲۰-۴۰ ضعیف، ۴۱-۶۰ متوسط، ۶۱-۸۰ خوب و ۸۰ به بالا آگاهی عالی و نمره‌دهی در بخش رضایت‌مندی: نمره کمتر از ۲۵ کاملاً ناراضی، ۲۵-۵۰ نسبتاً ناراضی، ۵۱-۷۵ نسبتاً راضی و ۷۵ به بالا کاملاً راضی بود. یافته‌های این مطالعه نشان داد که در مجموع درصد بیشتری از روستاییان از برنامه پزشک خانواده راضی بوده و افرادی که آگاهی کمتری از برنامه داشتند، رضایت بیشتری را ابراز کردند. در مورد متغیر در دسترس بودن همیشگی پزشک و عدم معطلی ۵۴٪ در حیطه ناراضی قرار داشتند.

توجه به نتایج ۵۷٪ و در خصوص ارجاع دادن سریع به مراکز بالاتر از سوی پزشک خانواده، در حیطه ناراضی قرار داشتند.

نتایج نشان داد میزان آگاهی نسبت به برنامه پزشک خانواده در ۳۷٪ افراد ضعیف بود و ۴۸٪ هم نسبتاً راضی بودند. بین آگاهی و رضایت‌مندی ارتباط معنی داری مشاهده شد. میزان رضایت‌مندی از برنامه پزشک خانواده ۸٪ کاملاً ناراضی، ۴۱٪ نسبتاً ناراضی، ۴۸٪ نسبتاً راضی و ۸٪ کاملاً راضی بود (۱۲).

۱۴. مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان رضایت‌مندی از برنامه مذکور در کرمان انجام شد روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع مقطعی بود که بر روی ۳۷۰ نفر از جمعیت نواحی روستایی شهرستان کرمان که مجری برنامه پزشک خانواده بودند، انجام گرفت داده‌ها با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری شد. پرسشنامه مذکور شامل ۲ قسمت است. قسمت الف: مشخصات کلی (دارای ۱۲ سؤال) و قسمت ب: سؤالات پرسشنامه (دارای ۳۱ سؤال) می‌باشد.

درصد مطلوب و نسبتاً مطلوب متغیرهای مورد بررسی در زیر آورده شده است:

مراقبت و تکریم ۷۸/۵؛

ایمنی و رفاه ۸۰؛

اعتماد و اعتقاد به عملکرد ۷۶/۴۵؛

زمان انتظار ۷۶/۵؛

سودمندی اقدامات ۸۲/۴؛

میزان هزینه پرداختی ۹۱/۳؛

عملکرد واحدهای پیراپزشکی ۶۲/۷

دسترسی به موقع به واحدهای ارائه خدمات در مراکز بهداشتی و درمانی ۸۲/۶؛

رضایتمندی بیمار از مراقبت ۸۸/۹؛

فراهم بودن خدمات ۷۶/۴ بوده است.

نتایج نشان داد رضایت ۱۸/۷۲٪ گیرندگان خدمت در سطح مطلوب، ۶۰/۸۵٪ در سطح نسبتاً مطلوب و ۲۰/۴۳٪ در سطح نامناسب بود. بین وضعیت تأهل و وضعیت تحصیلات مراجعین با رضایت آنها رابطه معنی داری وجود داشت، به نحوی که میزان رضایت در افراد متأهل بیشترین و در افراد با تحصیلات دانشگاهی کمترین بود. ولی بین سن و جنسیت با رضایت افراد رابطه آماری معنی داری مشاهده نگردید. به طور کلی، رضایت گیرندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده در مرکز بهداشت شهرستان کرمان در سطح نسبتاً مطلوبی می‌باشد (۱۳).

۱۵. مطالعه توصیفی حاضر با هدف تحلیلی بر رضایتمندی بیماران از اجرای طرح پزشک خانواده شهری در استان مازندران انجام شده است. تعداد ۱۵۰۰ بیمار با پرسشنامه محقق ساخته مبتنی بر اهداف پژوهش با ۳۰ گویه در شش بعد شامل: خدمات، ارائه خدمات، دسترسی خدمات، کارکنان پزشک، کارکنان دستیار و تصویر ذهنی هر کدام با ۵ گویه مورد پرسش قرار گرفتند.

یافته‌های پژوهش نشان داد که از میان شش عامل، رضایتمندی نسبی بیماران تنها در مورد کارکنان پزشک معنی دار شد و در بقیه موارد، رضایتمندی حاصل نشد. تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که ارائه خدمات، دسترسی به خدمات، کارکنان پزشکی، کارکنان دستیار و تصویر ذهنی، عواملی تأثیرگذار بر رضایتمندی بیماران هستند.

بررسی عوامل تبیین کننده رضایتمندی بیماران از اجرای طرح پزشک خانواده شهری در استان مازندران با استفاده از شش عامل بود که هر یک از عوامل شش گانه، تبیین کننده رضایتمندی بیماران بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که در تمامی عوامل اعم از کیفیت خدمات، ارائه خدمات، دسترسی به خدمات، کارکنان دستیار و تصویر ذهنی، نسبت رضایتمندی کسب شده به عدم حصول رضایتمندی کم تر از ۱ شد که در نتیجه موجب عدم حصول رضایتمندی در این عوامل شد؛ اما رضایتمندی در بخش کارکنان پزشک به طور نسبی حاصل شد (۱۴).

۱۶. مطالعه حاضر باهدف تعیین میزان رضایتمندی گیرندگان خدمت از اجرای برنامه پزشک خانواده شهری انجام گرفت. مطالعه توصیفی مقطعی بر روی ۴۱۱ بیمار مراجعه کننده به پایگاه‌های مجری برنامه پزشک خانواده شهری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی فسا انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش نامه‌ای

بود که مشخصات دموگرافیک و رضایت‌مندی از برنامه پزشک خانواده را در ۶ بعد موردسنجش قرار داد. ابعاد رضایت‌مندی شامل مراقبت و تکریم پزشک، اعتماد و اعتقاد به عملکرد وی، دسترسی زمانی و مکانی به پزشک، زمان انتظار و روند دریافت خدمات، عملکرد واحدهای پیراپزشکی، میزان هزینه‌های پرداختی و خدمات تخصصی و اورژانس بود. تنها ۱/۷٪ از افراد نسبت به کلیت برنامه رضایت کمی داشتند. هرچند در تمامی ابعاد اکثریت رضایتی مطلوب را ابراز کردند؛ گیرندگان خدمت بیشترین رضایت را از مراقبت، تکریم و اعتماد و اعتقاد به عملکرد پزشک و در رتبه بعدی از عملکرد واحدهای پیراپزشکی ابراز کرده بودند؛ اما در مقابل، بیشترین نارضایتی مربوط به خدمات اورژانس و بستری و پس از آن مربوط به میزان هزینه‌های پرداختی برای دریافت خدمات برنامه پزشک خانواده بوده است. در پژوهش حاضر پاسخ افراد به سؤالات سنجش رضایت‌مندی نشان داد که میانگین نمره رضایت‌مندی از هر ۶ بعد برنامه از متوسط نمره ممکن بالاتر بود؛ به طوری که نمره رضایت‌مندی کل ۷۴/۵ به دست آمد.

در پژوهش حاضر بعد مراقبت و تکریم پزشک و اعتماد و اعتقاد به عملکرد وی (رازداری، ارتباط درمانی با بیماران) بیشترین موارد رضایت‌مندی افراد را به خود اختصاص داد (۷۳/۲٪). پس از بعد تکریم و اعتماد، بعد رضایت از عملکرد سایر اعضای گروه سلامت از بالاترین نمره رضایت‌مندی برخوردار بود و ۵۴/۳٪ از افراد رضایت بالا را ابراز کردند.

در پژوهش حاضر ۵۲/۳٪ افراد از بعد انتظار و روند دریافت خدمات رضایتی مطلوب را اعلام کردند. در این مطالعه رضایت افراد از بعد دسترسی زمانی و مکانی به پزشک خانواده کمابیش همسطح با رضایت آنان از زمان انتظار و روند دریافت خدمات بود به طوری که ۴/۴۸٪ افراد از این بعد اعلام رضایت کردند. در بعد هزینه‌ها ۱/۳۱٪ از افراد رضایت‌مندی بالا را گزارش کردند.

در نهایت آخرین و کمترین نمره گزارش شده از میزان رضایت‌مندی مربوط به بعد خدمات تخصصی و اورژانس بود (۱۵).

۱۷. مطالعه کمی حاضر با هدف بررسی میزان رضایت‌مندی مردم مناطق شهری و روستایی از اجرای طرح پزشک خانواده در شهرستان لارستان انجام شده است. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته بود. و تعداد ۳۸۳ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند.

از میان ۳۸۳ نفر پاسخ دهنده، ۳۳ نفر (۸/۶٪) از اجرای طرح پزشک خانواده کاملاً ناراضی، ۹۰ نفر (۲۳/۵٪) ناراضی، ۱۰۸ نفر (۲۸/۲٪) رضایت متوسط، ۱۳۲ نفر (۳۴/۵٪) راضی، دو نفر (۰/۵٪) کاملاً راضی و ۱۸ نفر (۴/۷٪) نیز بدون پاسخ بودند.

یافته‌ها نشان داد که میزان کلی رضایت افراد از طرح پزشک خانواده در حد متوسط به بالا، معادل ۶۲/۷٪ بود. میان جنسیت، شغل، مالکیت منزل مسکون و میزان رضایت‌مندی از طرح، رابطه‌ای وجود نداشت میان محل سکونت، وضعیت تاهل، سن، تحصیلات، پوشش بیمه، درآمد، سطح پوشش خدمات، هزینه درمانی، مهارت بالینی و میزان دسترسی به پزشک با میزان رضایت‌مندی از طرح، رابطه معنی دار وجود داشت. نتایج تحلیل رگرسیون چندانکه نشان داد که متغیرهای سطح پوشش خدمات، هزینه درمانی، سن و مهارت بالینی

در مجموع ۸۶٪ از تغییرات رضایت‌مندی از طرح را تبیین می‌کنند.

تخصیص منابع، برنامه‌ریزی‌های آموزشی برای افزایش مهارت پزشکان، برگزاری دوره‌های آموزشی در روستاها برای آشنایی با اهداف برنامه پزشک خانواده و نظارت دقیق بر کیفیت خدمات، می‌تواند به ارتقای کیفیت و افزایش رضایت‌مندی کمک کند (۱۶).

۱۸. این مطالعه توصیفی با هدف ارزیابی رضایت ۴۰۰ نفر از مراجعه‌کنندگان از مراقبت‌های اولیه بهداشتی در شهر تهران، پایتخت ایران، به عنوان یک کلان شهر انجام شد. شش حیطه رضایت شامل دسترسی به خدمات، تداوم مراقبت، انسان دوستی کارکنان، جامعیت مراقبت، ارائه آموزش بهداشت و اثربخشی خدمات از متغیرهای منتخب محاسبه شد.

در پرسشنامه‌ای درباره رضایت کلی از نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، نتایج مقیاس لیکرت ۳۱ (۷۰/۸٪) بسیار زیاد، ۵۷ (۱۴/۴٪) زیاد، ۲۳۱ (۵۸/۸٪) متوسط، ۵۹ (۱۴/۹٪) کم و ۱۷ (۴/۳٪) خیلی کم بوده است. نتایج نشان داد که رضایت کلی، دسترسی به خدمات، انسانی بودن رفتار کارکنان و اثربخشی خدمات از دیدگاه مراجعان وضعیت قابل قبولی دارد، در حالی که تداوم مراقبت، جامعیت مراقبت، ارائه مواد آموزشی بهداشتی نیازمند توجه بیشتر برای ارائه خدمات بهداشتی مؤثر است (۱۷).

۱۹. هدف این مطالعه تعیین میزان رضایت‌گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده در ایران با استفاده از متاآنالیز می‌باشد. در این متاآنالیز و مرور نظام‌مند ۱۸ مقاله مرتبط وارد شد و میزان رضایت ۸۰۰۹ نفر از گیرندگان خدمت و ۹۲۱ نفر از ارائه‌دهندگان خدمت تعیین گردید. نتایج متاآنالیز نشان داد میزان رضایت‌گیرندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی ۵۴/۰۳٪ و میزان رضایت ارائه‌دهندگان خدمت ۵۰/۴٪ است (۱۸).

۲۰. این مطالعه با هدف سنجش میزان رضایت‌مندی بیماران از برنامه پزشک خانواده در استان‌های مرکزی ایران انجام شده است. یک مطالعه مقطعی در ۶۰ مرکز درمانی دارای خدمات پزشک خانواده در استان‌های مرکزی ایران انجام شد. رضایت بیماران با استفاده از پرسشنامه استاندارد شده در هشت حیطه رفتار کارکنان، زمان انتظار، راهنمایی و آموزش، هزینه خدمات، کفایت خدمات، توانایی و مهارت کارکنان، کفایت تجهیزات و امکانات مورد سنجش قرار گرفت.

در مجموع ۷۶/۰۳٪ از پاسخگویان از کل برنامه پزشک خانواده راضی بودند و ۷۶/۴۱٪ از پاسخگویان از پزشک خانواده راضی بودند. قوی‌ترین حیطه‌های رضایت مشتری، رفتار کارکنان و کفایت تجهیزات بود. نشان داده شد که رضایت بالای بیماران از پزشک خانواده قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رضایت بیماران از برنامه بود. بخش قابل توجهی از بیماران از راهنمایی و آموزش و کفایت خدمات برنامه ناراضی هستند، سیاست‌گذاران باید برنامه‌های بهتری را بر اساس نظرات دریافت‌کنندگان خدمات و ارتقای پروژه و برخی فرآیندهای برنامه توسعه دهند (۱۹).

۲۱. این مطالعه به منظور بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی در قالب راهنمای کالکی-کمبریج بر آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان خانواده انجام شده است. عملکرد پزشکان از طریق تعیین میزان رضایت‌مندی بیماران ارزیابی شد. حجم نمونه بیماران برای رضایت‌سنجی براساس مطالعات قبل برابر با ۵ بیمار از هر پزشک (در مجموع ۲۴ پزشک در این طرح شرکت کردند) محاسبه شده است. مقایسه میانگین نمرات

آگاهی، نگرش و عملکرد گروه‌های مورد و شاهد قبل از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند. ولی بعد از مداخله آموزشی، گروه مورد تفاوت معنی‌داری با گروه شاهد داشت. رضایت‌مندی بیماران قبل از مداخله در گروه شاهد  $۵۰/۸۳$  و در گروه مورد  $۵۰/۹۶$  بوده است. رضایت‌مندی بیماران بعد از مداخله در گروه شاهد  $۵۰/۹$  و در گروه مورد  $۸۱/۰۱$  بوده است. آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌تواند تاثیر قابل ملاحظه‌ای بر آگاهی، نگرش پزشکان و رضایت‌مندی بیماران داشته باشد (۲۰).

۲۲. هدف این مطالعه بررسی رضایت‌مندی گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت در مراکز مجری و غیرمجری برنامه پزشک خانواده شهری بوده است.

جامعه آماری ۱۵ نفر از پزشکان خانواده، ۴۷ نفر کارکنان و ۲۷۰ نفر از بیماران در مراکز مجری و غیرمجری بودند که اعضای تیم سلامت به روش سرشماری و بیماران با روش تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته بود.

بالاترین میزان رضایت مربوط به حیطه مراقبت و ارتباط پزشک خانواده با بیمار در مراکز مجری با میانگین  $۴/۵۹$  و کمترین آن، حق انتخاب پزشک خانواده توسط بیمار در مراکز غیر مجری با میانگین  $۲/۴۳$  بود. یافته‌های تحقیق نشان داد که در ۱۲ حیطه مورد بررسی، میزان رضایت‌مندی بیماران از برنامه پزشک خانواده در مراکز مجری و غیرمجری از آماری معنی‌دار شد. با توجه به میانگین‌ها، میزان رضایت‌مندی در تمامی حیطه‌ها در شهر ساری بالاتر از گرگان بود. بیشترین میزان رضایت‌مندی مربوط به حیطه مراقبت و نحوه ارتباط پزشک خانواده با نمره رضایت  $۴,۵۹$  (از ۵ نمره) در شهر ساری و کمترین رضایت‌مندی در حیطه حق انتخاب پزشک خانواده توسط بیمار با نمره رضایت  $۲,۴۳$  شهر گرگان بود (۲۱).

۲۳. این مطالعه با هدف تعیین میزان رضایت پزشکان خانواده و خدمت‌گیران خدمات و علل نارضایتی آن در جنوب ایران انجام شده است. ۱۹ پزشک خانواده و ۳۷۰ خدمت‌گیر با استفاده انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از دو پرسشنامه استاندارد جمع‌آوری شد.

میانگین رضایت خدمت‌گیران در زیر آمده است:

مراقبت پزشک  $۷,۲۵ \pm ۰,۹۴۷$ ؛

احترام به بیمار توسط پزشک  $۶,۶۸ \pm ۰,۹۴۵$ ؛

دسترس‌ی به خدمات  $۶,۰۳ \pm ۱,۰۷۸$ ؛

اعتماد  $۵/۹۵ \pm ۰/۹۲۴$ ؛

اقدامات و پیامدهای بهداشتی  $۵/۴۹ \pm ۰/۹۰۵$ ؛

هزینه خدمات  $۵/۴۶ \pm ۱/۲۴۷$ ؛

زمان انتظار  $۵/۱۲ \pm ۰/۹۰$ ؛

ایمنی و رفاه  $۵/۲۰ \pm ۱/۰۱$ ؛

در دسترس بودن خدمات  $۴/۲۰ \pm ۱/۱۵۶$ ؛

خدمات پیراپزشکی  $۳/۶۱ \pm ۱/۰۴۸$ .

بیشترین و کمترین رضایت خدمت‌گیران خدمات به ترتیب مربوط به مراقبت از پزشک و خدمات پیراپزشکی بود (۲۲).

۲۴. هدف این مطالعه توصیفی تحلیلی تعیین میزان رضایت بیماران بیمه روستایی از خدمات سطح اول و دوم نظام شبکه در استان‌های شمالی ایران بوده است. در این مطالعه ۱۳۹ مرکز مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی (۲۵٪ کل) در سه استان گیلان، مازندران و گلستان به صورت تصادفی نظام‌مند به عنوان خوشه‌های پژوهش انتخاب شدند و در هر مرکز منتخب ۶ تا ۸ بیمار بیمه روستایی که با ارجاع پزشک خانواده به سطح ۲ مراجعه و خدمات مورد نیاز را دریافت کرده بودند، بررسی شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته حاوی چهار بخش شامل: ۱- متغیرهای فردی ۲- رضایت از خانه بهداشت و بهورزان ۳- رضایت از مرکز بهداشتی درمانی و پزشکان و ۴- رضایت از مراکز سطح ۲ بود که روایی و پایایی آن تأیید شد.

نتایج نشان داد که از ۹۵۵ بیمار بیمه روستایی مراجعه‌کننده به سطح ۱ و ۲ که موفق به دریافت خدمات شدند، میانگین رضایت بیماران از ۵ نمره از خانه بهداشت ۴/۵، از مرکز بهداشتی درمانی ۴ و از بیمارستان‌ها و متخصصان سطح ۴ بوده است. همچنین بین رضایت کلی و میزان تحصیلات رابطه معکوس معنی دار و با سن، تعداد مراجعه به خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی رابطه مستقیم معنی دار وجود داشت میانگین رضایت بیماران از بیمارستان‌ها و مطب‌های سطح ۲ در استان‌های شمالی ایران تفاوت معنی دار داشت ولی میانگین رضایت بیماران از خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی در استان‌های شمالی ایران تفاوت معنی دار نداشت.

موارد رضایت و درصد رضایت زیاد و خیلی زیاد بیماران بیمه روستایی از بهورز و خانه‌های بهداشت شامل: رضایت از نظافت و تمیزی خانه بهداشت (۸۸٪)، حضور به موقع و کامل بهورز با بهورزان در خانه بهداشت (۹۴٪)، نحوه برخورد و برقراری ارتباط بهورز با بهورزان (۹۷ درصد)، دانش و مهارت بهورز یا بهورزان (۹۳٪)، میزان آموزش و رهنمودهای راهنمایی‌هایی که بهورز با بهورزان برای نگهداری و ارتقای سلامت به مردم می‌دهند (۹۵٪) بوده است (۲۳).

موارد رضایت و درصد رضایت زیاد و خیلی زیاد بیماران بیمه روستایی از مراکز مجری و پزشک خانواده شامل: رضایت نظافت و تمیزی مرکز (۸۴٪)، مدت صرف شده در مرکز برای دریافت خدمات مورد نیاز (۷۹٪)، حضور بموقع و کامل پزشک خانواده در مرکز (۸۶٪)، نحوه برخورد و برقراری ارتباط پزشک خانواده (۸۷٪)، نحوه برخورد و برقراری ارتباط سایر کارکنان مرکز (۸۶٪)، دانش و مهارت پزشک خانواده (۸۵٪)، میزان آموزش و توصیه‌ها یا راهنمایی‌هایی که پزشک خانواده برای حفظ و ارتقاء سلامتی به مردم می‌دهد (۶۸٪)، عامل بودن خدمات مشاوره و راهنمایی، دریافت دارو، انجام آزمایش و ... (۷۰٪)، هزینه پرداخت شده به مرکز بهداشتی درمانی نسبت به خدمات دریافت شده (۵۴٪) و امکانات و ساز و برگ درمانی مرکز (۸۱٪) بوده است (۲۳).

۲۵. هدف این مطالعه بررسی رضایت ۲۶۶ بیمار از خدمات پزشکان خانواده مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان سبزوار بوده است.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای ۲۵ سؤالی مشتمل بر دو بخش اطلاعات دموگرافیک ۷ سوال و بخش سنجش رضایت حاوی سؤالاتی شامل چگونگی ارتباط پزشک و بیمار ۶ سوال، چگونگی ارائه خدمات درمانی ۵ سوال، اطلاع رسانی و حمایت ۴ سوال، سازماندهی مراقبت ۲ سوال، دسترسی به خدمات ۶ سوال و ۲ سوال مربوط به تمایل برای تغییر پزشک یا توصیه پزشک به دوستان بود.

نتایج مطالعه نشان داد ۴۰/۲٪ جمعیت از خدمات ارائه شده توسط پزشک خانواده رضایت عالی، ۴۳/۶٪ رضایت خوب، ۱۵/۸٪ رضایت متوسط و ۰/۴٪ رضایت ضعیف داشتند. بین رضایت‌مندی با سن، جنسیت، سطح تحصیلات، علت مراجعه و وضعیت تاهل تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد.

بیشترین رضایت از بعد «ارتباط پزشک و بیمار»، مربوط به رازدار و معتمد بودن پزشکان نسبت به اطلاعات و اسناد محرمانه پزشکی بیماران ۶۱/۱٪ و کمترین رضایت، مربوط به مشارکت دادن بیمار در تصمیم‌گیری در خصوص مراقبت درمانی ۴۳/۵٪ می‌باشد.

بیشترین رضایت از بعد «ارائه خدمات درمانی»، مربوط به کمک به بیمار در برای بهبود و سالم شدن ۴۷٪ کمترین رضایت با معاینه بالینی بیمار با ۳۹٪ در ارتباط است.

در بعد «اطلاع رسانی و حمایت»، بیشترین رضایت از توضیح درباره آزمایش‌ها و روش‌های درمانی به کار گرفته شده برای بیمار با ۴۵/۲٪ و کمترین رضایت از عدم توجه به مشکلات عاطفی بیمار با ۳۰/۰٪ می‌باشد. در بعد «سازماندهی مراقبت» بیشترین رضایت مربوط به آگاهی پزشک از مراجعات قبلی بیمار با ۳۹،۳٪ و کمترین رضایت مربوط به عدم آگاهی قبلی بیمار در صورت نیاز به ارجاع به بیمارستان ۳۶،۹٪ می‌باشد. بیشترین رضایت در بعد «دسترسی به خدمات»، مربوط به مفید بودن عملکرد سایر همکاران گروه پزشک خانواده (ماما، بهورز و...) با ۶۶/۴٪ و کمترین رضایت مربوط به مشاوره تلفنی با ۱۶٪ می‌باشد (۲۴).

۲۶. هدف این مطالعه توصیفی تحلیلی تعیین میزان رضایت بیماران بیمه روستایی از خدمات سطح اول و دوم نظام شبکه در استان‌های شمالی ایران بوده است. در این مطالعه ۱۳۹ مرکز مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی (۲۵٪ کل) در سه استان گیلان، مازندران و گلستان به صورت تصادفی نظام‌مند به عنوان خوشه‌های پژوهش انتخاب شدند و در هر مرکز منتخب ۶ تا ۸ بیمار بیمه روستایی که با ارجاع پزشک خانواده به سطح ۲ مراجعه و خدمات مورد نیاز را دریافت کرده بودند، بررسی شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته حاوی چهار بخش شامل: ۱- متغیرهای فردی ۲- رضایت از خانه بهداشت و بهورزان ۳- رضایت از مرکز بهداشتی درمانی و پزشکان و ۴- رضایت از مراکز سطح ۲ بود که روایی و پایایی آن تأیید شد.

میانگین رضایت بیماران از بیمارستان‌ها و مطب‌های سطح ۲ در استان‌های شمالی ایران تفاوت معنی دار داشت ولی میانگین رضایت بیماران از خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی در استان‌های شمالی ایران تفاوت معنی دار نداشت.

موارد رضایت و درصد رضایت زیاد و خیلی زیاد بیماران بیمه روستایی از مطب‌ها، بیمارستان‌ها و پزشکان متخصص سطح ۲ شامل: نظافت و تمیزی بیمارستان با مطب (۸۵٪)، زمان صرف شده در بیمارستان یا مطب برای دریافت خدمات مورد نیاز (۶۷٪)، نحوه برخورد و برقراری ارتباط پزشک متخصص (۸۹٪)، دانش و مهارت پزشک متخصص (۹۰٪)، میزان آموزش و توصیه‌ها یا راهنمایی‌هایی که پزشک

متخصص برای حفظ و ارتقاء سلامتی به بیماران می‌دهند (۸۶٪) و هزینه پرداخت شده در بیمارستان با مطب نسبت به خدمات دریافت شده (۴۷٪) بوده است (۲۳).

۲۷. هدف این مطالعه توصیفی اطلاعات ۱۴۰ نفر با هدف تعیین کیفیت خدمات تیم پزشک خانواده از دیدگاه گیرندگان خدمت انجام گرفته است. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته‌ای بود که ۹ بعد کیفیت را مورد سنجش قرار داده است.

پرسشنامه در دو قسمت طراحی شده است: قسمت اول سوالاتی در رابطه با مشخصات فردی افراد مورد مطالعه بوده و قسمت دوم شامل ۴۹ سوال در رابطه با کیفیت خدمات پزشک خانواده بوده که رضایت‌مندی گیرندگان خدمت را نسبت به ۹ شاخص مربوط به کیفیت خدمات پزشک خانواده مورد بررسی قرار می‌دهد. این ۹ شاخص عبارتند از: متناسب بودن، کارایی، اثربخشی، در دسترس بودن، احترام به حقوق مشتری، به موقع بودن، فراهم بودن، تداوم داشتن و امکانات و تسهیلات رفاهی.

در بررسی سوالات مربوط به هر شاخص مشخص شد:

در شاخص تناسب بیشترین میزان رضایت از ویزیت‌های سرپایی با ۳۷/۱٪ و کمترین میزان رضایت از آموزش بهداشت توسط پزشک خانواده با ۱۲/۹٪ بوده است.

در شاخص کارایی بیشترین میزان رضایت از بهداشت مادر و کودک با ۶۵/۷٪ و کمترین میزان رضایت از تأثیر پزشک خانواده در نظام ارجاع با ۱۷/۱٪ بوده است.

در شاخص اثربخشی بیشترین میزان رضایت از بهبود دسترسی به آب آشامیدنی سالم و سرویس‌های بهداشتی با ۶۱/۵٪ و کمترین میزان رضایت از تأثیر گروه پزشک خانواده در کاهش میزان سوانح و حوادث. خودکشی و اعتیاد به مواد مخدر با کمتر از یک درصد بوده است.

در شاخص در دسترس بودن بیشترین میزان رضایت از تطابق خدمات تیم پزشک خانواده با آداب و سنن جامعه با ۵۵٪ و کمترین میزان رضایت کان دسترسی با پای پیاده به خدمات پزشک خانواده با ۳۶/۴٪ بوده است.

در شاخص احترام به حقوق مشتری بیشترین میزان رضایت از تعهد گروه پزشک خانواده در حفظ اسرار مشتری با ۷۳٪ و کمترین میزان رضایت از ارائه اطلاعات کافی در خصوص مشکلات مشتریان با ۲۶/۸٪ بوده است.

در شاخص به موقع بودن بیشترین میزان رضایت از مدت زمان انتظار برای دریافت دارو با ۳۸/۶٪ و کمترین میزان رضایت از موقع در اختیار قرار گرفتن خدمات تشخیصی (آزمایشگاهی و رادیولوژی) با صفر درصد بوده است.

در شاخص فراهم بودن بیشترین میزان رضایت از حضور پزشک خانواده از ساعت ۸ صبح تا ۲ بعد از ظهر با ۴۴/۳٪ و کمترین میزان رضایت از ارائه خدمات پزشک خانواده برای بیماران اورژانسی از ساعت ۲ بعد از ظهر تا ۸ صبح صفر درصد بوده است.

در شاخص تداوم داشتن بیشترین میزان رضایت از ویزیت مراجعات مکرر توسط پزشک خانواده با ۶۱/۴٪ و کمترین میزان رضایت از پیگیری هنگام ارجاع با ۴/۳٪ بوده است.



در شاخص مناسب بودن امکانات و تسهیلات بیشترین میزان رضایت از وجود صندلی کافی در مراکز بهداشتی و خانه بهداشت با ۵٪ و کمترین میزان رضایت از دسترسی به تلفن عمومی با صفر درصد بوده است. در نهایت نتایج نشان داد که ۱۰٪ افراد از کیفیت راضی، ۵۴/۳٪ از کیفیت نه راضی و نه ناراضی و ۳۵/۷٪ از کیفیت ناراضی بوده‌اند.

بیشترین اختلاف بین رضایت افراد متاهل و مجرد مربوط به شاخص احترام به حقوق مشتری بود. به جز در شاخص متناسب بودن، در تمامی شاخص‌ها و حتی وضعیت کلی کیفیت، میزان رضایت افراد مجرد بیشتر از رضایت افراد متاهل بوده و این اختلاف‌ها در شاخص‌های احترام به حقوق مشتری و به موقع بودن از نظر آماری معنی دار بود و در مورد سایر شاخص‌ها این اختلاف معنی دار نبود (۲۵).

۲۸. هدف این مطالعه توصیفی بررسی اطلاعات رضایت‌مندی ۳۱۵ مراجعه‌کننده به پزشکان طرح پزشک خانواده از نحوه برقراری ارتباط پزشک با بیمار در مراکز بهداشتی درمانی روستایی صورت گرفته است. پرسشنامه مشتمل بر ۲۴۳ که ۴۸/۶٪ نفر از بیماران از خدمات پزشک خانواده ارائه شده ناراضی و ۱۶/۹٪ رضایت متوسط داشتند و تنها ۳۷/۸٪ رضایت کامل گزارش کردند. افراد سالمند نسبت به سایر سنین رضایت بیشتری داشتند. با بالا رفتن سطح تحصیلات، میزان رضایت کاهش می‌یافت. نتایج در تک تک آیتم‌ها به صورت زیر است:

نحوه برخورد اولیه پزشک با آنان ۴۳/۳٪ ناراضی ۳۵/۹٪ رضایت کامل؛

نحوه مصاحبه و اخذ شرح حال گیری توسط پزشک ۵۲/۷٪ ناراضی ۲۷/۹٪ رضایت کامل؛

نحوه ارتباط پزشک با آنان، هنگام معاینات ۴۹/۴٪ ناراضی ۳۵/۸٪ رضایت کامل؛

نحوه آموزش به بیمار توسط پزشک ۴۷٪ ناراضی ۴۵/۴٪ رضایت کامل؛

نحوه پیگیری مشکلات بیمار توسط پزشک ۳۹/۷٪ ناراضی ۳۳/۹٪ رضایت کامل؛

نحوه وقت و زمان لازم برای پیگیری مشکلات بیمار توسط پزشک ۵۵/۵٪ ناراضی ۲۴/۴٪ رضایت کامل؛ رضایت‌مندی ۴۸/۶٪ ناراضی ۳۷/۸٪ رضایت کامل (۲۶).

هدف این مطالعه تعیین عوامل مؤثر بر نارضایتی عمومی از طرح پزشک خانواده شهری در ایران بوده است. در این مطالعه اطلاعات ۱۰۲۰ با استفاده از بازبینی دو قسمتی شامل اطلاعات دموگرافیک و موارد مربوط به نارضایتی از طرح پزشک خانواده، متخصصان، خدمات پاراکلینیک، داروخانه، پزشکان نوبت کاری، اورژانس و دستیاران پزشک خانواده مورد پژوهش قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که بیشترین علت نارضایتی، عدم دسترسی به پزشک خانواده (۵۳٪) و مشکل در نوبت‌دهی (۵۱٪) بوده است. در حالی که بیشترین علت نارضایتی از همکاران متخصص پزشک خانواده دشواری در دریافت فرم ارجاع (۴۱/۵٪) و تعیین وقت و زمان انتظار طولانی برای مراجعه به پزشک متخصص (۲۹٪) بوده است. همچنین مهم‌ترین علت نارضایتی از دستیاران پزشک خانواده (ماماها، پرستاران و تکنسین‌های بهداشت عمومی یا سلامت خانواده) زمان انتظار طولانی برای دریافت خدمات (۱۳/۸٪) بود. شایع‌ترین علل نارضایتی پزشکان از نوبت کاری و خدمات اورژانس، نوبت کاری پایین (۹/۲٪) و عدم یکنواختی در پرداخت‌ها (۷/۸٪) در مراکز مختلف بود. بیشترین علت نارضایتی از خدمات پاراکلینیک (مانند فیزیوتراپی، آزمایشگاه، رادیولوژی،

- نوار قلب و غیره) به ترتیب با مشکل در نوبت‌دهی و انتظارات بالا (۲۱,۶٪) و درخواست فرم‌های ارجاع (۶/۱۳٪) مرتبط بوده است. همچنین بیشترین علت نارضایتی از داروخانه‌ها مربوط به تأخیر و زمان انتظار طولانی برای دریافت دارو (۳۱/۶٪) و هزینه‌های بالا (۲۵/۸٪) بوده است (۲۷)
۲۹. مطالعه توصیفی حاضر با هدف نظرسنجی در مورد نظرات مراجعان در بیمارستان‌های عمومی اصفهان در مورد عوامل موثر در اجرای نظام ارجاع انجام شده است. ۴۰۰ نفر مورد پژوهش قرار گرفتند. تفاوت عمده‌ای در میزان آگاهی بیماران شهری و روستایی از نظام ارجاع با بیماران شهری که ۳/۵۶ از ۵ یا ۷۱/۲٪ و بیماران روستایی ۳/۵۴ از ۵ یا ۷۰/۸٪ بیشتر است، وجود ندارد. افرادی که کاملاً از خدمات سطح اولیه رضایت دارند با فراوانی ۵۴٪ بیشترین فراوانی را دارند. در حالی که افراد کاملاً ناراضی دارای ۳۳٪ فراوانی هستند که نشان دهنده عملکرد رضایت بخش خدمات سطح اولیه از نظر مردم است.
- میانگین نمره رضایت از خدمات سطح اولیه برای مددجویان شهری در مقایسه با مددجویان روستایی بیشتر است. این امتیاز برای مددجویان شهری ۷۲/۵٪ و برای مددجویان روستایی ۵۸/۳٪ است. میانگین نمره رضایت افراد با تحصیلات زیر دیپلم بیشتر از افراد تحصیل کرده بالاتر است. اگرچه آزمون آماری برای این متغیرها نیز معنی دار نبود.
- میانگین نمره رضایت هر بیمارستان نشان می‌دهد که کمترین میزان رضایت از خدمات سطح اولیه مربوط به بیمارستان بهشتی اصفهان با امتیاز ۴۰٪ و بیشترین میزان رضایت به بیمارستان فلاورجان با ۷۷/۵٪ است (۲۸).
۳۰. جامعه آماری تحقیق شامل تمامی مجریان و مراجعه‌کنندگان مراکز بهداشتی درمانی مجری و غیرمجری برنامه پزشک خانواده به تعداد ۲۴۶ مرکز شهری و روستایی بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، تعداد ۲۰ مرکز مجری و ۲۰ مرکز غیر مجری و ۹۶ نفر پزشک و ۶۰ نفر ماما به عنوان نمونه انتخاب شدند، ابزار گردآوری اطلاعات، دو پرسشنامه استاندارد بود.
- پرسشنامه رضایت‌مندی مراجعان به مراکز بهداشتی درمانی دارای ۱۷ سؤال پنج گزینه‌ای از طیف لیکرت می‌باشد. این پرسشنامه رضایت مراجعان به مراکز بهداشتی درمانی را در پنج بخش خدمات پزشکی، مامایی، دارویی، پرستاری و پاراکلینیکی مورد سنجش و بررسی قرار داده است.
- بین رضایت‌مندی مراجعه‌کنندگان مراکز مجری و غیر مجری برنامه پزشک خانواده تفاوت معنادار وجود دارد و میزان رضایت مراجعه‌کنندگان مراکز مجری بیشتر از مراکز غیر مجری است (۲۹).
۳۱. هدف این مطالعه بررسی رضایت‌مندی گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمت در مراکز مجری و غیرمجری برنامه پزشک خانواده شهری بوده است.
- جامعه آماری ۱۵ نفر از پزشکان خانواده، ۴۷ نفر کارکنان و ۲۷۰ نفر از بیماران در مراکز مجری و غیرمجری بودند که اعضای گروه سلامت به روش سرشماری و بیماران با روش تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته بود.
- بالاترین میزان رضایت مربوط به حیطه مراقبت و ارتباط پزشک خانواده با بیمار در مراکز مجری با میانگین

۴,۵۹ و کمترین آن، حق انتخاب پزشک خانواده توسط بیمار در مراکز غیر مجری با میانگین ۲,۴۳ بود. یافته‌های تحقیق نشان داد که در ۱۲ حیطه مورد بررسی، میزان رضایت‌مندی بیماران از برنامه پزشک خانواده در مراکز مجری و غیرمجری از آماری معنی دار شد. با توجه به میانگین‌ها، میزان رضایت‌مندی در کلیه حیطه‌ها در شهر ساری بالاتر از گرگان بود. بیشترین میزان رضایت‌مندی مربوط به حیطه مراقبت و نحوه ارتباط پزشک خانواده با نمره رضایت ۴/۵۹ (از ۵ نمره) در شهر ساری و کمترین رضایت‌مندی در حیطه حق انتخاب پزشک خانواده توسط بیمار با نمره رضایت ۲,۴۳ شهر گرگان بود (۲۱).

### ب) مشکلات پزشک خانواده

۱. مطالعه کیفی با تبیین دیدگاه مدیران، گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات سلامت در زمینه مشکلات اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در سه استان البرز، آذربایجان غربی و کردستان انجام شده است. یافته‌های مطالعه حاضر ۷ طبقه درباره مشکلات در زمینه اجرای پزشک خانواده شهری در ایران بدست آمده که شامل: مشکلات مالی، مشکلات فرهنگی، مشکلات آموزشی، مشکلات انگیزشی، مشکلات ساختاری و برنامه نویسی، مشکلات اجرایی و مشکلات زمینه‌ای بوده است. مشکلات مالی شامل وجود مشکل در تأمین بودجه و اعتبارات طرح، مشکلات مرتبط با پرداخت (واضح نبودن نحوه پرداخت‌ها) و وجود نواقص در نظام پرداختی موجود (تأخیر در پرداخت‌ها، وجود بی‌عدالتی در پرداخت‌های فعلی وزارت بهداشت) بوده است. وجود مشکلات فرهنگی شامل: سطح آگاهی پایین در جامعه (پایین بودن اطلاعات مردم نسبت به مسئله بهداشت)، عدم پذیرش پزشک عمومی (اطلاع رسانی و تبلیغات ضعیف در جهت شناساندن طرح، حاکم شدن فرهنگ تخصص گرایی در جامعه، حاکم شدن فرهنگ خوددرمانی در جامعه) بوده است. وجود مشکلات آموزشی شامل: عدم تربیت و پرورش پزشک خانواده در دانشگاه (عدم تطابق کوریکولوم آموزشی پزشک عمومی با پزشک خانواده)، آموزش‌های غیر کادمیک رایج در جامعه (آموزش‌های مبتنی بر درمان نه پیشگیری)، عدم آموزش و بازآموزی کارکنان می‌باشد. وجود مشکلات انگیزشی شامل: عدم وجود انگیزه مناسب (به‌خطر افتادن منابع مالی گروه‌های خاصی از ارائه دهندگان خدمت)، دیده نشدن امنیت شغلی گروه پزشک خانواده (افزایش ساعت کاری)، جو بی‌اعتمادی حاکم بر جامعه (افزایش بارکاری، بی‌اعتمادی مردم به ارائه دهندگان خدمت، بی‌اعتمادی ارائه دهندگان خدمت به دولت) می‌باشد. وجود مشکلات ساختاری و برنامه نویسی شامل: طراحی تک‌روانه برنامه (نگاه تک‌بعدی در نوشتن دستورالعمل اجرایی طرح)، شفاف نبودن دستورالعمل اجرایی (واضح نبودن شرح وظایف)، عدم وجود برنامه پایش اصولی (واضح نبودن ساعات کاری)، وجود نواقص در بسته‌های خدمت (عدم تعریف سیستم پایش و مشخص نبودن نحوه ارزشیابی برنامه) می‌باشد. وجود مشکلات اجرایی شامل: عدم وجود نیروی انسانی مناسب (کمبود نیروی انسانی)، عدم وجود امکانات و تجهیزات مناسب (مقیم نبودن پزشکان در منطقه)، عدم وجود همکاری و هماهنگی‌های درون بخشی و بین بخشی (کمبود مراکز درمانی و تجهیزات و فرسودگی آنها، ارجاع معکوس)، ضعیف

عمل کردن زنجیره ارجاع (عدم ارائه پسخوراند متخصص به پزشک خانواده، عدم تبعیت متخصصان از زنجیره ارجاع) بوده است.

وجود مشکلات زمینه ای شامل پابرجایی ابهامات در امر بیمه (عدم وجود تجمیع منابع در ارائه خدمات از سوی اداره بیمه)، وجود ناکامی در عناصر پیشبردی (تعویض زود به زود مدیران ارشد، مشخص نبودن نتایج مطالعات پایلوت، عدم رفع نواقص مشکلات پزشک خانواده روستایی) بوده است (۳۰).

۲. هدف این مطالعه کیفی شناسایی دستاوردها و آسیب شناسی چالش‌های مرتبط با طراحی و اجرا طرح پزشک خانواده می‌باشد. داده‌ها با استفاده از روش‌های مرور اطلاعات موجود در متون و مستندات، مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته با مطلعان کلیدی و بحث گروهی متمرکز انجام پذیرفت. مشکلات طراحی و استقرار برنامه پزشک خانواده شهری از دیدگاه گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات شامل موارد زیر است:

#### تولیت و تأمین مالی

- اطلاع رسانی ناقص و آموزش ناکافی مردم؛
- اعتقاد به دانش کم پزشک عمومی در عده‌ای از مردم، فرهنگ خانواده‌ها که نظام ارجاع را رعایت نمی‌کنند؛
- درخواست مکرر مردم برای ارجاع غیر ضروری و در نهایت خود ارجاعی (افزایش مراجعه بصورت آزاد به سطح ۲ و ۳ نسبت به مدت زمان مشابه در سال گذشته)؛
- تخصص گرایی چه در پزشکان، مسؤولین و خانواده‌ها وجود دارد و طبق تشخیص خود به متخصص و یا فوق تخصص رجوع می‌کنند؛
- اجرا نشدن برنامه در کل کشور و به خصوص تهران (احتمال توقف برنامه در دو استان و یا به وجود آمدن مسائل امنیتی در استان)؛
- کاهش درآمد در پزشکان متخصص به طور کلی و پزشکان عمومی که در طرح جای ندارند (ایجاد نارضایتی)؛
- مشکلات نظام پرداخت در بیمه‌ها از جمله عدم پرداخت خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت؛
- پیوستگی برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی وجود ندارد و در برخی موارد ناهمخوانی داشته است؛
- تأثیر منفی بر عملکرد پزشکان بخش خصوصی (بدون چاره اندیشی برای سایر پزشکان طرح موفق نخواهد بود)؛
- تفکر عدم ثبات در آینده اینگونه طرح‌ها توسط پزشکان عمومی؛
- نظام پرداخت به غیر پزشکان شفاف نبوده، ارتباط کارگری و کارفرمایی پزشک عمومی و ماما با پرستار آسیب‌زا بوده است؛
- نارضایتی مردم از محدودیت ایجاد شده برای انتخاب پزشک خانواده ۱۳. کم توجهی به طب پیشگیری و برنامه‌های سلامت همگانی با توجه به تقلیل تیم از ۱۷ نفر به ۲ نفر از چالش‌های عمده است.

## ارائه خدمات

- فقدان راهنماهای مصوب برای مدیریت مسائل و بیماری‌های شایع؛
- نارضایتی از محدودیت ایجاد شده در تجویز دارو؛
- عدم همکاری لازم بین سطح و پزشک عمومی، وجود فوق تخصص و چالش‌زا بودن نظام ارجاع (ارائه مشاوره و بازخورد از سوی پزشکان متخصص در نظام ارجاع ضعف جدی دارد)؛
- تکمیل شدن درصد قابل توجهی از برگه‌های ارجاع توسط پزشکان خانواده به شکل غیر استاندارد و نامفهوم و تکمیل شدن برگه‌های ارجاع توسط افرادی بجز پزشک خانواده مربوطه؛
- نامشخص بودن وضعیت برنامه برای متخصصان (به استقلال حرفه‌ای و قانونی رشته‌ها توجه نشده است)؛
- حجم فعالیت پزشکان مراکز بهداشتی درمانی شهری افزایش یافته؛
- درآمد پزشکان متخصص بدلیل لغو قرارداد با پزشکان عمومی غیر همکار افزایش یافته است (مازندران)؛
- همکاری نکردن مراکز پاراکلینیک و مراکز تصویر برداری (موجبات نارضایتی مردم را فراهم می‌آورد)؛
- بالا بودن تعداد پزشکان خانواده بکارگیری شده بصورت تک شیفت؛
- ازدحام بیش از حد درمانگاه‌های دولتی برای دریافت خدمات تخصصی و فوق تخصصی سرپایی؛
- استفاده نشدن از ماما پرستار در تعداد قابل توجهی از پایگاه‌های پزشک خانواده و در نتیجه عقب ماندن انجام مراقبت‌های بهداشتی تعریف شده در بسته خدمات؛
- پذیرش بیماران آزاد بدون رعایت افزایش ساعت کاری موظف بر اساس دستورالعمل‌های کشوری.

## منابع

- نبود امکان تأمین پزشک جایگزین؛
- مشکلات بهره برداری از سامانه پرونده الکترونیک؛
- کمبود پزشک در استان‌های پیشگام؛
- فقدان آموزش پزشکان و گروه مربوطه برای سلامت محوری (برنامه بیشتر درمان محور بوده است)، دانش کم در تشخیص و درمان؛
- مهاجرت پزشکان سایر استان‌ها به دو استان و همچنین از روستاها به شهرها به دلیل اختلاف درآمد؛
- رعایت نشدن ساعت کاری موظف توسط برخی از پزشکان خانواده که این امر موجب کاهش کیفیت خدمت و نارضایتی جمعیت تحت پوشش این دسته از پزشکان می‌شود (۳۱).

## ج) میزان آگاهی مردم از طرح پزشک خانواده

## خلاصه یافته‌ها

ضعیف	آگاهی در مورد برنامه پزشک خانواده شهری	۱
ضعیف	تعیین ارتباط آگاهی روستاییان شهرستان شهرکرد	۲
متوسط	آگاهی نسبت به برنامه پزشک خانواده	۳
متوسط	میزان آگاهی مردم از برنامه پزشک خانواده شهری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی فسا	۴

ضعیف	آگاهی در مورد برنامه پزشکی خانواده شهری	۱
متوسط	میزان آگاهی مردم تهران از طرح پزشک خانواده	۵
متوسط	میزان آشنایی با معیارها و الزامات برنامه پزشک خانواده شهری	۶
ضعیف	آشنایی بیمه شدگان بیمه روستایی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره مندی از دفترچه بیمه روستایی در طرح پزشک خانواده	۷
ضعیف	میزان آگاهی از سیستم ارجاع	۸
-	منابع کسب اطلاعات	۹

۱. اطلاعات از طریق پرسشنامه جمع آوری شد. قسمت اول مشخصات دموگرافیک و اجتماعی-اقتصادی شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، موقعیت شغلی خانواده، درآمد ماهانه، پوشش برنامه پزشک خانواده شهری و پوشش سیستم‌های بیمه اصلی و تکمیلی جمع آوری شد. پرسشنامه همچنین حاوی سوالاتی در مورد دانش و عملکرد افراد نسبت به برنامه پزشک خانواده شهری بود. در قسمت دانش ۱۴ سوال با موضوعات انتخاب و تغییر پزشک خانواده، وضعیت درمانگاه، ساعات کاری پزشک خانواده در ایام تعطیل و آخر هفته، محل مراجعه یا شماره تلفن شکایات یا کسب اطلاعات، فرم ثبت الکترونیکی و هزینه ویزیت بوده است. همچنین ۹ سوال نیز به عملکرد افراد اختصاص داده شده که شامل مراجعه به پزشک خانواده و عمومی، مشاوره تلفنی با پزشک خانواده و روش شکایات، نیاز به کسب اطلاعات یا در صورت عدم حضور پزشک خانواده بوده است.

نتایج نشان داد میانگین نمره آگاهی در مورد برنامه پزشک خانواده شهری ۴,۲ از ۱۴ بود و ۹۶۱ نفر (۷۱/۱٪) آگاهی پایینی از این برنامه داشتند. هشتصد و چهارده نفر (۶۰,۲٪) بیان کردند که انتخاب پزشک خانواده باید بر اساس نزدیکترین مرکز باشد. با این حال، ۷۳ نفر (۵,۴٪) می‌دانستند که هر عضو خانواده بالای ۱۸ سال می‌تواند پزشک خانواده را توسط خودش انتخاب کند، ۶۱۰ (۴۵,۱٪) می‌دانستند که هر فرد می‌تواند پزشک خانواده خود را تغییر دهد، و ۱۳۶ (۱۰,۱٪) به درستی پاسخ دادند که افراد می‌تواند پزشک خانواده را دو بار در سال عوض کند. شصت و پنج نفر (۴/۸٪) اطلاعات صحیحی داشتند که پزشک خانواده باید هم خدمات پیشگیرانه و هم خدمات پزشکی را به مردم خود ارائه دهند و ۲۷ (۲٪) از شماره تلفن مرکز تحقیقات UFFP اطلاع داشتند. شصت و یک نفر (۴/۵٪) نیز از پرونده الکترونیک سلامت اطلاع داشتند و ۴۸۸ (۳۶/۱٪) می‌دانستند که پزشک خانواده باید پرونده‌ها را خودش پر کند. حدود ۹۴۲ نفر (۶۹/۷٪) در مورد شرایط کلینیک پزشکان خانواده می‌دانستند و ۱۳۹ نفر (۱۰/۳٪) در مورد اینکه در صورت غیبت پزشکان خود به کجا مراجعه کنند، اطلاع داشتند. چهل و نه نفر (۳/۶٪) آگاهی داشتند که ویزیت از پزشک خانواده باید رایگان باشد (۳۲).

۲. هدف مطالعه توصیفی حاضر تعیین ارتباط آگاهی روستاییان شهرستان شهرکرد با دلایل انتخاب برنامه پزشک خانواده بوده است و تعداد ۱۱۰۰ نفر از افراد تحت پوشش برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی شهرستان شهرکرد انتخاب شدند داده‌ها از طریق پرسشنامه استفاده جمع آوری شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ی محقق ساخته شامل سه بخش (۳ سؤال مربوط به مشخصات فردی (سن، جنس، تحصیلات)، ۴ سؤال مربوط به دلایل انتخاب برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی و ۱۱ سؤال برای سنجش آگاهی) بود. پرسشنامه در بخش آگاهی دارای مقیاس چندگزینه‌ای از نوع بسته بود که برای هر سؤال فقط یک گزینه صحیح توسط آزمودنی‌ها انتخاب می‌شد. برای هر پاسخ صحیح به سؤالات آگاهی نمره ۱ و در غیر این صورت نمره صفر منظور می‌شد. در نهایت با تبدیل نمرات به درصد، جمع نمرات از صفر تا ۱۰۰ حاصل شد، آگاهی افراد با نمره کمتر از ۲۰ معادل خیلی ضعیف، ۲۰-۴۰ ضعیف، ۴۱-۶۰ متوسط، ۶۱-۸۰ خوب و ۸۰ به بالا عالی در نظر گرفته شد.

میزان آگاهی افراد مورد بررسی نسبت به برنامه پزشکی خانواده به ترتیب، ۳۰/۹٪ آگاهی خیلی ضعیف، ۳۷/۵٪ آگاهی ضعیف، ۲۲/۳٪ آگاهی متوسط، ۷/۹٪ آگاهی خوب و ۱/۴٪ آگاهی عالی بود. بین نمره آگاهی و سن رابطه معکوس وجود داشت بین نمره آگاهی و سطح تحصیلات رابطه مستقیم وجود داشت. بیشترین درصد افراد (۴۳/۸) که آگاهی خیلی ضعیف داشتند دلیل خود از انتخاب برنامه پزشکی خانواده را ارزان بودن ویزیت و دارو در این برنامه ذکر کرده بودند و بیشترین درصد افراد (۷۸/۶) که آگاهی عالی داشتند، مزایای زیاد برنامه در حفظ سلامت خانواده را بیان کرده بودند. همچنین نشان داد که بین آگاهی روستاییان با دلایل انتخاب برنامه پزشکی خانواده ارتباط معناداری وجود دارد (۳۳).

۳. هدف این مطالعه بررسی ارتباط بین آگاهی و نگرش روستاییان با منابع کسب اطلاعات در مورد برنامه پزشکی خانواده بیمه و روستایی در مناطق روستایی شهرستان شهرکرد بود. در این پژوهش توصیفی تعداد ۱۱۰۰ نفر افراد تحت پوشش برنامه پزشکی خانواده در مناطق روستایی شهرستان شهرکرد به روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شد. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه خود ساخته شامل ۴ بخش بود، بخش اول شامل ۳ سؤال مربوط به مشخصات فردی و بخش دوم منابع مورد استفاده در زمینه برنامه پزشکی خانواده، بخش سوم شامل ۱۱ سؤال آگاهی و بخش چهارم پرسشنامه شامل ۸ سؤال مربوط به سنجش سطح نگرش بر اساس مقیاس لیکرت بود. نمره‌گذاری پرسشنامه برای سؤالات آگاهی به این صورت انجام گرفت که برای پاسخ صحیح نمره ۱ و در غیر اینصورت نمره صفر منظور شد، برای سؤالات نگرش (مقیاس ۵ گزینه‌ای شامل کاملاً موافقم، موافقم، بی نظر، مخالفم و کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری از ۴-۰ در نظر گرفته شد (حداکثر امتیاز ۲۴). میزان آگاهی افراد مورد بررسی نسبت به برنامه پزشکی خانواده به ترتیب، ۳۰/۹٪ ضعیف، ۵۳/۴٪ متوسط، ۱۴/۵٪ خوب و ۱/۳٪ عالی بود (۳۴).

۴. در این مطالعه میزان آگاهی مردم از برنامه پزشکی خانواده در قالب ۱۰ سؤال مورد سنجش قرار گرفت. تعداد ۴۱۱ بیمار مراجعه کننده به پایگاه‌های مجری برنامه پزشکی خانواده شهری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی فسا با استفاده از پرسشنامه مورد پرسش قرار گرفتند. نتایج نشان داد ۳/۱۷٪ از افراد آگاهی مطلوب، ۵/۶۱٪ آگاهی متوسط و ۲/۲۱٪ آگاهی ضعیف از قوانین برنامه پزشکی خانواده را گزارش کردند و میانگین نمره آگاهی ۵۸/۷ (بر مبنای نمره ۱۰۰) بود؛ اما در کل میانگین نمره آگاهی از قوانین خدمات سطح یک و نظام ارجاع نسبت به نمره آگاهی از نحوه دریافت خدمات در ساعات غیرکاری پزشکی و

خدمات اورژانس، بستری و آزمایشگاه بالاتر بود (۶۷٪ در برابر ۵۰٪).

سوالات آگاهی شامل: آگاهی شما از نحوه انتخاب و تغییر پزشک خانواده، آگاهی شما از نحوه مراجعه به پزشک خانواده، آگاهی شما از نحوه ارجاع به متخصص در طرح پزشک خانواده، آگاهی شما از مدارک مورد نیاز در موارد ارجاع، آگاهی شما از لزوم بازخورد برگ ارجاع از متخصص به پزشک خانواده، آگاهی شما از نحوه مراجعه به اورژانس و بستری در طرح پزشک خانواده، آگاهی شما از نحوه انجام آزمایش‌ها در طرح پزشک خانواده، آگاهی شما از تدابیر در نظر گرفته شده برای زمان‌های خارج از ساعت کاری پزشک خانواده (شب‌ها، روزهای تعطیل و...)، آگاهی شما از محل مراجعه برای بیان اعتراضات و شکایات نسبت به مشکلات طرح پزشک، آگاهی شما از قوانین و نحوه استفاده از خدمات سلامت پزشک خانواده از جمله ویزیت پزشک، در خارج از شهر فسا بوده است (۱۵).

۵. هدف مطالعه توصیفی بررسی آگاهی و نگرش مردم مناطق روستایی شهرستان شهرکرد نسبت به برنامه پزشک خانواده بوده است. و تعداد ۱۱۰۰ نفر از افراد تحت پوشش برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی شهرستان شهرکرد انتخاب شدند داده‌ها از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شد.

میزان آگاهی افراد مورد بررسی نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده به ترتیب، ۹/۳۰٪ ضعیف، ۴/۵۳٪ متوسط، ۵/۱۴٪ خوب و ۳/۱٪ عالی بود. همچنین نگرش افراد در ۵/۰٪ خیلی خوب، ۵/۲۵٪ خوب، ۴/۶۴٪ متوسط، ۱/۹٪ ضعیف، ۵/۰٪ خیلی ضعیف برآورد شد.

بین نمره آگاهی و سن رابطه معکوس و بین نمره آگاهی و سطح تحصیلات رابطه مستقیم وجود دارد. همچنین بین نمره نگرش و سن رابطه مستقیم وجود دارد (۳۵).

۶. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته گردآوری شد. در مجموع ۳۸۶ نفر از ساکنان ۱۸ سال و بالاتر در مطالعه شرکت کردند. در بین تمام شرکت‌کنندگان مطالعه، ۲۱۴ نفر (۵۷/۴٪) از برنامه اطلاع داشتند، بنابراین برای ۱۵۹ شرکت‌کننده دیگر (۴۲/۶٪) برنامه پزشک خانواده کاملاً ناشناخته بود. ۴۹/۱٪ از کل شرکت‌کنندگان (۱۸۳ نفر) اطلاعاتی در مورد پروژه داشتند؛ اما اکثر پاسخ‌ها نادرست یا حتی کاملاً مخالف بودند. این بدان معناست که برخی از افراد آگاه نیز نمره صفر گرفتند و تنها ۶/۴٪ از مصاحبه‌شوندگانی که به کل پرسشنامه پاسخ دادند تا حدودی اطلاعات منطقی در مورد طرح پزشک خانواده داشتند.

منبع اصلی که مردم اطلاعات خود را در مورد برنامه پزشک خانواده به دست آورده بودند؛ تلویزیون بود (۷۸/۸٪ از افرادی که برنامه را می‌شناختند). سایر منابع اطلاعاتی شامل رادیو، روزنامه‌ها، ارائه دهندگان بهداشت، آگهی‌نماها، دوستان یا همکاران بود.

۸/۸۶٪ از افرادی که در مورد پروژه شنیده بودند (۱۸۶ نفر) هیچ‌گونه اطلاعاتی در مورد راه‌های انتخاب پزشک خانواده خود نداشتند، ۳۴/۴٪ (۷۴ نفر) از امکان تغییر پزشک قبلی آگاه بودند. تنها ۴/۸٪ (۹۱ نفر از ۱۸۹ نفر) از خدمات رایگانی که توسط پزشک خانواده برنامه ریزی شده بود، آگاهی داشتند. تنها ۱۴/۹٪ از کسانی که از اجرای برنامه اطلاع داشتند، اطلاعاتی در مورد قانون نظام ارجاع برای درمان توسط متخصص داشتند.

۵/۵٪ (۴۷ نفر) از شرکت‌کنندگان آگاه اظهار داشتند که حسب معمول هر زمان که مریض می‌شوند به هیچ نوع پزشکی مراجعه نمی‌کنند، در حالی که ۱۴۶ نفر (۷۷/۳٪) پزشکان عمومی و ۳۶ نفر (۱۸/۹٪)



پزشکان متخصص را ترجیح می‌دهند. ۷۴/۱٪ (۱۴۱ نفر) قصد داشتند در این برنامه ثبت نام کنند و بقیه ۲۵۰/۸٪ (۴۹ نفر) ترجیح دادند شرکت نکنند.

نتایج نشان داد از بین کل نمونه‌ها ۲۱۴ نفر (۵۷/۴٪) از برنامه اطلاع داشتند و کمابیش ۱۲۰ نفر (۸۵/۱٪) از این افراد آگاه قصد شرکت در برنامه را داشتند (۳۱).

۷. هدف این مطالعه مقطعی تعیین میزان آشنایی و نگرش جامعه تحت پوشش با معیارها و الزامات برنامه پزشکی

خانواده شهری در فارس و مازندران بوده است. در این مطالعه ۱۷۶۹ نفر با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته

مورد پژوهش قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر سه بخش جمع‌آوری شد:

الف. ۱۷ متغیر فردی و اجتماعی (استان و شهر محل سکونت [دانشگاهی/غیر دانشگاهی]، جمعیت شهری

محل سکونت، جنسیت، سن، تحصیلات، ازدواج، شغل، سابقه مراجعه به پزشک خانواده، تعداد اعضای

خانوار، بیمه تکمیلی، افراد مبتلا به بیماری مزمن، فاصله منزل تا مرکز بهداشت با پای پیاده، سابقه تعویض

پزشک، انتخاب پزشک خانواده، پذیرش پزشک خانواده؛ ب. آشنایی با برنامه پزشک خانواده (با ۱۳ سوال

بسته ۲-۳-گزینه‌ای با حداکثر ۱۴ امتیاز). نگرش به برنامه پزشک خانواده شهری (با دو سوال بسته با مقیاس

لیکرت) جمع‌آوری شد. به طور کلی میزان آشنایی با برنامه پزشک خانواده شهری در ۵۵۱ نفر (۳۱/۱) پایین،

در ۶۹۵ نفر (۳۹/۳٪) متوسط و در ۵۲۳ نفر (۲۹/۶٪) بالا بوده است. در استان فارس سطح آشنایی در ۲۷۸ نفر

(۳۱/۰٪) پایین، در ۳۵۴ نفر (۳۹/۵٪) متوسط و در ۲۶۵ نفر (۲۹/۵٪) بالا بوده است. در استان مازندران سطح

آشنایی در ۲۷۳ نفر (۳۱/۳٪) پایین، در ۳۴۱ نفر (۳۹/۱٪) متوسط و در ۲۵۸ نفر (۲۹/۶٪) بالا بوده است (۳۶).

۸. این مطالعه توصیفی به منظور بررسی سطح آشنایی بیمه‌شدگان بیمه روستایی از

تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی از دفترچه بیمه روستایی در طرح پزشک

خانواده دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران انجام گرفته است.

داده‌ها ۱۰۸۱ بیمه شده با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته و به روش مصاحبه جمع‌آوری شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه خود ساخته (شامل ۱۱ سوال از متغیرهای مستقل یا زمینه‌ای،

۱۰ سوال در خصوص آشنایی با پزشک خانواده، شرایط کار و نحوه تحت پوشش بودن، ۷ سوال در

خصوص ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی، ۷ سوال در خصوص تسهیلات برقرار شده برای

دارندگان دفترچه بیمه روستایی و یک سوال در خصوص منبع کسب اطلاعات) بوده است.

نتایج نشان می‌دهد که بیشترین میزان شناخت بیمه‌شدگان بالای ۲۰ سال بیمه روستایی از پزشک خانواده مربوط

و شرایط بهره‌مندی از خدمات مربوط به جنس پزشک خانواده با ۶۲/۲٪ و کمترین شناخت از ارائه نتایج ویزیت

پسخوراند پزشک متخصص به پزشک خانواده تا ثبت آن در پرونده سلامت با ۱۴/۸٪ بوده است.

همچنین و میزان شناخت بیمه‌شدگان بیمه روستایی ۲۰ سال بیمه روستایی از ضوابط استفاده از دفترچه

جز در خصوص مدت اعتبار ارجاع ۱۲/۵٪ و میانگین مجاز تجویز دارو (۵/۲ قلم) با ۱۶/۵، تقریباً خوب

می‌باشد. بیشترین میزان شناخت از دریافت دارو فقط در داروخانه‌های طرف قرارداد با ۷۲/۴٪ می‌باشد.

میزان شناخت بیمه‌شدگان بیمه روستایی از تسهیلات مورد استفاده با دفترچه بیمه روستایی جز در خصوص

فرانشیز ویزیت پزشک خانواده در ساعت رسمی با ۷۲/۳ در سایر موارد مطالعه شده بسیار ضعیف می‌باشد.

کمترین میزان شناخت از فرانشیز ویزیت پزشک خانواده در منزل بیمار با ۰/۶٪ بوده است. نتایج نشان داد ۳٪ دارای سطح آشنایی خوب، ۳۸/۵٪ دارای سطح آشنایی متوسط و ۵۸/۵٪ دارای سطح آشنایی ضعیف بودند. بین جنس، سن و سطح تحصیلات با سطح آشنایی رابطه معنی دار وجود داشت. بین تاهل، محل سکونت، شغل و دانشگاه علوم پزشکی مورد مطالعه با سطح آشنایی رابطه معنی دار آماری وجود نداشت (۳۷).

۹. مطالعه توصیفی حاضر با هدف نظرسنجی در مورد نظرات مراجعان در بیمارستان‌های عمومی اصفهان در مورد عوامل موثر در اجرای نظام ارجاع انجام شده است. ۴۰۰ نفر مورد پژوهش قرار گرفتند. تفاوت عمده‌ای در میزان آگاهی بیماران شهری و روستایی از نظام ارجاع با بیماران شهری که ۳/۵۶٪ از ۵ یا ۷۱/۲٪ و بیماران روستایی ۳/۵۴٪ از ۵ یا ۷۰/۸٪ بیشتر است، وجود ندارد. میانگین نمره آگاهی در مراجعان به مراکز خدمات بهداشتی درمانی پایه ۳/۶٪ از ۵ یا ۷۲٪ و در بین مراجعه کنندگانی که برای خدمات غیر فوریتهی به این مراکز مراجعه نمی‌کنند ۲/۶۵٪ از ۵ یا ۵۳٪ است. ۷٪ از جمعیت پایین‌ترین سطح آگاهی و ۳۷٪ آگاهی پایین دارند. ۳۱٪ با آگاهی متوسط و در نهایت ۲۵٪ از جامعه از نظام ارجاع و سطوح اولیه ارائه خدمات آگاهی بالایی دارند. به طور کلی، میانگین نمره آگاهی در کل جمعیت برابر با ۵۹/۱۶٪ از ۱۰۰ است (۲۸).

۱۰. هدف این مطالعه بررسی ارتباط بین آگاهی و نگرش روستاییان با منابع کسب اطلاعات در مورد برنامه پزشک خانواده بیمه و روستایی در مناطق روستایی شهرستان شهرکرد بود. در این پژوهش توصیفی تعداد ۱۱۰۰ نفر افراد تحت پوشش برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی شهرستان شهرکرد به روش نمونه گیری به صورت چند مرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شد. نتایج نشان که داد از نظر منابع در دسترس برای کسب اطلاعات، ۲۵ نفر (۲/۳٪) اطلاعات را از اعضای شورای شهر، ۳۷۵ نفر (۳۴٪) از بهورزان و کارمندان مراکز بهداشتی درمانی، ۳۰ نفر (۲/۷٪) از پزشک خانواده، ۶۱ نفر (۵/۵٪) از طریق رسانه‌های گروهی، ۷۵ نفر (۶/۸٪) از بهورزان و پزشک خانواده، ۲ نفر (۰/۲٪) از بهورزان و رسانه‌های گروهی و ۳ نفر (۰/۳٪) از پزشک خانواده و رسانه‌های گروهی کسب کردند. بیشترین درصد روستاییان اطلاعات خود را از (۳۴٪) بهورزان و کارمندان مراکز بهداشتی درمانی دریافت کرده بودند، همچنین بین منابع کسب اطلاعات و آگاهی و نگرش روستاییان تفاوت معنی داری مشاهده شد. با توجه به اینکه روستاییان بیشترین اطلاعات خود را از بهورزان دریافت کرده بودند، بنابراین اجرای برنامه‌های آموزشی برای پزشکان و بهورزان و انتقال به سایر افراد جامعه می‌تواند موجب ارتقای کیفیت و اثربخشی این برنامه شود (۳۴).

#### د) معیار انتخاب و عدم انتخاب پزشک خانواده

۱. مطالعه توصیفی حاضر با هدف نظرسنجی در مورد نظرات مراجعان در بیمارستان‌های عمومی اصفهان در مورد عوامل موثر در اجرای نظام ارجاع انجام شده است. ۴۰۰ نفر مورد پژوهش قرار گرفتند. افراد با انگیزه متوسط برای استفاده از خدمات سطح اولیه با فراوانی ۵۱٪ بیشترین مراجعه کنندگان را تشکیل می‌دهند. افراد با انگیزه پایین برای استفاده از این خدمات با فراوانی ۱۶٪ کمترین فراوانی را در بین جمعیت دارند که نشان می‌دهد افراد مراجعه کننده به این بیمارستان‌ها انگیزه استفاده از خدمات سطح اولیه را دارند.

میانگین امتیاز انگیزه مراجعه به خدمات سطح اولیه برای افراد دارای سوابق پزشکی بیشتر است. در واقع انگیزه بالاتر دلیل داشتن مدارک پزشکی است. علاوه بر این، به دلیل سوابق پزشکی، مردم انگیزه بیشتری برای مراجعه به این خدمات دارند.

میانگین امتیاز انگیزه مراجعان به مراکز بهداشتی درمانی سطح اولیه ۶۵/۴٪ و در بین مراجعه‌کنندگانی که برای خدمات غیر اورژانسی به این مراکز مراجعه نمی‌کنند ۵۴/۴٪ است. این نشان می‌دهد که انگیزه ارتباط مستقیمی با خدمات سطح اولیه دارد که با انگیزه بالاتر، افراد علاقه بیشتری به استفاده از خدمات سطح پایین‌تر دارند. میانگین امتیاز انگیزه مراجعه به خدمات سطح اولیه برای مددجویان روستایی ۶۵٪ است که بیشتر از مددجویان شهری است. میزان انگیزه مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی سطح اولیه در بین جمعیت روستایی ۶۲/۱٪ است.

نتایج نشان داد که آگاهی و رضایت در جوامع شهری و انگیزه در روستاها در سطح بالاتری قرار دارد. از نظر وضعیت بیمه، مضمولان تأمین اجتماعی بیشترین مراجعه را به تمامی سطوح و مضمولان بیمه خدمات درمانی به سطح اول مراجعه بیشتری دارند. همچنین نتایج حاکی از آن است که از دیدگاه مددجویان شهری، میزان آگاهی و رضایت از نحوه ارائه خدمات سلامت در سطوح اولیه و از نظر انگیزه مددجویان روستایی بر تحقق فرآیند نظام ارجاع مؤثر است. بنابراین بهبود این عوامل می‌تواند سیستم را کارآمدتر کند (۲۸).

۲. مطالعه حاضر به منظور شناسایی ترجیحات شهروندان تهرانی، به عنوان یکی از مشارکت‌کنندگان در طرح، انجام گرفته است. نتایج نشان داد که مؤلفه‌های ویزیت، رفتار پزشک، نحوه وقت‌گذاری پزشک در معاینات، و دسترسی تلفنی آثار معنی‌داری در تمایل شهروندان برای ورود به طرح پزشک خانواده دارد؛ به طوری که افزایش ویزیت موجب کاهش تمایل افراد برای ورود به این طرح می‌شود. به علاوه، رفتار توأم با احترام پزشک، وقت‌گذاری مناسب و نیز امکان دسترسی تلفنی به افزایش مطلوبیت شهروندان منجر می‌شود و احتمال مشارکت آنها و ورودشان به طرح را افزایش می‌دهد. تمایل شهروندان به پرداخت برای هر یک از مؤلفه‌های رفتار پزشک، نحوه وقت‌گذاری و دسترسی تلفنی به ترتیب ۹/۵۷۹، ۹/۹۴۷ و ۳/۷۵۰ تومان برآورد شده است (۳۸).

۳. هدف مطالعه توصیفی حاضر، تعیین ارتباط آگاهی روستاییان شهرستان شهرکرد با دلایل انتخاب برنامه پزشک خانواده بوده است. تعداد ۱۱۰۰ نفر از افراد تحت پوشش برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی شهرستان شهرکرد انتخاب شدند داده‌ها از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ی محقق ساخته شامل سه بخش (۳ سؤال مربوط به مشخصات فردی (سن، جنس، تحصیلات)، ۴ سؤال مربوط به دلایل انتخاب برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی و ۱۱ سؤال برای سنجش آگاهی) بود. پرسشنامه در بخش آگاهی دارای مقیاس چندگزینه‌ای از نوع بسته بود که برای هر سؤال فقط یک گزینه صحیح توسط آزمودنی‌ها انتخاب می‌شد. برای هر پاسخ صحیح به سؤالات آگاهی نمره ۱ و در غیر این صورت نمره صفر منظور می‌شد. در نهایت با تبدیل نمرات به درصد، جمع نمرات از صفر تا ۱۰۰ حاصل شد، آگاهی افراد با نمره کمتر از ۲۰ معادل خیلی ضعیف، ۲۰-۴۰ ضعیف، ۴۱-۶۰ متوسط، ۶۱-۸۰ خوب و ۸۰ به بالا عالی در نظر گرفته شد.

میزان آگاهی افراد مورد بررسی نسبت به برنامه پزشک خانواده به ترتیب ۳۰/۹٪ آگاهی خیلی

ضعیف، ۳۷/۵٪ آگاهی ضعیف، ۲۲/۳٪ آگاهی متوسط، ۷/۹٪ آگاهی خوب و ۱/۴٪ آگاهی عالی بود. بین نمره آگاهی و سن رابطه معکوس وجود داشت. بین نمره آگاهی و سطح تحصیلات رابطه مستقیم وجود داشت.

بیشترین درصد افراد (۴۳/۸) که آگاهی خیلی ضعیف داشتند دلیل خود از انتخاب برنامه پزشک خانواده را ارزان بودن ویزیت و دارو در این برنامه ذکر کرده بودند و بیشترین درصد افراد (۷۸/۶) که آگاهی عالی داشتند، مزایای زیاد برنامه در حفظ سلامت خانواده را بیان کرده بودند. این مطالعه همچنین نشان داد که بین آگاهی روستاییان با دلایل انتخاب برنامه پزشک خانواده ارتباط معناداری وجود دارد (۳۳).

۴. در این مطالعه ترکیبی عوامل مؤثر بر انتخاب پزشک خانواده توسط بیماران ایرانی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی جنوب تهران مورد ارزیابی و رتبه بندی قرار گرفت. داده‌ها از طریق مصاحبه و پرسشنامه جمع‌آوری شد.

داده‌ها در قسمت کیفی در شش تم دسته بندی شد که شامل:

(الف) عوامل فردی: سن، جنسیت و قومیت پزشک/بیمار، سطح تحصیلات بیمار، اعتماد بیمار به عملکرد پزشک، مهارت‌های ارتباطی بالا با بیماران، اثربخشی اقدامات پزشک در ملاقات قبلی (بیماران و اعضای خانواده آنها) و نوع و شدت بیماری بیمار.

(ب) عوامل رفتارهای اخلاقی: وقت شناسی، مطمئن و قابل اعتماد، مسئولیت‌پذیری، همدردی با پزشک و پاسخگویی به سوالات بیماران با صبر و حوصله.

(ج) عوامل عملکردی: داشتن سطح علمی بالا، مهارت و تخصص پزشک، اختصاص زمان کافی برای ویزیت بیمار، دقت بالا در معاینه پزشکی، معرفی و ارجاع سایر همکاران یا متخصصان، ویزیت بیماران به صورت خصوصی و نه در حضور دیگران، ارائه بسته کامل خدمات سلامت، ارائه اطلاعات اقدامات تشخیصی، درمانی و مراقبتی و ارائه راهکارهای مناسب و پرهیز از ارجاعات غیر ضروری.

(د) عوامل مکانی، محیطی و مدیریتی: نزدیکی مطب، دسترسی آسان و راحت به مطب، محل کار مجهز و شیک، نظافت پزشک، اتاق انتظار راحت و بزرگ، زمان انتظار کوتاه، ویزیت‌های برنامه‌ریزی شده بدون تأخیر، استفاده از دستیاران کارآمد در مراکز بهداشتی و درمانی، رسانه و تبلیغات.

(و) عوامل اقتصادی: تنوع و هزینه خدمات تکمیلی، قیمت ویزیت پزشک، پذیرش بیمه سلامت.

(ه) عوامل اجتماعی-فرهنگی: توصیه شده توسط دوستان و آشنایان، سطح آگاهی بیماران و سطح درمان بر اساس وضعیت اجتماعی-اقتصادی منطقه.

در مرحله دوم نگرش ۳۰ بیمار در مورد معیارهای انتخاب بیمار شامل:

وقت شناس بودن، معاینه دقیق، متخصص بودن، تجربه پزشکی، سن بالاتر (بالا تر)، سطح علمی بالا، توضیح و ارائه اطلاعات به بیمار، گوش دادن و توجه به صحبت‌های بیمار، توصیه به بیمار در مورد بیماری، جنسیت پزشک، محل کار عمومی یا خصوصی، محل کار مجهز و شیک، مجاورت با مطب، در دسترس بودن پزشک در روزهای کاری بیشتر، رضایت سایر بیماران، داشتن تجربیات درمانی موفق قبلی با پزشک منتخب، تشخیص صحیح، معاینه مقرون به صرفه، و رفتار مناسب بوده است.

نتایج قسمت کمی اطلاعات ۴۰۰ بیمار بررسی شد و نتایج نشان داد که در مجموع، بالاترین امتیاز در بین ۲۶ گویه پرسشنامه مربوط به متخصص بودن پزشک خانواده ( $0/70 \pm 4/49$ ) بود. پس از آن انجام معاینه دقیق با دریافت شرح حال دقیق و اختصاص زمان کافی برای ویزیت بیماران به ترتیب از دیگر موارد مؤثر در انتخاب پزشک خانواده بود. با این حال، از نظر همشهری بودن، گرایش بیمار به پزشکان همجنس و ظاهر پزشک به ترتیب با کمترین امتیاز رتبه بندی شدند. زنان و مردان شرکت کننده به طور مشابه تخصص پزشک، معاینه کامل و دقیق و همچنین اختصاص زمان کافی برای ویزیت را از مهم ترین عوامل مؤثر در انتخاب بیماران عنوان کردند. زنان در مقایسه با مردان به مواردی مانند زمان انتظار برای ویزیت پزشک و پیگیری بیماری توجه بیشتری داشتند، در حالی که مردان در ظاهر و تجهیزات مطب پزشک و ویژگی های او مانند اعتماد، رازداری و اعتبار اهمیت بیشتری داشتند (۳۹).

۵. هدف این مطالعه ارزشیابی مشارکت مردم و سایر بخش ها در برنامه پزشک خانواده بوده است. مطالعه حاضر به روش ترکیبی انجام گرفته و نمونه گیری در بخش کمی به روش تصادفی و در بخش کیفی به صورت هدفمند انجام شد. ابزار مورد استفاده در بخش کمی پرسشنامه سلامت (۸ حیطه) و در بخش کیفی مصاحبه عمیق فردی و بحث گروهی متمرکز با ۶ هدف اختصاصی بود که از طریق مصاحبه فردی با مدیران برنامه در سطح استان، با افراد صاحب نظر و مردم اجرا شد. در این مطالعه، نتایج بخش کیفی ارائه شده است.

یافته ها نشان داد که عدم مشارکت مردم به دلیل برخی کمبودها، مشارکت ابزاری برای تأمین امکانات و هزینه های سلامت است. در بحث مشارکت بخش ها، به تفاوت وضعیت تعامل بین بخشی و سطح مشارکت ابزاری در آن می توان اشاره کرد.

عوامل در حیطه جلب مشارکت مردم در ارتقای سلامت شامل :

۱- فقدان مشارکت مردمی: در اکثر بحث ها در مورد مشارکت مردم، عدم تأمین مناسب مشارکت مورد اشاره قرار گرفت. از عوامل مؤثر می توان به مواردی چون؛ بعد مکانی برخی از روستاها، ارتباط مشارکت با خصوصیات فردی و بومی بودن پزشکان، نداشتن برنامه و ضوابط مشخص، و فرصت ناکافی پزشکان به عنوان مسئول تیم اشاره کرد.

۲- فقدان ضمانت اجرایی برای مشارکت: در برخی از بحث های انجام شده مشارکت کنندگان اظهار کردند که برای موضوع تأمین مشارکت مردم در ارزیابی عملکرد کارکنان جایی در نظر گرفته نشده است. به همین علت این گونه فعالیت ها جدی گرفته نمی شوند و بیشتر مبتنی بر علائق شخصی کارکنان و روابط آنان با مردم است.

۳- مشارکت ابزاری: در همه بحث های انجام شده، نمونه های مشارکت به طور عمده به مشارکت ابزاری مردم برای تأمین امکانات و هزینه های مراقبت های سلامت تأکید داشتند. هر چند تأمین این حد از مشارکت نیز وابسته به خصوصیات فردی کارکنان و توان آنها برای جلب اعتماد مردم ذکر شد. در خصوص سایر سطوح مشارکت به ویژه مشارکت افراد برای ایجاد تغییرات در برنامه پزشک خانواده مورد خاصی ذکر نشد. به نظر می رسد اصولاً ساز و کاری برای سازماندهی سطوح بالاتر مشارکت

جامعه در این برنامه پیش‌بینی نشده است یا حتی در صورت پیش‌بینی در برنامه اجرایی نشده است. در حیطه جلب مشارکت سایر بخش‌های توسعه در برنامه‌های سلامت عوامل شامل:

۱- وضعیت مشارکت بین بخشی: بحث‌های انجام شده در مورد وضعیت مشارکت بین بخشی در گروه‌های مختلف بسیار متفاوت بود. این اظهارات بین دو طیف «فقدان مشارکت» تا «ارزیابی کیفیت خوب از مشارکت بین بخشی» در نوسان بود. آن چه توسط مشارکت‌کنندگان در بحث‌ها اظهار می‌شد، حاکی از آن بود که مشارکت بین بخشی بیشتر تحت تأثیر خصوصیات فردی دست‌اندرکاران برنامه به ویژه پزشک خانواده، و شرایط روستا بوده است. همچنین نبود حمایت کافی به ویژه حمایت مالی از تصمیمات کارگروه‌های مشترک بین بخشی، موجب عدم کارایی مشارکت شده است.

۲- سطح مشارکت بین بخشی: در بحث‌های مشارکت بین بخشی مشابه مشارکت مردم و جامعه، نمونه‌های ارائه شده بیشتر حاکی از سطوح پایین مشارکت (مشارکت ابزاری) بود. بر اساس نظر برخی از شرکت‌کنندگان تأمین سطوح بالاتر مشارکت از جمله مشارکت در برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت با توفیق همراه نبوده است (۴۰).

۶. این مطالعه با هدف تعیین عوامل موثر بر میزان بهره‌مندی جمعیت تحت پوشش از برنامه پزشک خانواده شهری انجام گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته شامل ۲ بخش متغیرهای فردی و میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت با ۳۳ سوال باز و بسته بوده است.

۵۶۲۸ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. ۵۵۲۱ نفر (۹۸/۱٪) دارای یکی از انواع بیمه پایه بودند. ۰/۳۱ درصد افراد از بیمه تکمیلی برخوردار بودند. میانگین فاصله زمانی بین منزل و محل کار پزشک با پای پیاده ۱۸/۶ دقیقه و با وسیله نقلیه ۵/۷ دقیقه بود. ۷۵/۸٪ دارنده بیمه پایه، حداقل یکبار توسط پزشک خانواده شهری خود ویزیت شدند. میانگین بار مراجعه افراد بالای ۱۵ سال به پزشک خانواده ۵/۱۴ بار در سال بود. عواملی مثل پرونده سلامت، بعد خانوار، بیمه تکمیلی، ابتلا به بیماری‌ها، تحصیلات، شغل، تعویض پزشک، مدت زمان دسترسی، سطح آشنایی با برنامه پزشک خانواده در میزان بهره‌مندی جمعیت تحت پوشش موثر بودند.

این مطالعه نشان داد همه افراد تحت پوشش از برنامه پزشک خانواده شهری بهره‌مند نشدند و تعدادی از عوامل فردی بر میزان بهره‌مندی از برنامه پزشک خانواده شهری تأثیرگذار بود (۴۱).

### و) نقاط ضعف پزشک خانواده

۱. هدف این پژوهش توصیفی ارزیابی نقاط ضعف و قوت طرح در شهرستان مراغه می‌باشد. 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 بود.

شایع‌ترین قوت اجرای طرح پزشک خانواده در شهرستان مراغه را از دیدگاه گیرندگان خدمات (مشتریان) نشان داد که مهم‌ترین نقاط ضعف، مراجعات زیاد و ازدحام بیماران در خانه بهداشت (۲۱/۶٪)، مشکل در پذیرش بیمار توسط بیمارستان‌ها (۱۳/۶٪)، انتخاب متخصصان توسط خود بیمار (۱۳/۶٪) و محدود

بودن زمان دسترسی به پزشک خانواده (۱۳/۶٪) عنوان شده است (۴۲).

۲. هدف این مطالعه کیفی تحلیلی بر نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری با رویکرد SWOT بوده است. با تعداد ۲۰ نفر از کارشناسان خبره، پزشکان خانواده مدیران اجرایی و کارشناسان شاغل در بخش بیمه و ۱۰ نفر از دریافت کنندگان خدمات مصاحبه انجام گرفته است. نتایج نشان داد که نقاط ضعف شامل عدم آگاه سازی مردم و مسائل مربوط به پزشکان، کیفیت نظارت، مدیریت، مکانیسم پرداخت، پرونده الکترونیک سلامت، سازمان های بیمه گر و امکانات ناکافی مراکز بهداشتی درمانی بودند (۴۳).

۳. هدف از این مطالعه توصیفی بررسی نقاط قوت و ضعف پزشک خانواده در دو شهرستان فومن و شفت در سال ۱۳۹۰ بوده است. در این مطالعه همه اعضاء کادر درمان، مشتمل بر پزشکان خانواده، ماماها، بهورزان، کارشناسان و کاردانان و همچنین ۸۵۶ نفر از گیرندگان خدمت در این دو شهرستان مشارکت کردند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه بوده است. از دیدگاه گیرندگان خدمت، مهم ترین نقاط ضعف: برخورد نامناسب بیمارستان ها (۵۷/۲٪)، عدم ارائه خدمت در طول شبانه روز (۴۴/۹٪)، نداشتن حق انتخاب در مورد متخصصان (۴۱/۷٪) و نداشتن حق انتخاب در مورد پزشک (۳۴/۶٪) بوده است (۴۴).

#### ه) نقاط قوت پزشک خانواده

۱. هدف این پژوهش توصیفی ارزیابی نقاط ضعف و قوت طرح در شهرستان مراغه می باشد. جامعه آماری این پژوهش را جمعیت تحت پوشش، پزشکان خانواده، مدیران و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی تشکیل می دادند. تعداد نمونه مدیران و کارکنان، برابر با کل جامعه آماری بود، و حجم نمونه ی جمعیت ۳۷۵ نفر بود. روش جمع آوری داده ها، پرسشنامه بود.

شایع ترین نقاط قوت اجرای طرح پزشک خانواده در شهرستان مراغه را از دیدگاه گیرندگان خدمات (مشتریان) شامل کاهش هزینه های درمان (۶۸/۳٪)، دسترسی آسان روستاییان به دارو، پزشک و ماما (۵۲/۵٪)، معاینات سالیانه و تشکیل پرونده خانوار (۱۳/۶٪) و مراقبت بهتر و مؤثر از مادران باردار و کودکان زیر ۶ سال (۱۲/۸٪) بود (۴۲).

۲. هدف این مطالعه کیفی تحلیلی بر نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری با رویکرد SWOT بوده است. با تعداد ۲۰ نفر از کارشناسان خبره، پزشکان خانواده مدیران اجرایی و کارشناسان شاغل در بخش بیمه و ۱۰ نفر از دریافت کنندگان خدمات مصاحبه انجام گرفته است. نتایج نشان داد که نقاط قوت شامل: کاهش هزینه ها، دسترسی عادلانه، ارتقاء سطح سلامتی و ارائه خدمات به صورت سطح بندی تکاملی بودند (۴۳).

۳. هدف از این مطالعه توصیفی بررسی نقاط قوت و ضعف پزشک خانواده در دو شهرستان فومن و شفت در سال ۱۳۹۰ بوده است. در این مطالعه تمامی اعضاء کادر درمان، مشتمل بر پزشکان خانواده، ماماها، بهورزان، کارشناسان و کاردانان و همچنین ۸۵۶ نفر از گیرندگان خدمت در این دو شهرستان مشارکت کردند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه بوده است.

از دیدگاه گیرندگان خدمت، مهم‌ترین نقاط قوت: کاهش هزینه درمان و رایگان بودن خدمات (۹۰/۵٪)، دسترسی آسان به پزشک (۷۲/۴٪)، بهره‌مندی از دفترچه بیمه همگانی (۵۷/۶٪) و تشکیل پرونده سلامت (۲۷/۵٪) بوده است (۴۴).

### ی) نگرش مردم از طرح پزشک خانواده

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱	میزان نگرش شهرستان شهرکرد	متوسط

۱. هدف این مطالعه بررسی ارتباط بین آگاهی و نگرش روستاییان با منابع کسب اطلاعات در مورد برنامه پزشک خانواده بیمه و روستایی در مناطق روستایی شهرستان شهرکرد بود. در این پژوهش توصیفی تعداد ۱۱۰۰ از نفر افراد تحت پوشش برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی شهرستان شهرکرد به روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شد.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه خود ساخته شامل ۴ بخش بود، بخش اول شامل ۳ سؤال مربوط به مشخصات فردی و بخش دوم منابع مورد استفاده در زمینه برنامه پزشک خانواده، بخش سوم شامل ۱۱ سؤال آگاهی و بخش چهارم پرسشنامه شامل ۸ سؤال مربوط به سنجش سطح نگرش بر اساس مقیاس لیکرت بود. نمره‌گذاری پرسشنامه برای سؤالات آگاهی به این صورت انجام گرفت که برای پاسخ صحیح نمره ۱ و در غیر اینصورت نمره صفر منظور شد، برای سؤالات نگرش (مقیاس ۵ گزینه‌ای شامل: کاملاً موافقم، موافقم، بی نظر، مخالفم و کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری از ۴-۰ در نظر گرفته شد (حداکثر امتیاز ۲۴). ۵/۰٪ نگرش خیلی خوب، ۵/۲۵ درصد خوب، ۴/۶۴ درصد نگرش متوسط، ۱/۹ درصد نگرش ضعیف، ۵/۰٪ نگرش خیلی ضعیف داشتند (۴۵).

### ر) انتظارات مردم از طرح پزشک خانواده

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱	بررسی انتظارات پزشکان و مردم شهر شیراز	-
۲	انتظارات مراجعان به مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی مجری طرح ملی پزشک خانواده	مطلوب
۳	بررسی کیفیت درک شده و مورد انتظار از خدمات ارائه شده توسط پزشکان خانواده شهری از دیدگاه بیماران در مطب‌های خصوصی شهر شیراز	نسبتاً مطلوب

۱. هدف از انجام این پژوهش بررسی انتظارات پزشکان و مردم شهر شیراز استان فارس می‌باشد. در این مطالعه کیفی و مقطعی مصاحبه نیمه ساختارمند با ۳۰ نفر انجام گرفت.

نتایج در خصوص دیدگاه پزشکان ۵ کد اصلی با عناوین: عدم وجود زیر ساخت کافی، مشکلات



نظام پرداخت، همکاری درون/ بین بخشی ضعیف، دیدگاه‌های اشتباه در خصوص پزشک خانواده و ۱۷ محور فرعی و در خصوص دیدگاه مردم ۲ کد اصلی با عناوین: درک و آگاهی، انتظارات و هکد فرعی استخراج شد.

دیدگاه‌های مردم در خصوص طرح پزشک خانواده بدین شرح است:

الف) درک و آگاهی شامل درک فرد به عنوان یک فرد پزشک (مصاحبه شونده‌گان بیشتر بر نقش پزشکان در خصوص اجرای وظایف مربوط به حفظ سلامت، درمان، پیشگیری و غربالگری در طرح مذکور تأکید داشتند و به ندرت به نقش سایر عوامل مؤثر در اجرای طرح پزشک خانواده اشاره‌ای شده است)، درک طرح به عنوان یک گروه سلامت (مصاحبه شونده‌گان معتقدند پزشک خانواده، گروهی شامل پزشک، بهورز، پرستار و ماما است که خدمات سلامتی را برای مردم ارائه می‌کند) و درک طرح به عنوان یک سیاست بهداشتی درمانی (مصاحبه شونده‌گان طرح پزشک خانواده را سیاستی برای افزایش دسترسی جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی برای دسترسی سریع و همه جانبه مردم به خدمات سلامتی به شمار آوردند) بوده است.

ب) انتظارات، منظور از انتظارات در این بخش خدماتی است که مردم از اجرا، شامل: اطلاع‌رسانی و فرهنگ سازی (افراد مورد پژوهش انتظار اطلاع‌رسانی جامع و گسترده به وسیله تمامی رسانه‌ها و واحدهای بهداشتی درمانی داشتند)، ارائه خدمات و کیفیت ارائه خدمات (شرکت کنندگان در پژوهش، از اجرای طرح پزشک خانواده انتظار دریافت خدمات پیشگیری، درمان، آموزشی و جامعه نگر با کیفیت را داشتند) می‌باشد (۴۶).

۲. جامعه پژوهش شامل: مراجعان به مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی مجری طرح ملی پزشک خانواده (۲۰ مرکز بهداشتی درمانی) بوده و تعداد ۴۶۹ پرسشنامه تکمیل و عودت داده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه استاندارد SERVQUAL استفاده شد.

این پرسشنامه مشتمل بر دو بخش مشخصات دموگرافی بیماران (جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، محل سکونت و بخش ارائه کننده خدمت) و ۲۲ جفت سوال متناظر است که پنج بعد کیفیت خدمات از جمله بعد فیزیکی و ملموس خدمت، تضمین، پاسخگویی، قابلیت اطمینان خدمت و همدلی کارمندان را مورد ارزشیابی قرار می‌دهد.

در بعد فیزیکی، تأسیسات فیزیکی، وسایل، کارکنان و کانال‌های ارتباطی؛ در بعد تضمین، توانایی اجرای خدمات به بیماران؛ در بعد پاسخگویی، میزان پاسخگویی کارکنان در قبال خدمات ارائه شده به بیماران؛ در بعد اطمینان، توانایی، دانش و مهارت کارکنان در ایجاد اطمینان در بیماران، در بعد همدلی، احساس تعلق و تعهد کارکنان نسبت به همه بیماران مورد سؤال قرار گرفت.

میانگین و انحراف معیار نمرات انتظارات و ادراکات و شکاف کیفیت خدمات درمانی حاصل از تفاضل آنها، نشان داد که انتظارات بیماران در تمامی پنج بعد مثبت و پایین تر از وضعیت موجود بود. بیشترین میانگین نمره در بخش انتظارات، مربوط به بعد تضمین ۲۷/۵۲ و کمترین نمره مربوط به بعد فیزیکی ۱۸،۴۷ بوده

است. همچنین بالاترین میانگین نمره در بخش ادراکات مربوط به بعد تضمین و کمترین نمره مربوط به بعد همدلی بود. نتایج نشان می‌دهد در تمامی ابعاد میانگین وضع موجود از وضع مورد انتظار بالاتر به دست آمده است و این تفاوت در تمامی ابعاد معنی دار است. نتایج این پژوهش نشان داد تفاوت معناداری میان ادراک و انتظار تمام مولفه‌های کیفیت خدمات وجود دارد و نمره ادراکات بیماران از انتظاراتشان بالاتر است. به این معنی که مجموع آنچه در قالب خدمات و تسهیلات به آنها ارائه شده است فراتر از آن چیزی بوده که انتظار آن را داشته‌اند (۴۷).

۳. این مطالعه توصیفی با هدف بررسی کیفیت درک شده و مورد انتظار از خدمات ارائه شده توسط پزشکان خانواده شهری از دیدگاه بیماران در مطب‌های خصوصی شهر شیراز انجام شده است. تعداد ۳۰۰ بیمار مراجعه کننده در مطب‌های خصوصی پزشک خانواده شهری در شهر شیراز با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته جمع‌آوری شده است.

سوالات این پرسشنامه، انتظارات و ادراکات بیماران از کیفیت خدمات را در هفت بعد بیمارمحوری (۳سؤال)، زمانبندی خدمات (۲سؤال)، رفاهی (۳سؤال)، کیفیت فنی ادراک شده (۵سؤال)، تداوم خدمات (۳سؤال)، دسترسی (۲سؤال) و اثربخشی ادراک شده (۲سؤال) سنجیده شده است. به طور کلی میانگین نمره ادراکات بیماران از کیفیت خدمات ارائه شده توسط پزشکان خانواده شهری نشان دهنده کیفیت مطلوب خدمات پزشکان بود. میانگین نمره کل انتظارات بیماران نیز نشان دهنده شکاف بود. بیشترین امتیاز میانگین نمرات ادراکات بیماران مربوط به بعد اثربخشی ادراک شده و کمترین امتیاز داده شده مربوط به ابعاد فنی ادراک شده و زمان بندی بود.

همچنین از منظر انتظارات بیماران، اثربخشی مهم‌ترین بعد و رفاهی کم اهمیت‌ترین بعد بودند. بیشترین شکاف در بعد زمان‌بندی و کمترین شکاف مربوط به ابعاد تداوم، اثربخشی ادراک شده و دسترسی بود. این شکاف در ابعاد بیمار محور، رفاهی، زمان بندی و فنی ادراک شده معنادار بود. شکاف کوچکی بین انتظارات و ادراکات مراجعان به مطب‌های پزشک خانواده شهری در ابعاد اثربخشی ادراک شده، دسترسی و تداوم وجود داشت که معنادار نبود. انتظارات و ادراکات ابعاد و شکاف از دید بیماران به شرح زیر بوده است:

بیمارمحوری : نسبتاً مطلوب؛

زمانبندی خدمات : نسبتاً مطلوب؛

رفاهی : نسبتاً مطلوب؛

کیفیت فنی ادراک شده : نسبتاً مطلوب؛

تداوم خدمات : مطلوب؛

دسترسی : مطلوب؛

اثربخشی ادراک شده : مطلوب؛

و کل : نسبتاً مطلوب بوده است.

در تمامی ابعاد به غیر از «تداوم مراقبت» و «دسترسی» اختلاف میان کیفیت درک شده و مورد انتظار از

خدمات، معنی دار بود. بیشترین شکاف بین ادراکات و انتظارات خدمات مربوط به مؤلفه «زمانبندی» و کمترین شکاف مربوط به مؤلفه‌های «تداوم مراقبت»، «دسترسی» و «اثر بخشی ادراک شده» بود (۴۸).

### ز) فرصت‌ها و تهدیدهای طرح پزشک خانواده

در یک مطالعه کیفی، تحلیلی بر نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری با رویکرد SWOT انجام شده است. با تعداد ۲۰ نفر از کارشناسان خبره، پزشکان خانواده مدیران اجرایی و کارشناسان شاغل در بخش بیمه و ۱۰ نفر از دریافت‌کنندگان خدمات مصاحبه انجام گرفته است. نتایج نشان داد که فرصت‌ها شامل: اهمیت سلامت نزد رهبری و مجلس، اشتغال‌زایی، بخش خصوصی، همکاری سازمان‌های بیمه‌گر و سطح سواد بالای گروه هدف (مردم) بوده است و تهدیدها شامل: نبودن هماهنگی و همسویی بین سیاست‌گذاران، درمان محور بودن نظام سلامت، کم توجهی مردم به مراقبت‌های بهداشتی و رسوخ بخش خصوصی بودند (۴۳).

### س) چالش‌ها و موانع طرح پزشک خانواده

در مطالعه‌ای که به صورت یک مطالعه کیفی انجام شده است مشارکت‌کنندگان شامل: ذینفعان کلیدی برنامه پزشک خانواده روستایی شامل: مدیران، کارشناسان، پزشکان و ماماها شاغل در برنامه پزشک خانواده، پزشکان بخش خصوصی، کارشناسان بیمه سلامت و گیرندگان خدمت بودند. داده‌ها از طریق مصاحبه ساختاریافته و بحث گروهی متمرکز جمع‌آوری شد.

یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی، در ۱۶ زیر طبقه و ۵ طبقه نهایی طبقه بندی شدند که شامل چالش‌های تولیدی، چالش‌های ارائه خدمت، چالش‌های فرهنگی و آموزشی، چالش‌های نیروی انسانی و چالش‌های زیر ساختی طبقه بندی شدند.

چالش‌های تولیدی شامل: ضعف در سیاست‌گذاری، تدوین قوانین و دستورالعمل‌ها (تغییرات مکرر و تعدد برنامه‌های پزشک خانواده، عدم وجود مکانیسم‌های مناسب برای ماندگاری پزشکان، یک کاسه نبودن وضعیت جذب نیرو)، ضعف در نظارت و کنترل (عدم وجود مکانیسم مناسب نظارت و کنترل‌ها، اعمال سلیقه در اجرای قوانین و دستورالعمل)، ضعف در هماهنگی بین بخش و درون بخشی (ضعف در جلب همکاری بین بخشی، همکاری نامناسب واحدهای درون بخشی)، ضعف عملکرد سازمان بیمه در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (نظارت غیر تخصصی بیمه، نداشتن دید سلامت محور بیمه‌ها، نبود ساختار مناسب نظارت در سازمان بیمه) بوده است.

چالش‌های ارائه خدمت شامل: ضعف نظام ارجاع (عدم رعایت نظام ارجاع توسط مردم، کارکنان و پزشکان، عدم وجود بازخورد ارجاع، طولانی بودن مسیر ارجاع)، مشکلات ده‌گردشی پزشک خانواده (ساعت نامناسب مراجعه به خانه‌های بهداشت، مراجعه نامنظم به خانه‌های بهداشت، ناقص بودن دارو در ده‌گردشی)، مشکلات بیتوته پزشکان (عدم رعایت بیتوته توسط برخی از پزشکان، رد کردن بیماران توسط کارکنان سرایداری، عدم وجود نیرو و امکانات لازم برای درمان بیماران اورژانسی)، پایین بودن سهم بیمار از هزینه‌های ارائه خدمت (مراجعه بی‌رویه به پزشک با پایین بودن هزینه خدمات، پایین آمدن ارزش خدمات پزشک عمومی، درخواست بی‌رویه برای ارجاع به متخصص) بوده است.

چالش‌های فرهنگی و آموزشی شامل: ضعف در بسترسازی فرهنگی و اطلاع‌رسانی به جامعه (آموزش و اطلاع‌رسانی نامناسب به جمعیت، عدم توجه متولیان برنامه به بسترسازی فرهنگی، مشارکت پایین مردم در برنامه‌های بهداشتی) و ضعف در آموزش به ارائه‌دهندگان خدمت (کمبود آموزش دانشگاهی برای کارکنان گروه سلامت، درمان محور بودن آموزش‌های پزشکی در دانشگاه، ضعف در آموزش بدو خدمت و حین خدمت گروه سلامت) بوده است.

چالش‌های نیروی انسانی شامل: ماندگاری پایین پزشکان در برنامه (ماندگاری پایین با شرایط نامناسب محل خدمت، ماندگاری پایین به علت تمایل به ادامه تحصیل، ماندگاری پایین به دلیل بومی نبودن پزشکان)، مکانیسم‌های انگیزشی نامناسب (وضعیت نامناسب پرداختی به کارکنان، عدم توجه به حجم و کیفیت ارائه خدمت در پرداختی‌ها، عدم توجه کافی به همه نیروها در پرداختی، امنیت شغلی پایین پزشکان شاغل در برنامه)، کمبود کمی و کیفی نیرو (کمبود پزشک خانواده به نسبت جمعیت، کمبود نیروهای بهداشتی همکار پزشک‌ها، عدم دسترسی به متخصص در شهرستان، تعهد ناکافی پزشکان و سایر کارکنان به برنامه) بوده است.

چالش‌های زیرساختی شامل: مشکلات مالی (تأخیر در تامین اعتبارات و اعمال کسورات توسط بیمه)، کمبود منابع فیزیکی (نبود امکانات کافی در مراکز جامع سلامت و عدم وجود خدمات پاراکلینیکی در مراکز)، ضعف نظام اطلاعاتی (عدم وجود پرونده سلامت جامع و منسجم، عدم وجود زیرساخت‌های پرونده الکترونیک، عدم ارسال صحیح اطلاعات به سطوح بالاتر) بوده است (۴۹).

## بحث و نتیجه‌گیری

بررسی‌ها و مطالعات نشان می‌دهد رضایتمندی مردم از طرح پزشک خانواده تفاوت بالا می‌باشد همچنین و میزان رضایتمندی از مراکز مجری برنامه پزشک خانواده از مراکز غیر مجری این طرح بیشتر می‌باشد به عبارت دیگر اجرای برنامه پزشک خانواده در میزان رضایتمندی این گروه‌ها تأثیر دارد. استفاده از این طرح ضمن افزایش دسترسی و بهره‌مندی عادلانه مردم از خدمات سلامت امکان افزایش پاسخگویی در بخش سلامت، کاهش هزینه‌های غیر ضروری و افزایش پوشش خدمات سلامت را نیز فراهم می‌آورد، طرح پزشک خانواده در واقع مکمل سیستم نظام شبکه است. علاوه بر تمامی این موارد، این طرح بستر مناسبی را برای اشتغال فارغ‌التحصیلان بیکار رشته پزشکی، مامایی... فراهم می‌کند، این برنامه به طور کل فواید بسیار خوبی دارد همچون کاهش هزینه، افزایش کیفیت خدمات سلامت و ارتقای خدمت‌رسانی به مردم، حل معضل بیکاری و... در واقع اجرای کامل این برنامه در کشور گام مهمی در ارتقاء سطح سلامت و بهداشت جامعه و توسعه پایدار کشور می‌باشد؛ همچنین باعث بهبود وضعیت اقتصادی کشور نیز خواهد شد. در این میان برای رضایت بیشتر مردم از دسترسی به خدمات مختلف درمان و پزشکی باید اقدامات مهمی در راستای بهبود وضعیت خدمت‌رسانی در بخش‌های مختلف این طرح انجام شود. در آیت‌های آگاهی، آگاهی مردم از خدمات و طرح پزشک خانواده نامطلوب می‌باشد. با توجه به اینکه مردم بیشتر اطلاعات خود را از مراکز دریافت کرده‌اند؛ لازم است که آموزش‌های لازم به کارکنان داده شود تا مردم نسبت به خدمات آگاه‌تر شوند.

## منابع

1. Khadivi R, Golshiri P, Farasat E, Khaledi G. Caregiver Satisfaction in Rural Areas in Isfahan District, Iran, after Implementation of the Family Physician Project. *Journal of Isfahan Medical School*. 2013244(31):).
2. Ghorbani A, Raeissi P, Saffari E, Reissi N. Patient satisfaction with the family physician program in Sabzevar, Iran. *Global journal of health science*. 2016219:(2)8:.
3. Babazadeh Gashti A, Jafari N, Kabir MJ, Heidari A, Behnampour N, Honarvar MR, et al. Assessing rural family physicians performance according to health-care managers, family physicians, and patients in Golestan province, Iran. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 201623-32:(132)25:.
4. Honarvar B, Lankarani KB, Ghahramani S, Akbari M, Tabrizi R, Bagheri Z, et al. Satisfaction and Dissatisfaction Toward Urban Family Physician Program: A Population Based Study in Shiraz, Southern Iran. *International journal of preventive medicine*. 20167:3:.
5. Fararouie M, Nejat M, Tabatabaie HR, Kazerooni PA, Akbarpoor M. Satisfaction levels with family physician services: a pilot national health programme in the Islamic Republic of Iran. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*. 2017267-73:(4)23:.
۶. پورشیروانی سن، رئیسی پ، مطلق ما، کبیر ممج، اشرفیان ح. رضایت‌مندی خدمت‌گیرندگان از طرح پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی. دو ماهنامه همای سلامت. ۲۰۱۲؛ ۸(۲): ۴۱-.
۷. خسروی س، اسدی ل، امیراسماعیلی م، سیریزی مج، میرزایی س، خسروی ش. بررسی میزان رضایت روستائیان بردسیر از عملکرد پزشک خانواده در سال ۱۳۹۲: یک گزارش کوتاه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. ۲۰۱۴؛ ۱۳(۵): ۴۸۹-۹۴.
۸. رئیسی پ، قربانی ع، تبرایی ی. عوامل موثر بر رضایت‌مندی دارندگان دفترچه بیمه روستایی از برنامه پزشک خانواده در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار؛ ۱۳۹۰. *نشریه مدیریت سلامت*. ۲۰۱۲؛ ۱۵(۴۹): ۶۹-۷۶.
۹. شیروانی سدنپ، اشرفیان ح، مطلق م، کبیر ممج، تورانی س، منفرد عش، et al. رضایت‌گیرندگان خدمت از مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح پزشک خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران ۱۳۸۷. *مجله سلامت جامعه*. ۲۰۰۹؛ ۳(۴): ۱-۱۰.
۱۰. عزیزی ج، جهرمی مکی، حجت م. بررسی میزان رضایت‌مندی روستائیان شهرستان داراب از ابعاد مختلف عملکرد پزشک خانواده. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*. ۲۰۱۲؛ ۲(۳): ۱۹۳-۸.
۱۱. نژادحج، نژادرو، صیادی ا، اکبری زح، نژاد مع. بررسی میزان رضایت‌مندی مناطق روستایی شهرستان رفسنجان از اجرای طرح پزشک خانواده در سال ۱۳۹۷: گزارش کوتاه. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه*

علوم پزشکی تهران. ۲۰۲۰؛ ۷۸(۱۰): ۶۹۴-۹.

۱۲. علیدوستی م، توسلی ا، آرام مد، نجیمی آر، راد غش. میزان رضایت‌مندی روستاییان شهرستان شهرکرد نسبت به برنامه پزشک خانواده و ارتباط آن با آگاهی آنان. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان. ۲۰۱۱؛ ۱۳(۶): ۳۶-۹.

۱۳. نژاد ورب، ابراهیمی مپ، ندریان ح، ایرانیپور ع، تابع ر، کبوترخانی مح. رضایت‌مندی مراجعین از برنامه پزشک خانواده در شهرستان کرمان در سال ۱۳۸۹. فصلنامه بهداشت و توسعه. ۲۰۱۵؛ ۴(۱): ۹-۱.

۱۴. طهماسبی ب، عابدی ق، عابدینی ا، نادای ع، زاده مم، رستمی ف. تحلیلی بر رضایت‌مندی بیماران از اجرای طرح پزشک خانواده شهری در استان مازندران. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۲۰۱۷؛ ۲۶(۱۴۴): ۶۵-۷۵.

۱۵. مباشری ف، جعفرزاده س، بهرامعلی ا. میزان رضایت‌مندی از برنامه پزشک خانواده در جمعیت شهری شهرستان فسا؛ ۱۳۹۴-۱۳۹۳. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا. ۲۰۱۷؛ ۷(۲): ۱۹۰-۸.

۱۶. شفيعی ن، حسینی سح. بررسی میزان رضایت‌مندی مردم مناطق شهری و روستایی از اجرای طرح پزشک خانواده در شهرستان لارستان. مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم. ۲۰۲۰؛ ۲۳(۲): ۲۳۸-۴۵.

17. Sohrabi MR, Albalushi RM. Clients' satisfaction with primary health care in tehran: A cross-sectional study on Iranian health centers. Journal of Research in Medical Sciences. 2011756-62:(6)16؛.

۱۸. زاده مم، عابدی ق، فرشیدی ف، نقیعی ا، رستمی ف، مقدم ا. میزان رضایت‌گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه مرور ساختاریافته و متآنالیز. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۲۰۱۶؛ ۲۵(۱۳۱): ۱۶۵-۸۰.

19. Taheri M, Mohammadi M, Amani A, Zahiri R, Mohammadbeigi A. Family physician program in Iran, patients satisfaction in a multicenter study. Pakistan Journal of Biological Sciences. 2014227-33:(2)17؛.

۲۰. مناقب س، فیروزی ح، جعفریان ج. تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر اساس راهنمای کالگری - کمبریج بر آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان خانواده شاغل در طرح پزشک خانواده دانشگاه علوم پزشکی جهرم در سال ۱۳۸۶. مجله دانشگاه علوم پزشکی پارس (دانشگاه علوم پزشکی جهرم). ۱۳۸۷؛ ۶(۲): -.

۲۱. عابدی ق، یزدانی چراتی ج، مروی ا. رضایت‌مندی گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت در مراکز مجری و غیر مجری برنامه پزشک خانواده شهری در شهرستان‌های ساری و گرگان سال ۱۳۹۶. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه). ۱۳۹۸؛ ۲۹(۱۷۲): ۵۹۴#(b۰۰)-.

22. Ahmadi B, Pourebrahimi MH, Bejandi MR, Sadeghi A, Khammarnia M, Siavashi E. Satisfaction of family physician plan: Viewpoint of physicians and health service consumers in kerman, southeast of Iran. Galen Medical Journal. 201596-102:(2)4؛.

۲۳. امیری ح، میکائیکی ا، شیروانی سدنپ، کبیر مج، جعفری ن، کلامرودی حر، et al. رضایت بیماران بیمه روستایی از خدمات سطح اول و دوم نظام شبکه در استان‌های شمالی ایران. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان. ۲۰۱۴؛ ۲۳(۹۰): ۱۴-۲۳.
۲۴. پور ح، وجدانی م، نجار عو، زادگان زن، امینی ار، وجدانی م، et al. بررسی رضایت بیماران از خدمات پزشکان خانواده مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان سبزوار با ابزار EUROPEP-۱۳۹۱. نشریه طلوع بهداشت. ۲۰۱۵؛ ۱۳(۶): ۲۵-۳۴.
۲۵. علی بابایی ر، صادقی ا، وحیدی ر، اکبری س. تعیین کیفیت خدمات تیم پزشک خانواده از دیدگاه گیرندگان خدمت در شهرستان عجب شیر: ۱۳۸۸. سلامت و بهداشت اردبیل. ۱۳۹۳؛ ۵(۲): -.
۲۶. باقری رع، کیا سم، کاظمیان م، کاظمی ب، رضاپور م. بررسی میزان رضایت‌مندی مراجعه‌کنندگان به پزشکان خانواده از نحوه برقراری مهارت‌های ارتباطی پزشکان در مراکز بهداشتی درمانی روستایی دانشگاه علوم پزشکی مازندران. نشریه آموزش پزشکی. ۲۰۱۴؛ ۲(۲): ۳۰-.
27. Imanieh MH, Mirahmadizadeh A, Imani B. Factors affecting public dissatisfaction with urban family physician plan: A general population based study in Fars Province. *Electronic physician*. 2017;5676-81:(11)9.
28. Shams A, Ashrafi-rizzi H, Afrough S, Javadi M, Shams A. A survey on clients' opinions in Isfahan's public hospitals about effective factors in the fulfillment of referral system. *Acta Informatica Medica*. 2013;51-5:(1)21.
۲۹. لرگانی مص. مقایسه رضایت مندی مجریان و مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی. دو ماهنامه مهندسی مدیریت. ۲۰۱۱؛ ۴(۴۰): ۵۸-.
30. Farzadfar F, Jafari S, Rahmani K, Valiee S, Bidarpour F, Molasheikhi M, et al. Views of managers, health care providers, and clients about problems in implementation of urban family physician program in Iran: A qualitative study. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2017;66-(5)22: 83.
31. Majidi A, Loori N, Shahandeh K, Jamshidi E, Majdzadeh R. Are people in tehran prepared for the family physician program? *International Journal of Preventive Medicine*. 2014;984-91:(8)5.
32. Honarvar B, Lankarani KB, Kazemi M, Shaygani F, Sekhavati E, Raooufi A, et al. Five Years after Implementation of Urban Family Physician Program in Fars Province of Iran: Are People's Knowledge and Practice Satisfactory? *International journal of preventive medicine*. 2018;9:41.
۳۳. توسلی ا، رئیسی م، علیدوستی م، مطلق ز. ارتباط آگاهی با دلایل انتخاب برنامه پزشک خانواده از سوی روستاییان شهرستان شهرکرد در سال ۱۳۸۸. مجله علوم پزشکی پارس. ۲۰۱۲؛ ۱۰(۲): ۴۳-.
۳۴. توسلی ا، علیدوستی م، خدیوی ر، شریفی غ، حسن زاده ا. بررسی ارتباط آگاهی و نگرش روستاییان

- با منابع کسب اطلاعات در زمینه برنامه پزشک خانواده در شهرستان شهرکرد سال ۱۳۸۸. تحقیقات نظام سلامت. ۱۳۸۹؛ ۶(۳):۳۰-۳۱.
۳۵. علی دوستی م، توسلی ا، خدیوی ر، شریفی غ. آگاهی و نگرش روستاییان شهرستان شهرکرد نسبت به برنامه پزشک خانواده. مدیریت اطلاعات سلامت. ۱۳۸۹؛ ۷(ویژه نامه):۳۰-۳۱.
36. Kabir M, AshrafianAmiri H, Rabiee S, HasanzadehRostami Z, Farzin K, NasrolahpourShirvani S, et al. Level of Familiarity and Attitude of the Covered Population Regarding the Criteria and Requirements of Iran's Urban Family Physician Program. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2018;40-8:(11)20.
۳۷. مطلق م، نصراله پورشیروانی س، اشرفیان امیری ح، کبیر م، شبستانی منفرد ع، نحوی جو آر، et al. آشنایی بیمه شدگان بیمه روستایی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره مندی از دفترچه بیمه روستایی در طرح پزشک خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران: ۱۳۸۷. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی. ۱۳۸۹؛ ۲(۳-۲):۳۰-۳۱.
۳۸. سبحانیان سمه، عبادی ج، مهرارا م. شناسایی و ارزش گذاری عوامل موثر بر تصمیم شهروندان تهرانی جهت ورود به طرح پزشک خانواده؛ با استفاده از آزمایش انتخاب گسسته. فصلنامه تحقیقات اقتصادی. ۲۰۱۵؛ ۵۰(۱۱۱):۳۲۷-۳۵۷.
39. Khatami F, Shariati M, Khedmat L, Bahmani M. Patients' preferences in selecting family physician in primary health centers: a qualitative-quantitative approach. *BMC Fam Pract*. 2020;107:(1)21.
۴۰. اعتمادی ف، افضلی حم، دژمان م. ارزیابی جلب مشارکت مردم و همکاری‌های بین بخشی در برنامه پزشک خانواده در روستاهای ایران. مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم. ۲۰۱۵؛ ۱۸(۳):۱۸۲-۹۳.
۴۱. کبیر مج، امیری ح، ربیعی سم، فرزین ک، رستمی زحز، شیروانی سدنپ، et al. عوامل موثر بر میزان بهره مندی جمعیت تحت پوشش از برنامه پزشک خانواده شهری ایران. فصلنامه کومش. ۲۰۲۰؛ ۲۲(۱):۱۳۰-۷.
۴۲. جنتی ع، ملکی م، زاده مق، نریمانی م، وکیلی س. ارزیابی نقاط قوت و نقاط ضعف طرح پزشک خانواده. مجله دانش و تندرستی در علوم پایه پزشکی. ۲۰۱۰؛ ۴(۴):۳۹-۳۰.
۴۳. مختاری خنزج، عابدی ق، مروی ا. تحلیلی بر نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری، با رویکرد SWOT از منظر ذینفعان: یک مطالعه کیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۲۰۱۸؛ ۲۸(۱۶۱):۷۵-۸۷.
۴۴. افکار ا، پوررضا ا، نژاد واخ، مهرابیان ف. بازتاب عملکرد پزشک خانواده در آینه مشتریان گیلانی. مجله بیمارستان. ۲۰۱۳؛ ۱۲(۱):۳۹-۳۰.
۴۵. توسلی ا، علیدوستی م، خدیوی ر، راد غش، زاده اح. بررسی ارتباط آگاهی و نگرش روستاییان با منابع



کسب اطلاعات در زمینه برنامه پزشکی خانواده در شهرستان شهرکرد سال ۱۳۸۸. مجله تحقیقات نظام سلامت. ۲۰۱۰؛ ۶(۳): ۴۹۸-.

۴۶. یاردگانی عت، حسینی س، ای نا، میرزایی س. درک، آگاهی و انتظارات مردم و پزشکان از اجرای طرح پزشکی خانواده: مطالعه موردی شهر شیراز. مجله سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. ۲۰۱۵؛ ۳۳(۲): ۱۴۷-.

۴۷. باوفام، سرپوشی در، میرزایی ن، استاجی پ. تحلیل شکاف کیفیت خدمات پزشکان خانواده شهرستان شاهرود براساس مدل سروکوال در سال ۹۴. مجله ره آورد سلامت. ۲۰۱۶؛ ۲(۲): ۵۰-۶۰.

۴۸. پویان اج، روشانی عر، غربی ف. تحلیل شکاف بین کیفیت درک شده و مورد انتظار از خدمات ارائه شده توسط پزشکان خانواده شهری. فصلنامه پژوهش‌های سلامت محور. ۲۰۱۹؛ ۵(۳): ۳۱-۳۱۹.

۴۹. محمدی ج، محمدی ا، ولیئی س، نسب نا، بیدارپور ف، مرادی ق. چالش‌ها و موانع برنامه پزشکی خانواده روستایی از دیدگاه ذی نفعان در استان کردستان: مطالعه کیفی. مجله اپیدمیولوژی ایران. ۲۰۱۹؛ ۱۵(۱): ۴۷-۵۶.

# گزارش عنصر دیدگاه و رضایت پزشکان خانواده

## مقدمه

پزشک خانواده در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی درمانی (PHC<sup>۱</sup>) به کارگرفته شده‌اند که در چارچوب خدمت به خانواده در قلمرو پیشگیری از بیماری‌ها، تشخیص، درمان و بهبود کیفیت زندگی اقدام کنند. همچنین، چنانچه درصدی از جمعیت تحت پوشش به خدمات تخصصی‌تر نیاز داشته باشند پزشکان خانواده از طریق نظام ارجاع به سطح دوم هدایت می‌کنند و سرنوشت آنان را تا حصول نتیجه پیگیری می‌کنند. رضایت‌مندی پزشکان خانواده عامل تأثیرگذار بر سطح انگیزش، دوره ماندگاری و کمیت و کیفیت ارائه خدمات خواهد بود. کسب اطلاع از سطح رضایت شغلی پزشکان خانواده بدون بررسی حوزه‌ها و قلمروهای اصلی رضایت آنها به طور کامل درک نمی‌شود. بنابراین، رضایت شغلی و دیدگاه پزشکان خانواده در مورد برنامه پزشک خانواده به دلیل اینکه سلامت جامعه را تضمین می‌کند، مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. در این قسمت از گزارش در مورد رضایت پزشکان خانواده و دیدگاه آنها در مورد مسائل مختلف مرتبط با برنامه پزشک خانواده مطالبی ارائه خواهد شد. مطالب ارائه شده به دسته‌های زیر تفکیک شده‌اند:

(الف) رضایت پزشکان خانواده؛

(ب) دیدگاه پزشکان خانواده در مورد ماندگاری و فعالیت در برنامه؛

(پ) دیدگاه پزشکان خانواده در مورد عملکرد خودشان؛

(ت) نظام ارجاع از دیدگاه پزشکان خانواده؛

(ث) دیدگاه در مورد آموزش پزشکان خانواده؛

(ج) چالش‌های کلی طرح از دیدگاه پزشکان خانواده؛

(چ) چالش‌ها و مشکلات اجرایی برنامه پزشک خانواده شهری؛

(ح) چالش‌های برنامه پزشک خانواده روستایی؛

(خ) نقاط ضعف برنامه پزشک خانواده؛

(د) فرسودگی شغلی در بین پزشکان خانواده؛

(ذ) دیدگاه و نگرش پزشکان خانواده در مورد بیماری‌ها؛

(ر) مزایای طرح پزشک خانواده؛

(ز) کمک به ارتقاء اجرای برنامه پزشک خانواده.

## نتایج

در ادامه هریک از دسته‌های ارائه شده در بالا به تفصیل بیان شده است.

### الف) رضایت پزشکان خانواده

در سال‌های اخیر مطالعات متعددی در زمینه رضایت پزشکان خانواده از برنامه و ابعاد برنامه انجام شده است که خلاصه نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	منبع مطالعه	رضایت و ابعاد آن	نتایج
۱	(۱)	میزان رضایت پزشکان خانواده	این مطالعه نشان داد که پزشکان خانواده از برنامه پزشک خانواده شهری رضایت پایینی داشتند.
۲	(۱)	بیشترین و کمترین رضایت	پزشکان خانواده بیشترین رضایت را از نگرش کارکنان بهداشتی و درمانی نسبت به دیگران و بیماران و کمترین رضایت را از پرداخت به موقع حقوق خود داشتند.
۳	(۲)	میزان رضایت از طرح پزشک خانواده	در این مطالعه بیش از ۷۸٪ پزشکان خانواده رضایت داشتند و ادامه آن را تایید می‌کردند که ۵۷٪ با تعمیم پزشک خانواده در سایر سازمان‌های بیمه‌گر موافق بودند.
۴	(۳)	میزان رضایت از نظام ارجاع	۵۸٪ از پزشکان از فرآیند ارجاع کاملاً ناراضی بوده و ۷۸٪ با عبارت "فرآیند ارجاع در حال حاضر درست اجرا نمی‌شود" کاملاً موافق بوده و معتقد بودند فرآیند ارجاع که اساس طرح پزشک خانواده است، به هیچ وجه اجرا نمی‌شود.
۵		میزان رضایت از قوانین بیمه روستایی	در این مطالعه، ۴۷٪ از پزشکان خانواده، از قوانین بیمه روستایی کاملاً ناراضی بودند و ۶۹٪ کاملاً موافق بودند که قوانین طرح پزشک خانواده کارشناسی نشده است.
۶	(۴)	میانگین نمره رضایت	میانگین نمره رضایت کلی پزشکان خانواده ۹۷٪ بود که حاکی از رضایت نسبی آنان است.
۷		میزان رضایت از اعضاء تیم سلامت	میانگین نمره رضایت پزشکان از همکاری ماماها (۳،۹۶)، پرستاران (۳،۸۷)، کاردان یا کارشناسان مبارزه با بیماری‌ها (۴)، کاردان یا کارشناسان بهداشت خانواده (۳،۷۸)، کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و حرفه‌ای (۳،۶۱)، کاردان یا کارشناس علوم آزمایشگاهی (۳،۰۹)، بهداشت کاران دهان و دندان و دندان پزشکان (۲،۰۲) و بهروزان (۳،۶۱) بود. (توجه شود که سقف میانگین ۵ بود.)
۸	(۵)	میزان رضایت از دانش و مهارت اعضاء گروه سلامت	میانگین نمره رضایت پزشکان از دانش و مهارت ماماها (۴،۰۴)، پرستاران (۳،۷۴)، کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده (۳،۶۵)، کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و حرفه‌ای (۳،۵۷)، کاردان یا کارشناس علوم آزمایشگاهی (۳،۲۲)، بهداشت کاران دهان و دندان و دندان پزشکان (۲،۷۴) و بهروزان (۳،۴۸) بود؛ اما تفاوت میانگین نمره‌ها در گروه‌های مختلف از نظر آماری معنی‌دار نبود. (توجه شود که حداکثر میانگین نمره‌ها ۵ بود.)
۹	(۶)	رضایت از برنامه پزشک خانواده	در این مطالعه، به صورت کلی ۴۷٪ از پزشکان خانواده از برنامه کاملاً ناراضی بودند.
۱۰	(۷)	میزان رضایت و بخش‌های آن	میزان رضایت کلی پزشکان شاغل در برنامه پزشک خانواده ۱۱،۰۹ (از نمره ۲۰ کل) بود که پزشکان بالاترین رضایت را از حجم کار و کمترین رضایت از حقوق و مزایای پرداختی ابراز کردند.

ردیف	منبع مطالعه	رضایت و ابعاد آن	نتایج
۱۱	(۸)	رضایت از بخش‌های مختلف	میانگین سطح رضایت از تیم سلامت و منابع انسانی و فیزیکی سطح ۱ (۳ نمره از ۵)، از میزان مشارکت و همکاری جمعیت تحت پوشش و نهادی محلی (۲۰۸ نمره از ۵)، از همکاری‌های برون بخشی (۲۰۸ نمره از ۵)، از کارکردهای شبکه بهداشت و درمان شهرستان (۲۰۷ نمره از ۵) و از عملکرد پزشکان متخصص (۲۰۱ نمره از ۵) بوده است.
۱۲	(۹)	میزان رضایت کل و ابعاد آن	میانگین رضایت‌مندی پزشکان از طرح ۴۰/۴٪ بود. رضایت‌مندی از مسائل مالی ۱۲/۳۳٪- رضایت‌مندی از میزان و زمان مرخصی ۴۵/۴۲٪- رضایت‌مندی از تسهیلات ۴۹/۹۴٪- رضایت‌مندی از زمان ارائه خدمات ۳۶/۶۶٪- رضایت‌مندی از مکان ارائه خدمات ۶۳/۲۶٪- رضایت‌مندی از نیروی انسانی مرتبط ۵۱/۶۶٪- رضایت‌مندی از کیفیت اطلاع رسانی به مردم ۲۲/۵۳٪- رضایت‌مندی از سازمان بیمه خدمات درمانی و موسسات مرتبط ۴۸/۷۴٪- رضایت‌مندی از تجویز دارو ۴۸/۰۳٪- رضایت‌مندی به طور کلی از طرح ۲۵/۳۳٪.
۱۳	(۱۰)	میانگین امتیاز رضایت پزشکان خانواده	میانگین امتیاز رضایت پزشکان خانواده مورد بررسی در حد متوسط بود. همچنین، از بین متغیرهای مورد مطالعه، پزشکان خانواده دارای بیشترین میانگین امتیاز مربوط به رضایت از عملکرد خودشان بودند و کمترین میانگین رضایت به رضایت از رفتار بیماران مربوط شد.
۱۴	(۱۱)	رضایت از مدت زمان ویزیت	اکثر پزشکان میانگین مدت زمان ویزیت خود را ۵ تا ۱۰ دقیقه بیان کرده‌اند که بررسی کفایت زمان معاینه از دیدگاه پزشکان نشان داد که ۵۱/۹٪ از پزشکان زمان معاینه را کافی می‌دانستند. حدود ۴۵/۳٪ از پزشکان زمان معاینه را کافی نمی‌دانستند.
۱۵	(۱۲)	میزان رضایت‌مندی پزشکان از مفاد قرارداد یا احکام حقوقی	رضایت از کل مبلغ قرارداد یا احکام حقوقی زیاد (۷/۷٪)، نه کم نه زیاد (۲۶/۵٪) و کم (۶۵/۸٪) - رضایت از میزان دریافت ماهانه خود زیاد (۶/۷٪)، نه کم نه زیاد (۲۳/۲) و کم (۷۰/۱٪) - رضایت نحوه پرداخت مابقی حقوق (کسورات پایش و ارزشیابی) زیاد (۷/۹٪)، نه کم نه زیاد (۱۹/۷٪) و کم (۴/۷۲٪).
۱۶	(۱۳)	رضایت کل و رضایت از ابعاد برنامه	میزان رضایت کل پزشکان خانواده از برنامه پزشک خانواده ۵۱٪ بود که براساس ابعاد به این صورت بود: ۵۰٪ رضایت از مدیریت فنی برنامه، ۳۰٪ رضایت از وضعیت حقوق و مزایا، ۵۷٪ رضایت از نظام ثبت و گزارش دهی (ناب) و ۴۵٪ رضایت از تفویض اختیار و عدم تمرکز.
۱۷	(۱۴)	میزان رضایت در مطالعه متاآنالیز	در این مطالعه میزان رضایت ارائه دهندگان خدمت ۵۰/۴٪ محاسبه شد که نشان می‌دهد میزان رضایت ارائه دهندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی ایران در سطح متوسط قرار دارد.
۱۸	(۱۵)	رضایت از ابعاد برنامه	بالاترین میزان رضایت مربوط به پرونده الکترونیک سلامت و ثبت خدمات در مراکز غیر مجری و کمترین آن مربوط به حیطة نظام ارجاع در مراکز بود. مطالعه حاضر نشان داد برنامه پزشک خانواده در بحث رضایت‌مندی پزشکان موفق نبوده است؛ لذا اجرای برنامه‌های مداخله‌ای به منظور ایجاد انگیزه و جلب رضایت کارکنان امری ضروری است.

نتایج	رضایت و ابعاد آن	منبع مطالعه	ردیف
۱. رضایت از عملکرد کارکنان (۹۰،۱) ۲. رضایت از تهیه دارو (۸۰،۳) ۳. رضایت از مشتریان (۷۰،۳۲) ۴. رضایت از عملکرد همکاران (۷۰،۰۵) ۵. همکاری بین بخشی (۶۰،۱۰) ۶. رضایت از تسهیلات (۵۰،۸۲) ۷. شفافیت در نقش‌ها و دستورالعمل‌ها (۴۰،۵۵) ۸. رضایت از متخصصان بعد از ارجاع (۵۰،۱۲) ۹. رضایت شغلی (۴۰،۳۲) ۱۰. آشنایی با مقامات سیاسی و اداری (۴۰،۱۵) ۱۱. رضایت از نظام پرداخت (۴۰،۱۲).	رضایت از ابعاد مطرح شده	(۱۶)	۱۹

در پژوهشی، درست اجرا نشدن فرآیند ارجاع، مبلغ پایین حق ویزیت، محدود بودن تعداد آزمایش و دارو، ناهماهنگی قوانین وزارت بهداشت و قوانین بیمه، ناهماهنگی درون بخشی، مشکلات اجرایی متعدد در تکمیل و استفاده از پرونده سلامت از دلایل نارضایتی توسط پزشکان خانواده بیان شده است (۳). همچنین در مطالعه دیگری، بیشترین دلایل نارضایتی پزشکان خانواده به ترتیب نارضایتی از ساعت کاری پزشک خانواده، فرآیند کنونی پرونده سلامت و میزان پرداخت و حقوق و نظام ارجاع بود (۶). در پژوهشی دیگر، بین رضایت کلی پزشکان خانواده و جنس، وضعیت تاهل، سابقه خدمت در طرح پزشک خانواده، تعداد جمعیت تحت پوشش و سن آنان ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد؛ اما بین رضایت پزشکان خانواده و تعداد جابه‌جایی در طول طرح، رضایت از دانش و مهارت و همکاری اعضای گروه سلامت رابطه معنی‌داری وجود داشت (۴).

طرح تحول سلامت نیز از بزرگترین اصلاحات نظام سلامت ایران در سالیان اخیر بود که رضایت پزشکان خانواده را تحت تأثیر قرار داد. در این راستا، نتایج پژوهشی نشان داد که با افزایش رضایت از محیط سازمانی، رضایت از حقوق و مزایا و رضایت از اجرای طرح تحول سلامت رضایت عمومی پزشکان خانواده افزایش یافته است (۱۰). بین میزان رضایت‌مندی پزشکان از خدمات آموزشی، خدمات پشتیبانی، میزان رضایت شغلی و میزان رضایت از پایش و ارزشیابی مراکز بهداشتی و درمانی مجری و پزشکان مراکز درمانی غیرمجری تفاوت معنی‌داری وجود داشت و با مقایسه میانگین این خدمات مشخص شد که رضایت‌مندی پزشکان از خدمات فوق‌الذکر در مراکز درمانی مجری بیشتر از مراکز درمانی غیرمجری است (۱۷). در رابطه با رضایت‌مندی از سامانه سیب، براساس میانگین رضایت به دست آمده در مورد سامانه سیب، ترتیب رضایت از موارد سامانه سیب به صورت زیر است: متناسب بودن حجم و تعداد داده‌ها، ساده و کاربر بودن سامانه، سرعت وارد شدن داده‌ها در سامانه، در دسترس بودن سامانه در طول ساعات کار، سطح آشنایی با واژه‌های تخصصی موجود در سامانه، علمی و کاربردی بودن سوالات فنی سامانه و قابلیت بهره‌برداری علمی و اجرایی از سامانه (۱۸). کیفیت زندگی کاری یکی از متغیرهایی است که به‌تازگی به لحاظ اهمیت، مورد توجه بسیاری از مدیران که در صدد ارتقاء کیفیت منابع انسانی خود هستند قرار گرفته است. کیفیت زندگی کاری، به ارتقاء رضایت‌مندی پزشکان خانواده و در جهت کمک به کار پزشکان خانواده است که بهتر بتوانند با تغییرات و جابجایی کنار آیند.

در پژوهشی، میانگین کیفیت زندگی کاری کل پزشکان خانواده ۲۸،۹۸ بود که کیفیت زندگی در پزشکان مرد بالاتر از پزشکان زن بود. در بین همه حیطه‌های کیفیت زندگی شغلی (رضایت از شغل و حرفه، شرایط کاری، سلامت عمومی، ارتباط کار-منزل، استرس در کار)، وضع عمومی سلامت دارای بالاترین میانگین و کنترل در کار دارای کمترین میانگین بودند. در کل کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده در وضعیت رضایت بخشی نبود و باید در جهت ارتقاء کیفیت زندگی کاری آنها برنامه‌ها و راهکارهایی مدنظر قرار گیرد (۱۹). مشابه این مطالعه، در پژوهشی دیگر، نمره کیفیت زندگی کاری در پزشکان خانواده ۲،۹۳ از ۵ بود. محیط کنترل در کار (CAW<sup>۱</sup>) بیشترین میانگین (۳۰،۱۶) و تعادل کار و زندگی (WLB<sup>۲</sup>) کمترین میانگین (۲۰،۲۹) را دارد. کیفیت زندگی کاری از نظر پزشک خانواده در حد متوسط بود که مسئولان وزارت بهداشت باید به زندگی کاری پزشک خانواده توجه بیشتری داشته باشند و برای بهبود آن برنامه‌ها و راهکارهایی در نظر بگیرند (۲۰).

### ب) دیدگاه پزشکان خانواده در مورد ماندگاری و فعالیت در برنامه

در مطالعه‌ای میزان تمایل به مشارکت در برنامه پزشک خانواده، ۵۳،۳ گزارش شد. بنابراین، پزشکان عمومی به عنوان بدنه اصلی اجرای برنامه پزشک خانواده تمایل متوسطی برای مشارکت در این برنامه داشتند؛ لذا ضروریست برای رفع ابهامات و انطباق بیشتر این برنامه با نیازها و مطالبات پزشکان عمومی برنامه‌ریزی صورت گیرد تا موفقیت اجرای آن تضمین شود (۲۱). در مطالعه مشابه دیگری، در مورد تمایل برای ادامه کار در برنامه پزشک خانواده، اکثریت پزشکان خانواده (۷۰٪) ابراز کردند که پس از اتمام دوره یا قرارداد مربوطه حتی در صورت عدم ادامه تحصیل حاضر به ادامه یا تمدید خدمت به عنوان پزشک خانواده نخواهند بود (۲۲). ۴۷/۴٪ از پزشکان خانواده مشارکت کننده در پژوهشی برای ادامه کار به عنوان پزشک خانواده کاملاً بی‌تمایل بودند که میزان تمایل به کار در خانم‌ها کمتر از آقایان بود که تحت تأثیر میزان نارضایتی نیز قرار داشت (۲۳). در این راستا، ۷۷/۶٪ از پزشکان خانواده در پژوهشی دیگر علاقه‌مند به فعالیت به عنوان پزشک خانواده بودند (۲۴). همچنین، بیان شده است که ارتقای نظام پرداخت، رفع موانع فرهنگی، کاهش حجم کار، بهبود دامنه عمل و شرایط کاری و بهبود همکاری بین متخصصان مراقبت‌های بهداشتی برای بهبود مقبولیت برنامه پزشک خانواده در بین پزشکان ضروری است (۲۵). عوامل ترغیب کننده پزشکان خانواده برای فعالیت به عنوان پزشک خانواده شامل عوامل اقتصادی (بالا بودن حقوق نسبت به جاهای دیگر) و عوامل فرهنگی، محیطی و شرایط کاری (استرس کمتر و ریسک کمتر نسبت به کار اورژانس و مطب‌داری، وجود فرصت بیشتر برای مطالعه، وجود مزایای مربوط به پزشک خانواده و اجبار و نبود گزینه‌های دیگر برای اشتغال) بود (۲۶).

عوامل متعددی بر ماندگاری پزشکان خانواده در مناطق محروم موثر هستند که در پژوهشی بین محرومیت منطقه با عدم ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار و بین امکانات بیتوته با عدم ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار، رابطه معنی‌داری مشاهده شد. همچنین، بین میزان حقوق و مزایا با ماندگاری پزشکان خانواده در محل و بین زمان پرداخت حقوق با ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار رابطه معنی‌داری یافت نشد.

1. Control Ambiance in Work

2. Work-Life Balance

بنابراین، با فراهم آوردن عوامل معیشتی و رفاهی نظیر امکانات مناسب اقامت محل زیست پزشکان و محرومیت‌زدایی از مناطق محل خدمت پزشکان خانواده منجر به امر ماندگاری آنان خواهد شد (۲۷). در مورد انگیزه خدمت نیز، ۶۶٪ از پزشکان طرح مهمترین انگیزه خود را در همکاری با طرح پزشک خانواده خدمت به مردم محروم، ۴۱٪ حقوق بیشتر، ۳۷٪ ادامه تحصیل، ۲۸٪ انجام تعهد خدمت و ۲۵٪ اعتقاد به برنامه پزشک خانواده اعلام نمودند (۲۷).

در میان مولفه‌های موثر بر علل کناره‌گیری پزشکان خانواده، مولفه‌های مشکلات اجتماعی-فرهنگی، مشکلات محیطی، رفاهی و آموزشی و مشکلات سیستمی و مشکلات اقتصادی و مشکلات اداری به ترتیب بیشترین تأثیر را در کناره‌گیری پزشکان خانواده از طرح پزشک خانواده روستایی داشتند. با توجه به تأثیر بیشتر مولفه‌های اجتماعی و فرهنگی در کناره‌گیری و ترک پزشکان خانواده قدم اصلی در اجرای این طرح ملی، فرهنگ‌سازی مناسب در بین دو طرف ارائه‌دهنده و گیرنده خدمت طبق قوانین جای کشور است. بنابراین، مسئولان باید در جهت ارتقاء آگاهی و ایجاد بستر فرهنگی مناسب برای بهبود کارایی و افزایش انگیزه کاری کارکنان طرح پزشک خانواده تلاش بیشتری کنند (۲۸). عنوان شده است که سطح رضایت پزشکان خانواده با اندازه جمعیت و تمایل به ماندگاری در برنامه پزشک خانواده شهری به طور معناداری نیز همبستگی داشت (۲۹).

در پژوهشی پنج عامل موثر بر ترک خدمت پزشکان شامل: وضعیت نامناسب پرداخت‌ها، وضعیت نامناسب حقوق، ساعت کار زیاد، برخورد نامناسب مردم و بار مراجعه بالا بودند که ریزش پزشکان در مناطق روستایی روند افزایشی دارد که البته نسبت به مناطق محروم کمتر است. افزایش مجوز استخدام در این مناطق، اصلاح شیوه مدیریت مالی و پرداخت‌های به موقع و افزایش حقوق، ایجاد تخصص پزشک خانواده و اولویت ورود به آن برای پزشکان فعال در این برنامه از جمله اقدامات لازم برای کاهش ریزش پزشکان بیان شده است (۳۰). در مطالعه دیگری پزشکان خانواده مهمترین علت خروج خود از برنامه پزشک خانواده را موارد زیر اعلام کردند (۳۱):

۱. پایین بودن مبلغ قرارداد (۲۶/۷٪)؛
۲. تأثیر نمره پایش در حقوق دریافتی (۱۱/۷٪)؛
۳. تعدد مسئولیت‌های محوله به پزشک (۹/۹٪)؛
۴. محروم بودن و دوری از خانواده و کم بودن امکانات رفاهی در منطقه محل خدمت (۸/۹٪)؛
۵. پرداخت‌های با تأخیر از سوی شبکه‌ها (۸/۲٪).

یافته‌های پژوهش دیگری نشان داد در صورتی که تمهیداتی برای تأمین نیازهای آموزشی و اسکان مناسب پزشکان در نظر گرفته شود، پزشکان برای همکاری در برنامه پزشک خانواده علاقه‌مندی بیشتری خواهند داشت (۳۲). در ارتباط با ماندگاری پزشکان خانواده، بین ضریب محرومیت منطقه و همچنین امکانات بیتوته محل خدمت با ماندگاری پزشکان خانواده در محل خدمت رابطه معنی‌داری وجود داشت؛ اما بین میزان حقوق و مزایا و زمان پرداخت حقوق با ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار رابطه معنی‌داری وجود نداشت (۲۷). برای ادامه فعالیت به عنوان پزشک خانواده، بعد اقتصادی-رفاهی با بیشترین امتیاز و سپس ابعاد محیطی-بهداشتی، سیستمی-سازماندهی، اداری-آموزشی، اجتماعی-فرهنگی و در نهایت بعد شخصی و روانشناختی

به ترتیب بر تصمیمات پزشکان خانواده و دانشجویان سال آخر پزشکی موثر بودند (۳۳). در مورد میزان تمایل به خدمت پزشکان خانواده در برنامه در آیند نیز مطالعه‌ای انجام شده است که نتایج نشان داد میزان تمایل به ترک خدمت در آینده ۵/۵٪ بوده است که پایش با میانگین ۱،۴ از ۵ مهمترین دلیل ترک خدمت بوده است. کمبود نیرو و فشار کاری با میانگین ۳،۶ از ۵، ادامه تحصیل با میانگین ۳،۵ از ۵، نامنظم بودن پرداخت با میانگین ۳،۳ از ۵ و بی‌اعتمادی به مسئولان با میانگین ۳،۲ از ۵ در رده‌های بعدی اهمیت قرار گرفتند. نتایج نشان داد که تمایل به ترک خدمت در بین کارکنان طرح پزشک خانواده در غرب استان هرمزگان بالاست که بهبود فرآیند پایش، تأمین منابع انسانی، فراهم کردن موقعیت مناسب برای ادامه تحصیل جوانان، اصلاح نظام پرداخت‌ها و ایجاد جو قابل اعتماد در محیط کار منجر به امر ماندگاری کارکنان خواهد شد (۳۴). در مطالعه دیگری مولفه‌های موثر بر تصمیم پزشکان خانواده برای ورود به برنامه بررسی شد که مولفه‌های خالص درآمد ماهیانه، محل خدمت، مدرک تخصص، تسهیلات مسکن و ایاب و ذهاب، میزان جمعیت تحت پوشش و زمان تسویه به ترتیب اولویت بر تصمیم پزشکان عمومی برای ورود به طرح پزشک خانواده تأثیرگذار بودند (۳۵).

در پژوهشی مشابه، عوامل محیطی (ایجاد امکانات مناسب بیتوته، ارتباط مناسب پزشک خانواده و روستاییان، آموزش و فرهنگ‌سازی بیشتر مردم روستا) بیشترین تأثیر را بر ماندگاری پزشکان خانواده داشتند که نیاز است با تخصیص بودجه بیشتر به عوامل محیطی، برنامه‌ریزی دقیق‌تری در این خصوص انجام شود. شایان ذکر است که عوامل انسانی و مدیریتی با شرایط یکسان در اولویت بعدی قرار داشتند (۳۶).

نتایج پژوهشی دیگر نشان داد که سطوح تعهد سازمانی (OC) و کیفیت زندگی کاری (QWL) و تمایل به ترک شغل در بین پزشکان خانواده مورد مطالعه متوسط است. علاوه بر این، نتایج نشان داد که QWL و OC ارتباط معنی‌داری با قصد ترک شغل داشتند و QWL ارتباط بیشتری داشت. بنابراین، پیشنهاد می‌شود برای ارتقای کیفیت زندگی و تعهد سازمانی پزشکان خانواده به برنامه پزشک خانواده در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توجه بیشتری شود و در نتیجه از ترک شغل پزشکان از برنامه پزشک خانواده جلوگیری شود (۳۷).

در رابطه با بررسی ترجیحات پزشکان عمومی در مورد نوع قرارداد پزشک خانواده در یکی از مناطق محروم ایران نیز پژوهشی انجام شد و نتایج نشان داد که نوع کارفرما، سهمیه‌های پذیرش تخصص پزشکی و کاهش مدت قرارداد بیشترین تأثیر را بر ترجیحات پزشکان عمومی داشت. بنابراین، اصلاح مفاد قرارداد پزشک خانواده مطابق با ترجیحات پزشکان، احتمال مشارکت و انطباق آنها با برنامه پزشک خانواده را افزایش می‌دهد (۳۸).

### پ) دیدگاه پزشکان خانواده در مورد عملکرد خودشان

طرح پزشک خانواده موجب رفع سردرگمی مردم در مراجعه به پزشک و افزایش رضایت‌مندی از خدمات سلامت می‌شود که در این راستا ارزیابی نحوه عملکرد پزشکان خانواده می‌تواند موجب تسهیل دسترسی به اهداف برنامه شود. در جدول زیر نتایج مطالعات مرتبط با ارزیابی عملکرد پزشکان خانواده ارائه شده است.



## خلاصه یافته‌ها

ردیف	منبع مطالعه	طبقه	زیرطبقه
۱	(۲۴)	بعد مدیریت سلامت منطقه	از دیدگاه پزشکان خانواده، بعد مدیریت سلامت منطقه به عنوان ضعیف‌ترین بعد در میان ابعاد ارزیابی عملکرد پزشکان خانواده بود که باید به آن توجه شود.
۲		بعد مدیریت عملکرد	از دیدگاه پزشکان خانواده، بعد مدیریت عملکرد به عنوان قوی‌ترین بعد در میان ابعاد ارزیابی عملکرد پزشکان خانواده بود.
۳	(۳۹)	بعد پیامدها	رضایت پزشکان خانواده از FPS و تیم‌های بهداشتی بیش از ۹۰٪ در حوزه پیامدها بود که بالاترین میزان در میان ابعاد بود.
۴		بعد مشارکت جامعه	رضایت پزشکان خانواده از FPS و تیم‌های بهداشتی کمترین میزانش در حوزه مشارکت جامعه بود.
۵	(۴۰)	ارزیابی نحوه عملکرد پزشکان خانواده	پزشکان خانواده در این مطالعه در ۵ حیطه عملکرد خود را ارزیابی کردند که نتایج به ترتیب از بیشترین تا کمترین نمره به صورت زیر بود: ۱. حیطه نتایج ۲. حیطه قرارداد دستورالعمل ۳. حیطه عملکرد ۴. حیطه مدیریت ۵. حیطه مشارکت جامعه.
۶	(۴۱)	عملکرد از دیدگاه پزشکان خانواده	پزشکان خانواده در این مطالعه در ۶ حیطه عملکرد خود را ارزیابی کردند که نتایج به ترتیب از بیشترین تا کمترین نمره به صورت زیر بود: ۱. مدیریت عملکرد ۲. ارائه خدمات توسط تیم سلامت در منطقه تحت پوشش ۳. آموزش ۴. ارائه خدمات توسط پزشک خانواده در مراکز بهداشتی و درمانی ۵. مشارکت جامعه ۶. مدیریت سلامت منطقه.
۷	(۴۲)	ارزیابی عملکرد برنامه شهری	۳۱/۷٪ از مشارکت‌کنندگان در این مطالعه عملکرد برنامه را در سطح ضعیف، ۵۵/۷٪ در سطح متوسط و ۱۲/۶٪ در سطح خوب قضاوت کردند.
۸	(۴۳)	خودارزیابی از توانمندی‌های پزشکان خانواده	توانمندی پزشکان خانواده در حیطه‌های ارتقاء سلامت، مهارت‌های بالینی و ارتباطی، اقدامات عملی، نگرش و اخلاق پزشکی و مسئولیت‌های قانونی، فناوری اطلاعات، علوم پایه و ارتقاء فردی قوی ارزیابی شد و در حیطه پژوهش متوسط ارزیابی شود. ارتقاء توانمندی پزشکان خانواده در حیطه پژوهش و ارتقاء فردی و فراگیری مادام‌العمر امری ضروری است.

## ت) نظام ارجاع از دیدگاه پزشکان خانواده

دسترسی افراد نیازمند به خدمات تخصصی از طریق نظام ارجاع میسر می‌شود که در این راستا دیدگاه پزشکان خانواده برای رعایت نظام ارجاع حائز اهمیت است. در پژوهشی عملکرد نظام ارجاع از دیدگاه پزشکان خانواده بررسی شد که نتایج این مطالعه به این صورت بود (۴۴).



در رابطه با نظام ارجاع پزشک خانواده و بیمه روستایی نتایج پژوهشی از دیدگاه پزشکان خانواده به صورت زیر بود (۴۵):  
**یافته‌ها**

زیر طبقه	طبقه
عدم ارائه پسخوران و ارجاع معکوس	نقش ارائه‌کنندگان خدمات سطوح بالاتر
عدم آگاهی بیماران از دستورالعمل طرح پزشک خانواده و عدم اعتماد بیماران به توانمندی پزشکان خانواده	نقش بیماران
مشکل مقاومت در مقابل درخواست بیماران و فشار سایر ذینفعان بر پزشکان خانواده	نقش پزشکان خانواده
ضمانت اجرایی دستورالعمل	نقش سازمان‌های مجری و نظارت‌کننده

در رابطه با اجرای نظام ارجاع در شبکه بهداشت و درمان کشور، پزشکان خانواده بیان کرده‌اند که 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 خدمات ضروری می‌باشد (۴۶). برای اجرای موفقیت‌آمیز نظام ارجاع فرصت‌هایی وجود دارد که باید به آنها توجه شود. مهمترین فرصت‌های موجود شامل وجود اسناد و قوانین بالادستی، اختصاص یک درصد ارزش افزوده برای تأمین هزینه‌ها، وجود سامانه مستقل ناب در استان گلستان (به عنوان استان پیشتاز در اجرای برنامه پزشک خانواده) و کاهش پرداخت از جیب مردم است. البته در این راستا تهدیدهایی نیز وجود دارد که شامل تغییر مسئولان وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت، اصرار بیمار برای ارجاع به متخصص، عدم مراجعه بیمار به پزشک متخصص به‌رغم نوبت گرفتن، اطلاع‌رسانی ضعیف، تأخیر در پرداخت‌ها به پزشکان و زیرساخت‌های ارتباطی ضعیف است (۴۷).

### ث) دیدگاه در مورد آموزش پزشکان خانواده

نگرانی‌هایی در مورد کسب آموزش پزشکان جوان برای ورود به برنامه پزشک خانواده وجود که باید در زمینه آموزش پزشکان خانواده توجه بیشتری شود. در واقع، با وجود حجم زیاد اطلاعاتی که پزشکان عمومی باید کسب کنند و همچنین محدودیت زمانی برای آماده شدن پزشکان داوطلب در برنامه پزشک خانواده، لازم است بهترین و در اولویت‌ترین آموزش‌ها به آنها ارائه شود. نتایج پژوهش‌های انجام شده در خصوص دیدگاه پزشکان خانواده در مورد آموزش خود در جدول زیر ارائه شده است.

## خلاصه یافته‌ها

ردیف	منبع مطالعه	طبقه	زیرطبقه
۱	(۴۸)	بیشترین و کمترین نیاز احساس شده	بر اساس نظرات پزشکان شرکت کننده در مطالعه، بیشترین نیاز آموزشی در زمینه اقدامات اولیه اورژانس‌های تنفسی، انجام CPR و لوله گذاری تراشه، مراقبت از بیماران مسموم، اختلالات شایع روانپزشکی و سامانه خدمات سلامت ایرانیان بود. همچنین، کمترین نیاز مربوط به روش‌های پیشگیری از بارداری، مهارت‌های ارتباطی با بیمار و در محیط کار، اصول و مهارت‌های مشاوره تنظیم خانواده، مراقبت از بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن و نحوه آموزش سلامت بود.
۲	(۴۹)	نگرش نسبت به آموزش الکترونیکی	در این مطالعه ۱۲۴ نفر از پزشکان خانواده مشارکت کردند که ۵۷/۷٪ نگرش مثبت و بقیه نگرش منفی نسبت به آموزش الکترونیکی داشته‌اند که ۲۶/۱٪ نگرش منفی از برنامه نرم‌افزاری و ۲۰٪ نگرش منفی نسبت به محتوای آموزشی برنامه بوده است. همچنین، بین نگرش پزشکان شرکت کننده با سن و جنس و سابقه کار ارتباطی مشاهده نشد.
۳		مشکلات آموزش الکترونیکی پزشکان خانواده	بیشترین مشکل برنامه ذکر شده توسط پزشکان عدم دسترسی به کامپیوتر و اینترنت در مراکز بهداشتی، قطع مکرر سایت، حجم زیاد مطالب و عدم تطابق با آزمون‌های پایایی، نبود ارتباط فعال، عدم امکان سوال در صورت برخورد با مشکل، سوالات تکراری در برنامه‌های مختلف عنوان شد.
۴		مزیت آموزش الکترونیکی پزشکان خانواده	اکثریت پزشکان خانواده معتقد بودند که این برنامه باعث صرفه‌جویی در هزینه و وقت برای آنها شده است.
۵		مطلوبیت درس ارائه شده در دوره MPH از دیدگاه پزشکان خانواده	در بین دروس ارائه شده در دوره MPH برای پزشکان خانواده، مطلوب‌ترین و کاربردی‌ترین درس ارائه شده از نظر حجم مطالب و مداخلات تشخیصی و درمانی مربوط به مدیریت سرپایی بیماری‌های سالمندان و مبانی اپیدمیولوژی بود. کمترین میزان مطلوبیت از نظر محتوا، کاربرد و مداخلات تشخیصی و درمانی مربوط به دروس اصول ارتقاء و ترویج سلامت، CASE MANAGEMENT و ارائه خدمات و مراقبت‌های مدیریت شده بود. همچنین، بهترین میانگین نمرات فراگیران مربوط به درس زنان و کمترین آن مربوط به درس اطفال بود.
۶	(۵۰)	نقاط مثبت دوره MPH از دیدگاه پزشکان خانواده	در دسترس بودن و زمان‌بندی مناسب مطالب آموزشی، ارائه مناسب مطالب برنامه و بیان مثال‌های روشن در طول دوره، هدف‌دار بودن مطالب درسی، احساس یادگیری فعال ضمن استفاده از محتوای آموزشی، تقویت اطلاعات پزشکی و مدیریتی فراگیران، آشناسی با سیستم‌های بهداشتی، کاهش در هزینه‌های رفت و آمد، استفاده از زمان و کمک به توانمندسازی پزشکان و آموزش حین اشتغال از نقاط مثبت ذکر شده می‌باشد.
۷		معایب دوره MPH پزشکان خانواده	از معایب مهم برنامه می‌توان به برگزاری امتحانات تمامی دروس در یک روز، حجم زیاد مطالب ارائه شده به نسبت واحد دروس و عدم امکان برقراری ارتباط آموزشی با استاد اشاره کرد.

ردیف	منبع مطالعه	طبقه	زیر طبقه
۸	(۵۱)	نیاز آموزشی پزشکان در حوزه‌های مختلف	در این مطالعه، با اهمیت‌ترین نیاز آموزشی پزشکان در حوزه‌های مختلف به ترتیب اولویت در حیطه‌های سلامت روان (اولویت اول در این حیطه دارودرمانی در روانپزشکی)، سلامت خانواده و جمعیت (اولویت اول در این حیطه عفونت مقاوم به درمان در زنان)، آموزش سلامت (اولویت اول در این حیطه اصول مشاوره)، سلامت دهان و دندان (در این حیطه اول‌آشنایی با کنترل رژیم غذایی برای سلامت دهان و دندان) و گسترش شبکه و بهورزی (در این حیطه مدیریت بحران و آشنایی با شرح وظایف بهورزان است) می‌باشد.
۹	(۵۲)	نیازهای آموزشی در حیطه‌های مختلف	ترتیب نیازهای آموزشی در پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی به صورت زیر بود: ۱. مراقبت از جامعه تحت پوشش (ضروری‌ترین: شناخت و مراقبت بیماری‌های حاد اعصاب و روان-راه‌های درمان بیماری‌های پوستی-تاخیر رشد در کودکان) ۲. درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها (ضروری‌ترین: احیای قلبی و ریوی و مغزی پیشرفته-مدیریت شوک) ۳. مدیریت سلامت (ضروری‌ترین: کار با تجهیزات پزشکی) و ۴. آموزش و ارتقاء سلامت (نبود ضرورت در این حیطه).
۱۰	(۵۳)	نیازهای آموزشی به ترتیب اولویت	پنج نیاز اول به ترتیب اولویت شامل شناسایی و کنترل بیماران مبتلا به معلولیت ذهنی و جسمی، عوامل زیان‌آور محیط کار، مانا، بهداشت دهان و دندان و اندیکاسیون‌های تحویز شیر خشک بود.
۱۱		نیازهای آموزشی در مورد موضوعات مدیریتی	نیازهای آموزشی در مورد موضوعات مدیریتی به ترتیب اولویت شامل مقررات مالی، نحوه توزیع کارانه، مقررات اداری مالی، دستورالعمل‌ها و بخش‌نامه‌های طرح پزشک خانواده و نحوه جلب مشارکت‌های مردمی بود.
۱۲		نیازهای آموزشی پزشکان خانواده در مورد سرفصل‌های اجرایی	نیازهای آموزشی پزشکان خانواده در مورد سرفصل‌های اجرایی به ترتیب قانون ماده ۱۳ تخلفات بهداشتی، ضوابط بیمه‌ای، گواهی سلامت برای ورزشکاران و سربازان، طرح پزشک خانواده و آزمایشات روتین صنوف بود.
۱۳		نیازهای آموزش مهارت‌های بالینی	نیازهای آموزش مهارت‌های بالینی پزشکان خانواده به ترتیب اولویت شامل کلرسنجی، گذاشتن وسایل جلوگیری (آی یو دی-تزریق دیو)، پاپ اسمیر، زایمان طبیعی و احیاء اطفال بود.
۱۴		فاصله بین زمان‌های آموزش	۵۴/۳٪ پزشکان خانواده اعلام کردند که فاصله بین آموزش‌های تئوری در دوران دانشجویی و انتظاراتی که در طرح پزشک خانواده از آنها دارند زیاد و یا خیلی زیاد است که با توجه به این نیازها لازم است در سرفصل‌های آموزش پزشک عمومی مصوب وزارتخانه بازنگری شود.
۱۵	(۵۴)	آموزش انتقال خبر بد	میانگین معیار آگاهی و نگرش پزشکان خانواده در مورد اعلام خبر بد به ترتیب ۱۶۰/۷۲ (از نمره ۲۵) و ۳۵۰/۲۲ (از نمره ۵۰) بود که به صورت متوسط ارزیابی شد. با توجه به نتایج این مطالعه و این که در شرایط فعلی یادگیری مهارت انتقال خبر بد از طریق غیر فعال و به روش آزمون و خطا است، به نظر می‌رسد تدوین برنامه مدون برای آموزش این مهارت‌ها در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی ضروری باشد.
۱۶	(۵۵)	آموزش از راه دور پزشکان خانواده	در این مطالعه با مقایسه گروه‌های مورد و شاهد، آموزش از راه دور موجب افزایش دانش و نگرش پزشکان گروه مورد نسبت به گروه شاهد به اهداف برنامه اصلاح نظام سلامت شد.

ردیف	منبع مطالعه	طبقه	زیرطبقه
۱۷	(۵۶)	ارزیابی سواد اطلاعاتی پزشکان خانواده	حدود ۱۱/۲٪ از پزشکان خانواده مهارت و دانش فناوری اطلاعات خود را از طریق دروس دانشگاهی کسب کرده‌اند، ۱۴/۶٪ از آنها از طریق شرکت در دوره‌های آموزش خصوصی، ۷/۳٪ با نظارت سازمان، ۲۷/۸٪ از طریق اطرافیان و نزدیکان و حدود ۳۹/۱٪ از طریق مطالعات شخصی به مهارت و دانش کنونی خود دست یافته‌اند.
۱۸	(۵۷)	شرکت در دوره‌های سوء مواد	با توجه به افزایش سوء مصرف مواد در بین مردان و زنان، ۸۹٪ پزشکان شرکت‌کننده در این مطالعه بیان کردند که علاقه‌مند به شرکت در آموزش‌های بیشتر در مورد مسائل سوء مصرف مواد هستند.
۱۹	(۵۸)	استفاده از مدل‌های آموزشی	این مطالعه به دنبال ارزیابی تأثیر آمادگی برای تغییر یک مداخله آموزشی در مدیریت اختلالات افسردگی بر اساس نسخه اصلاح شده مدل پروچاسکا در مقایسه با برنامه استاندارد آموزش مداوم پزشکی (CME) در بین پزشکان خانواده بود. نتایج نشان داد که قالب‌های آموزشی همچون مدل پروچاسکا که متناسب با مراحل مختلف یادگیری هستند، می‌توانند از پزشکان مراقبت‌های اولیه (پزشکان خانواده) برای رسیدن به مراحل بالاتر تغییر رفتار در موضوع اختلالات افسردگی حمایت کنند.
۲۰	(۵۹)	اولویت‌های آموزشی شناسایی شده	در این مطالعه نیازهای آموزشی پزشکان خانواده به ترتیب اولویت عبارت بودند از: ۱. سلامت روان ۲. سلامت خانواده ۳. بیماری‌ها ۴. آموزش بهداشت ۵. مدیریت و توسعه شبکه ۶. بهداشت حرفه‌ای و محیط. بنابراین، در این مطالعه پزشکان خانواده سلامت روان را اولین نیاز آموزشی و بهداشت محیطی و حرفه‌ای را آخرین نیاز عنوان کردند که با توجه به نتایج، برنامه‌های درمانی مستمر مناسب باید با نیازهای آموزشی هماهنگ شود.
۲۱	(۶۰)	مهارت‌های ارتباطی	میانگین نمره دانش مهارت‌های ارتباطی در سطح بالا بود و میانگین امتیاز عملکرد (practices) در سطح متوسط بود. بر اساس مقیاس بلوم، نزدیک به ۸۰٪ از پزشکان خانواده دانش خوبی در مورد مهارت‌های ارتباطی پزشک و بیمار داشتند، با این حال، ۵۵٪ از شرکت‌کنندگان سطح متوسط تا ضعیف را در این زمینه گزارش کردند. پزشکان در ارتباط با بیماران به صورت مبتنی بر شواهد عمل نمی‌کنند و با توجه به نقش چشمگیر پزشک خانواده در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر به عنوان چالش نوظهور کشورمان، موضوع مهارت‌های ارتباطی باید به عنوان یکی از اولویت‌های آموزشی پزشکان خانواده قرار گیرد.
۲۲	(۶۱)	آموزش در مورد بیماری پوکی استخوان	اگرچه اکثر پزشکان خانواده به اهمیت اقدامات پیشگیرانه اعتقاد داشتند، اما تعداد محدودی از آنها دانش و عملکرد خوبی در مورد پوکی استخوان داشتند و کمتر از یک چهارم از دستورالعمل ملی آگاهی داشتند. این یک نیاز آشکار برای انتشار مؤثرتر دستورالعمل، استفاده بیشتر از روش‌های آموزشی کارآمد است.

### ج) چالش‌های کلی طرح از دیدگاه پزشکان خانواده

با وجود کارایی برنامه پزشک خانواده در اصلاح نظام ارجاع و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی ضروری به جامعه، این برنامه با چالش‌های متعددی مواجه است که در جدول زیر خلاصه این چالش‌های کلی استخراج شده از مطالعات مختلف ارائه شده است.

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	منبع مطالعه	طبقه	زیرطبقه
۱	(۲۶)	زمینه‌سازی برای اجرای طرح	عدم فرهنگ‌سازی برای اجرای برنامه عدم هماهنگی میان وزارتخانه‌ها تعدد بیمه‌ها و یک کاسه نبودن آنها نبود پرونده الکترونیک سلامت
۲	(۲۶)	شرایط کاری و محدودیت‌های حرفه‌ای	بالا بودن ساعات کاری و بار کاری پزشک خانواده پایین بودن میزان حقوق نسبت به ساعت کاری و مسئولیت سنگین نبود امنیت شغلی رکود شغلی و پویا نبودن طرح عدم وجود تسهیلات و مزایا برای پزشکان خانواده موقعیت پایین پزشکان عمومی وجود محدودیت‌های حرفه‌ای
۳		عدم وجود زیرساخت کافی	عدم آموزش پزشکان طرح خانواده در خصوص طرح عدم آگاهی مردم در خصوص طرح پزشک خانواده ضعف فرهنگ سازی در خصوص پزشک خانواده
۴	(۶۲)	مشکلات نظام پرداخت	عدم تناسب سرانه پرداختی به پزشکان و جمعیت نحت پوشش پرداخت‌های نامنظم به پزشکان عدم شفافیت پرداخت‌ها به پزشک خانواده افزایش تقاضای غیر ضروری
۵		همکاری درون / بین بخشی ضعیف	همکاری ضعیف بیمه‌ها در طرح پزشک خانواده همکاری ضعیف در سطوح ارجاع در خصوص پسخوراند
۶		دیدگاه‌های اشتباه در خصوص پزشک خانواده	عدم اعتماد مردم به طرح پزشک خانواده کاهش ارزش طرح به علت رایگان بودن طرح
۷		چالش‌های تولیدی	ضعف سیاست‌گذاری تدوین قوانین و دستورالعمل‌ها ضعف در نظارت و کنترل
۸		چالش‌های ارائه خدمت	ضعف نظام ارجاع مشکلات ده‌گردشی مشکلات بیتوته پزشکان پایین بودن سهم بیمار از هزینه ارائه خدمات
۹	(۶۳)	چالش‌های فرهنگی و آموزشی	ضعف در بسترسازی فرهنگی و اطلاع رسانی برنامه به جامعه ضعف در آموزش ارائه‌دهندگان خدمت
۱۰		چالش‌های نیروی انسانی	ماندگاری پایین پزشکان خانواده مکانیسم‌های انگیزشی نامناسب کمبود کمی و کیفی نیرو
۱۱		چالش‌های زیرساختی	مشکلات مالی کمبود منابع فیزیکی ضعف نظام اطلاعاتی

در مطالعه دیگری، دیدگاه پزشکان خانواده در محورهای مختلف بررسی شد که در سه محور سیاست‌های اجرای پزشک خانواده، بیشترین میانگین امتیاز را محور محتوای بسته خدمات سلامت در قسمت تناسب سیاست‌ها و محور نظام ارائه خدمات در قسمت قابلیت اجرا در ایران به خود اختصاص داد. شکاف بین تناسب سیاست و قابلیت اجرا در ایران مربوط به محوری نیروی انسانی و فضای فیزیکی مورد نیاز در سطح اول بود (۴۶). همچنین، عدم حمایت مالی از سوی دولت، ناکافی بودن سرانه سلامت، همکاری نامناسب متخصصان، وضعیت ناپایدار خدمات جبرانی پزشکان، عدم وجود ساختار مناسب ارتباطی، تغییر سیاست‌ها به دلیل تغییر دولت‌ها، ناهماهنگی بین بخشی، شکاف بین سطوح غرامت در بین پزشکان، پرستاران، ماماها و کارکنان بهداشتی و کاهش کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی تهدیدهای برنامه پزشک خانواده بیان شده‌اند که چالش‌های کلی در اجرای برنامه محسوب می‌شوند (۶۴).

### چ) چالش‌ها و مشکلات اجرایی برنامه پزشک خانواده شهری

علاوه بر چالش‌ها و مشکلات کلی برنامه پزشک خانواده، پرواضح است که برنامه پزشک خانواده شهری نیز با چالش‌ها و مشکلات خاصی روبرو است که مطالعات مختلفی به تبیین نحوه اجرای این برنامه در شهرهای مختلف کرده‌اند. در این راستا مشکلات برنامه پزشک خانواده در مطالعه‌ای به صورت زیر بیان شده است (۶۵):

#### خلاصه یافته‌ها

زیرطبقه	طبقه اصلی
وجود مشکل در تأمین بودجه و اعتبارات طرح واضح نبودن نحوه پرداخت‌ها تأخیر در پرداخت‌ها وجود بی‌عدالتی در پرداخت‌های فعلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	مشکلات مالی
پایین بودن اطلاعات مردم نسبت به مسائل بهداشت اطلاع رسانی و تبلیغات ضعیف در جهت شناساندن طرح حاکم شدن فرهنگ تخصص‌گرایی در جامعه حاکم شدن فرهنگ خود درمانی در جامعه	مشکلات فرهنگی
عدم تطابق کوریکولوم آموزشی پزشک عمومی با پزشک خانواده آموزش‌های مبتنی بر درمان نه پیشگیری عدم وجود آموزش و بازآموزی کارکنان	مشکلات آموزشی
به خطر افتاد منابع مالی گروه‌های خاصی از ارائه دهندگان خدمت افزایش ساعت کاری افزایش بار کاری بی‌اعتمادی مردم به ارائه دهندگان خدمت بی‌اعتمادی ارائه دهندگان خدمت به دولت	مشکلات انگیزشی

زیرطبقه	طبقه اصلی
کمبود نیروی انسانی مقیم نبودن پزشکان در منطقه کمبود مراکز درمانی و تجهیزات و فرسودگی آنها ارجاعات معکوس عدم ارائه پسخوراند متخصص به پزشک خانواده عدم تبعیت متخصصان از زنجیره ارجاع	مشکلات اجرایی
عدم وجود تجمیع منابع در ارائه خدمات از سوی اداره بیمه تعویض زود به زود مدیران ارشد مشخص نبودن نتایج مطالعات پایلوت عدم رفع نواقص مشکلات پزشک خانواده روستایی	مشکلات زمینه‌ای
نگاه تک بعدی در نوشتن پروتکل اجرایی طرح واضح نبودن شرح وظایف واضح نبودن ساعات کاری عدم تعریف سیستم پایش مشخص نبودن نحوه ارزشیابی برنامه	مشکلات ساختاری و برنامه‌نویسی

در پژوهشی دیگر، عدم پرداخت به موقع به پزشکان، عدم تأمین منابع و زیرساخت‌های لازم، وجود مشکلات اجرایی در نظام ارجاع و افزایش بار مراجعات غیرضروری و همچنین پیچیدگی در سامانه سیب و مشکلات تکمیل پرونده از مهمترین چالش‌های برنامه پزشک خانواده عنوان شده است (۶۶). همچنین، ساختار ضعیف (نبود فرهنگ مناسب، شکست در کارشناسی طرح، شیوه خودخواهانه در متخصصان پزشکی، انحراف از هدف اصلی، افزایش هزینه‌ها) و مکانیسم تشویقی ضعیف (کوچک شدن پزشک خانواده و سردرگمی مردم) از چالش‌های عنوان شده توسط پزشکان خانواده شهری در مطالعه مشابه دیگری است (۶۷).

ناکارآمدی در اجرای برنامه نیز توسط پزشکان خانواده به عنوان چالش دیگر مطرح شده است که تحمیل هزینه‌های اضافی، ضعف اجرایی، عدم توجه به امکانات رفاهی، افزایش حجم کار، عدم تأمل و تشویق و تناقضات و دستورات متناقض از چالش‌های اجرایی برنامه می‌باشد. البته پزشکان خانواده به عدم وجود ساختارهای ضروری زیربنایی که شامل آماده نبودن فرهنگ جامعه، لزوم فرهنگ‌سازی توسط متخصصان، لزوم تهیه و جلب همکاری رسانه‌ها، نبود برنامه‌های آموزشی برای اجرای برنامه، نبود زیرساخت‌ها و منابع الکترونیکی مورد نیاز مانند نیروی انسانی و ابزارهای لازم است نیز تأکید کرده‌اند (۶۸).

### ح) چالش‌های برنامه پزشک خانواده روستایی

اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی همانند برنامه شهری دارای چالش‌ها و مشکلاتی بوده است که بر ماندگاری پزشکان خانواده در مناطق روستایی و نیز میزان رضایت آنها موثر است. در جدول زیر خلاصه‌ای از یافته‌های مطالعات در این زمینه ارائه شده است.



## خلاصه یافته‌ها

ردیف	منبع مطالعه	طبقه	زیرطبقه
۱	(۶۹)	نظام بیمه خدمات درمانی	نبود بومی سازی بسته خدمات کسورات بالا توسط شرکت‌های بیمه سرانه پایین برای جمعیت تحت پوشش عدم تطابق بین بسته خدمات و اندازه جمعیت و احتساب نکردن اتباع افغانستان در تعیین سرانه
۲		جبران خدمت	عدم تناسب حقوق پزشکان با تورم عدم تناسب اختیار و مسؤلیت پزشکان تاخیر در پرداخت حقوق
۳		امکانات	کمبود امکانات مهدکودک برای پزشک محیط فیزیکی ضعیف کار مسکن نامناسب کمبود امکانات حمل و نقل
۴		جذب و نگهداری نیروی انسانی	تعداد ناکافی پزشک دائمی امنیت شغلی پایین عدم جذابیت برای ماندگاری پزشکان کم بودن تمایل پزشکان برای شرکت در برنامه لغو قرارداد توسط پزشکان
۵		سیستم اطلاعات	زمان بر بودن فرآیند ثبت اطلاعات و مستندسازی رسمی توسط پزشکان
۶		فرهنگ	توضیح ناکافی متخصصان در مورد نظام ارجاع آموزش ناکافی افراد بی توجهی به نظام ارجاع در سطوح بالاتر چالش آموزش ناکافی مشکلات سلامت به پزشکان عدم اعتماد عمومی به پزشک خانواده
۷		برنامه‌ریزی	تمرکزگرایی در تصمیم‌گیری نبود مطالعه پایلوت مناسب قبل از اجرا تغییرات زیادی در رویه‌های عملیاتی عدم هماهنگی بین بخشی
۸		مالی	مشارکت محدود بخش خصوصی عدم علاقه پزشکان به شرکت در برنامه عدم تمایل پزشکان به همکاری با برنامه
۹		ارزیابی عملکرد	عدم تطابق سطح تحصیلات ارزیابان و پزشکان عدم توجه کافی به کیفیت و نتایج عملکرد تأثیر نظرات فردی ارزیابان بر نتایج پایش عدم نظارت بر سایر کارکنان تیم پزشک خانواده مبتنی بر شواهد نبودن شاخص‌های پایش استاندارد نبودن چک لیست‌های ارزیابی عدم همکاری متخصصان بی توجهی به ارزش و شخصیت پزشکان نظارت دو وزارتخانه مستندسازی رسمی توسط پزشک خانواده

ردیف	منبع مطالعه	طبقه	زیرطبقه
۱۰	(۷۰)	مشکلات آموزشی	ضعف دانشکده‌های پزشکی در رابطه با آماده‌سازی پزشکان خانواده دوره ناکافی کارورزی بهداشت کمبود دوره‌های نسخه نویسی کمبود دوره‌های آموزش مهارت علمی
۱۱		مشکلات در زمینه کارکنان، امکانات و تجهیزات	عدم توانایی علمی یا عملی کارکنان در انجام وظایف مربوطه نیز عدم وجود کارکنان کافی در مرکز کمبود تجهیزات و داروهای موردنیاز
۱۲		مسائل فرهنگی	مراجعات بی مورد و در وقت نامناسب بیماران هتک حرمت پزشک و به خطر افتادن امنیت وی در محیط کار توسط بیماران یا همراهان آنها تعداد زیاد مراجعان فراتر از توانایی پزشک یا پزشکان مرکز
۱۳		مشکلات مرتبط با مدیریت شبکه بهداشتی تابعه	عدم دریافت دستمزد کافی تعداد زیاد کشیک یا ساعات کاری غیرمعقول
۱۴	(۷۱، ۷۲)	برنامه‌ریزی جامع	عدم اجرای پایلوت صحیح قبل از اجرا عدم هماهنگی بین بخشی تمرکز در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی ساعت کاری نامناسب
۱۵		نظام بیمه درمان	بسته خدماتی ناقص کسورات و تأخیر زیاد در پرداخت‌ها معیار نامناسب در تعیین سرانه
۱۶		جبران خدمت	ناکافی بودن حقوق تأخیر در پرداخت حقوق عدم تناسب اختیار و مسئولیت پزشکان
۱۷		ارزیابی عملکرد پزشکان خانواده	پایش توسط دو وزارتخانه عدم تناسب بین سطح تحصیلات پایشگران و پزشکان روا و پایا نبودن بازبینی‌ها عدم پایش سایر کارکنان تیم پزشک خانواده، پزشکان متخصص و پاراکلینیک‌ها نادیده گرفتن ارزش و شخصیت پزشکان
۱۸		امکانات و تسهیلات رفاهی	زیرساخت نامناسب اقامتی و رفاهی زیرساخت نامناسب حمل و نقل
۱۹		جذب و حفظ نیروی انسانی	ناکافی بودن تعداد پزشکان دائمی امنیت شغلی پایین عدم استقبال پزشکان
۲۰		نظام اطلاعات	زمان بر بودن فرآیند ثبت اطلاعات تمایل به مستندسازی صوری
۲۱		فرهنگ‌سازی	آگاهی ناکافی مردم آموزش ناکافی ارائه‌کنندگان
۲۲		تأمین مالی	عدم پرداخت به پزشکان متخصص مشارکت محدود بخش خصوصی عدم استقبال پزشکان

ردیف	منبع مطالعه	طبقه	زیرطبقه
۲۳		مکانیسم‌های انگیزشی نامناسب	نامناسب بودن حقوق پرداختی عدم ثبات شغلی حجم بالای کار تسهیلات رفاهی ناکافی امنیت نسبتاً پایین روستا
۲۴		ضعف در اثربخشی آموزشی	عدم وجود دیدگاه جامعه‌نگر در نظام آموزشی ضعف در برنامه‌های بازآموزی فاصله بین آموزش‌های تئوری و عملی
۲۵		ضعف در جامعیت و اجرای دستورالعمل‌ها	نبود الزامات قانونی اجرایی عدم وجود عوامل تسهیل‌کننده در قوانین تاخیر در ابلاغ تفاهم‌نامه‌ها عدم اجرای سیاست مطابق با مفاد دستورالعمل‌ها و قوانین
۲۶	(۷۳)	ضعف در کفایت سرانه و تخصیص آن	عدم تخصیص سرانه کافی به جمعیت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ضعف در نظام جذب پزشک عدم تخصیص سرانه طبق استاندارد تعریف شده در مناطق محروم عدم برخورداری برخی روستاییان از بیمه روستایی و عدم تخصیص سرانه به آنها
۲۷		نقص در نظام مدیریت اطلاعات سلامت	به روز نبودن اطلاعات جمعیتی مناطق و اعضاء تیم سلامت عدم تکمیل مناسب فرم‌های جمع‌آوری اطلاعات عدم تشکیل پرونده خانوار به صورت الکترونیک استفاده ناکافی از اطلاعات تولید شده در تصمیم‌گیری
۲۸		ضعف در زنجیره نظام ارجاع	عدم رعایت اصول نظام ارجاع توسط برخی بیماران، پزشکان خانواده و پزشکان متخصص جریان ضعیف اطلاعات دو سویه بین پزشک متخصص و خانواده توجیه نبودن مسئولان سیاسی
۲۹		بسترسازی فرهنگی نامناسب	مشارکت پایین جامعه در اجرای سیاست اعتماد کم مردم به خدمات پزشک عمومی

ردیف	منبع مطالعه	طبقه	زیرطبقه
۳۰	(۷۴)	رهبری و حکمرانی	طراحی و اجرای نظام ارجاع نقش بخش خصوصی در برنامه پزشک خانواده روستایی پوشش خدمات توسط سازمان‌های بیمه‌ای براساس سطح‌بندی مکانیسم بکارگیری اعضای تیم‌های سلامت قوانین پشتیبان رعایت برنامه توسط مردم و سطوح ارائه خدمات میزان مهیا شدن زیرساخت‌های برنامه پزشک خانواده آگاهی مسئولان سیاسی اجرایی از برنامه
۳۱		آموزش و فرهنگ‌سازی	اطلاع رسانی به مردم در خصوص برنامه پزشک خانواده آشنایی و هماهنگی متولیان برنامه با اهداف پزشک خانواده میزان هماهنگی محتوای آموزش پزشکی با پزشک خانواده روستایی توانمندی پزشکان عمومی برای فعالیت به عنوان پزشک خانواده
۳۲		تأمین مالی	وضعیت پرداخت به اعضای گروه سلامت میزان تأثیر نحوه فعالیت پزشک بر دریافتی
۳۳		عملکرد ارائه دهندگان خدمت	تعهد پزشک خانواده روستایی در قبال سلامت جمعیت تعاملات بین پزشک و تیم سلامت میزان رغبت پزشک خانواده به برنامه‌های مراقبتی میزان اعتقاد سطوح تخصصی خدمات (دو و سه) به خدمات سطح یک
۳۴		رفتار گیرندگان خدمت	میزان تمایل به استقرار نظام ارجاع رعایت مسیر ارجاع توسط جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده روستایی میزان مراجعات مردم به پزشکان خانواده
۳۵		نظارت و ارزیابی	تأمین منابع مادی و انسانی مورد نیاز برای ارزیابی همه جانبه برنامه اختیارات و حمایت‌های قانونی مورد نیاز سازمان ناظر برنامه ارزیابی جامع توسط سازمان خریدار خدمت استقلال کافی خریدار خدمت از ارائه دهنده خدمت

### خ) نقاط ضعف برنامه پزشک خانواده

برنامه پزشک خانواده به‌رغم دستاوردهای متعدد و ارزشمند خود با ضعف‌هایی نیز مواجهه است و به این دلیل اصلاحات در اجرای این برنامه در سطح کشور امری اجتناب ناپذیر است. در جدول زیر نتایج مطالعات منتشر شده در مورد ضعف‌های برنامه پزشک خانواده بیان شده است.

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	منبع مطالعه	زیرطبقه
۱	(۷۵)	پایین بودن حقوق و دستمزد پزشکان (۸۸٪) ارجاع معکوس (۷۹٪) تغییر ناگهانی سیستم درمانی کشور (۵۷٪) نبود فضای فیزیکی مناسب برای استراحت (۴۷٪) غیرواقعی بودن تعرفه‌ها (۳۵٪)
۲	(۷۶)	عدم پرداخت به موقع حقوق (۵۶٫۵) عدم توجه روستاییان به طرح پزشک خانواده (۳۰٫۴) ایجاد تداخل با برنامه سلامت و ساعات کاری زیاد پزشکان (۳۰٫۴) عدم حمایت مناسب از نظر تخصیص امکانات رفاهی (۱۷٫۴)

ضعف توجه به بیماران خاص عدم وجود پرونده الکترونیک بیمار	(۷۷)	۳
عدم آگاه‌سازی مردم و مسائل مربوط به پزشکان، کیفیت نظارت، مدیریت، مکانیسم پرداخت، پرونده الکترونیک سلامت، سازمان‌های بیمه‌گر و امکانات ناکافی مراکز بهداشتی و درمانی	(۷۸)	۴
نبود هماهنگی و همسویی بین سیاست‌گذاران درمان محور بودن نظام سلامت کم توجهی مردم به مراقبت‌های بهداشتی عدم مشارکت بخش خصوصی		۵

همچنین، در پژوهشی افزایش حجم کاری پزشکان، مامایی‌ها و بهورزان، دسترسی محدود به پزشک خانواده، ازدحام مراجعان به خانه‌های بهداشت، مشکل بودن در بستری شدن بیمار، نبود امنیت شغلی برای پزشکان، عدم تمایل کافی پزشکان و متخصصان، کمبود پرداخت به موقع حقوق پزشکان و ماماها، ارائه آموزش ناکافی به پزشکان در خصوص مشکلات سلامت، عدم مدیریت یکپارچه، عدم انتخاب پزشک خانواده توسط بیمار، عدم تخصیص امکانات مناسب، ناکارآمدی سیستم‌های اطلاعاتی بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی، عدم وجود تمایل در روستائیان به برنامه پزشکی خانواده، پایداری پزشکان، پرستاران، ماماها و بهورزان در مقابل طرح تغییر مراقبت‌های بهداشتی و برخورد ضعیف روستائیان با کادر درمانی از نقاط ضعف برنامه پزشک خانواده به ترتیب اولویت بیان شده است (۷۹).

### د) فرسودگی شغلی در بین پزشکان خانواده

فرسودگی شغلی سندرمی است که در نتیجه استرس شغلی به وجود می‌آید و می‌تواند موجب کاهش بازده کاری، افزایش غیبت از کار و هزینه‌های بهداشتی و کاهش کیفیت خدمات به بیمار و حتی نارضایتی از خدمات پزشکی شود. باتوجه به اینکه در میان پزشکان خانواده، شدت فرسودگی در ابعاد مختلف آن با عوامل محیط کار (اعم از ویژگی‌های سرپرست، کار گروهی، تخصص گرایشی، ارتباطات، دسترسی به امکانات فیزیکی و راحتی جسمی) مرتبط است، با تغییر مثبت در حیطه‌های مختلف کار می‌توان به کاهش فرسودگی شغلی آنان کمک کرد (۸۰). در ارتباط با ابعاد فرسودگی شغلی، نتایج پژوهشی حاکی از آن بود که فرسودگی شغلی در ابعاد کفایت شخصی و مسخ شخصیت متوسط و در بعد هیجانی بالا می‌باشد (۸۰). در مطالعه مشابه دیگری، میانگین امتیاز فرسودگی شغلی در بعد کفایت شخصی در حد متوسط، در بعد خستگی هیجانی در حد متوسط و در بعد مسخ شخصیت در حد پایین بود. همچنین، بین ابعاد فرسودگی شغلی و متغیرهای عزت نفس و حمایت اجتماعی کارکنان همبستگی معنی‌داری وجود نداشت (۸۱). ابعاد سه‌گانه فراوانی فرسودگی شغلی پزشکان خانواده به صورت خستگی عاطفی (کم)، عملکرد شخصی (زیاد) و مسخ شخصیت (کم) گزارش شده است. همچنین، خستگی عاطفی ارتباط معنی‌داری با وضعیت تاهل و وضعیت استخدام داشت و شدت خستگی عاطفی در پزشکان خانواده رسمی بیشتر بود (۸۲). عوامل مرتبط با فرسودگی شغلی در میان شاغلان از جمله پزشکان خانواده شامل فاکتورهای متعددی هستند که نتایج مطالعه‌ای در این رابطه در جدول زیر بیان شده است (۸۳).

## خلاصه یافته‌ها

مصدق	طبقه
در این طبقه، از مقررات متعدد، سفت، انعطاف‌ناپذیر، نامناسب، ممانعت‌کننده و غیرمفید پزشکان خانواده گلایه داشتند و احساس و تجربه ناخوشایندی نسبت به آنها داشتند که موجب خستگی و فرسودگی می‌شود.	وجود قوانین و مقررات نامناسب و متعدد
جمعیت تحت پوشش زیاد، کمبود نیروی انسانی، مستندسازی زیاد، محدودیت زمان، مسئولیت‌های زیاد و وجود خدمات موازی موجب کاهش مدت زمان مراقبت و کیفیت خدمات می‌شود که این موارد برای پزشکان فشار روانی و استرسی ایجاد می‌کند.	فشار و استرس ناشی از حجم کار و نیروی انسانی نامتعادل
برخی از پزشکان خانواده از عدم آگاهی نسبت به تعهدات و وظایف آتی خود، بی‌اهمیت بودن در نظام و مشاور نبودن در تعیین نوع اصلاحات و رویه آن به عنوان مجری و همچنین ذی‌نفعان ابراز نارضایتی کردند.	عدم آگاهی از تعهدات خود
به دلیل تعدد، تنوع و تداخل وظایف، تضاد در نقش‌ها و انتظارات زیاد است که موجب به وجود آمدن مشکلات و کمبود وقت کافی برای ارائه آموزش به بیماران و جامعه می‌شود.	درماندگی و ناامیدی در انجام تکالیف و وظایف
عدم امکان ارتقای علمی، نبود شرایط مناسب برای به‌روزرسانی اطلاعات علمی، نبود فرصت برای کسب مهارت‌های جدید و عدم امکان تصمیم‌گیری مستقل توسط پزشکان خانواده بیان شده است.	محرومیت از پیشرفت حرفه‌ای
پزشکان خانواده از منابع اطلاعاتی، روش‌های نامناسب ارزیابی، کم‌ارزشی و نگرش کمی در سیستم، تعداد ناظران، قضاوت ناعادلانه ناظران، مبتنی بر کاغذ بودن ارزیابی و در نهایت ارزیابی نادرست بازخوردها ابراز نارضایتی کردند و اعلام کردند که جایگاه اجتماعی و شان پزشکان حفظ نمی‌شود.	احساس تهدید هویت و درک کم از خود
پزشکان بیان کرده‌اند که تغییرات زیاد و اغلب غیرمنتظره در نوع خدمات، تعریف جامعه هدف و دریافت‌کنندگان خدمت در پی برنامه‌ها و دستورالعمل‌های جدید باعث بی‌ثباتی، تلاطم و خستگی می‌شود.	بی‌ثباتی و تغییرات مکرر

تدوین استراتژی‌های کاهش عوامل تنش‌زای شغلی مانند حمایت‌های معنوی مدیران، شرکت دادن پزشکان خانواده در تصمیم‌گیری‌ها، تقلیل ساعات کاری و یا افزایش پرداختی، سیاست‌گذاری‌های یکنواخت و متعادل در دستورالعمل‌های اجرایی برنامه پزشک خانواده، پرهیز از سیاست‌های چندگانه در طول اجرای برنامه در بین کارکنان می‌تواند موجب کاهش فرسودگی شغلی در بین پزشکان خانواده شود (۸۲). نتایج پژوهشی نشان داد که در مقایسه با پزشکان خانواده شهری و سایر پزشکان خارج از طرح پزشک خانواده، فرسودگی شغلی در پزشکان خانواده به ویژه روستایی بیشتر است که ممکن است دلیل آن کار در محیط‌های دورتر با امکانات کمتر، شرح وظایف بیشتر و شرایط سخت‌تر باشد (۸۴).

### ذ دیدگاه و نگرش پزشکان خانواده در مورد بیماری‌ها

پژوهشی با هدف بررسی دیدگاه و نگرش پزشکان خانواده در مورد پیشگیری و درمان بیماری‌های قلبی-عروقی انجام شد. با وجود اشتراک دیدگاه پزشکان خانواده درباره عوامل خطر بیماری‌های قلبی-عروقی، دیدگاه‌های متفاوتی در مورد کارایی درمان هر یک از این وجود عوامل دارند. عملکرد پزشکان درباره اهداف درمانی پرفشاری خون LDL و TG متفاوت است که این تفاوت عملکرد می‌تواند بر استراتژی مبارزه و کنترل عوامل خطر بیماری‌های قلبی-عروقی موثر باشد (۸۵). مطالعه دیگری در مورد آگاهی پزشکان خانواده از آنفولانزای H1N1 انجام شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که از ۳۷۳ پزشک خانواده شرکت‌کننده در مطالعه، ۰/۸٪ سطح آگاهی ضعیف، ۱۱/۳٪

سطح آگاهی متوسط، ۶۰/۳٪ سطح آگاهی خوب و ۲۷/۶٪ سطح آگاهی عالی در زمینه بیماری آنفولانزا داشتند. بنابراین، به طور کلی سطح آگاهی پزشکان خانواده شهری در حد نسبتاً بالا بوده است؛ اما شرکت در برنامه‌های آموزش مداوم برای افزایش سطح آگاهی و به روز کردن اطلاعات ضروری است (۸۶). در مورد نگرش و دانش پزشکان خانواده نسبت به بیماری پوکی استخوان نیاز مطالعه جداگانه‌ای انجام شده است. در این مطالعه، بر اساس مقیاس برش بلوم، نمرات دانش و عملکرد پزشک خانواده در حد متوسط بود و تنها ۱۴ و ۳۸/۵٪ از آنها از آگاهی و عملکرد خوب برخوردار بودند. نمره نگرش در سطح خوبی بود و ۶۴/۱٪ از شرکت‌کنندگان نگرش مثبت داشتند. میانگین نمره دانش و عملکرد در میان پزشکان خانواده که در محیط‌های عمومی کار می‌کنند به طور معنی‌داری بالاتر بود. پزشکان خانواده که دوره‌های آموزشی پوکی استخوان را گذرانده بودند، نمره نگرش بالاتری داشتند. همچنین، تنها ۲۳/۵٪ از پزشکان خانواده از وجود دستورالعمل ملی پوکی استخوان آگاهی داشتند (۸۶).

### ر) مزایای طرح پزشک خانواده

نتایج مطالعات مختلف و شاخص‌های بهداشتی و درمانی نشان داده است که از نظر پزشکان خانواده اجرای برنامه پزشک خانواده در سطح کشور مزایایی داشته است. در جدول زیر خلاصه مزایای استخراج شده از مطالعات مرتبط گزارش شده است.

## خلاصه یافته‌ها

ردیف	منبع مطالعه	طبقه	زیرطبقه
۱	(۸۷)		در این مطالعه بیش از ۸۶٪ پزشکان خانواده مهمترین مزیت طرح را تشکیل پرونده پزشکی برای بیماران عنوان کردند.
۲	(۷۵)		دسترسی آسان مردم به خدمات درمانی (۷۲٪) بهبود شاخص‌های سلامت (۶۳٪) تشکیل پرونده سلامت (۵۴٪) هماهنگی برون‌بخشی با تشکیل هیئت امنای (۴۷٪) سامان‌دهی وضعیت درمان (۳۸٪)
۳	(۸۸)		بهبود دسترسی به پزشک و دارو (۴۳،۵) کاهش هزینه‌های درمان (۳۹) معاینات سالیانه و تشکیل پرونده خانوار (۲۶) بیماریابی مناسب (۲۱،۷)
۴	(۸۹)		منافع ذکر شده در این مطالعه شامل منافع بهداشتی و درمانی (افزایش سطح شاخص‌های بهداشت عمومی و بهبود مراقبت‌ها و پرونده سلامت) و منافع اقتصاد (وجود بیمه برای روستاییان و کم شدن تعداد مراجعات به پزشکان متخصص) بود.
۵	(۹۰)		۸۰٪ پزشکان معتقد به کاهش هزینه‌های درمانی با اجرای طرح بودند. ۸۳٪ به راحتی شناخت بیماری‌های خانوادگی و قومی اعتقاد داشتند. ۸۳٪ پزشکان بر این باور بودند که طرح فوق باعث کاهش مصرف دارو می‌شود. ۸۲٪ معتقد بودند اجرای طرح در سرعت و دسترسی بیماران موثر است. همچنین، ۸۲٪ پزشکان معتقد بودند این طرح در رضایت مراجعه‌کنندگان موثر است.
۶			برقراری عدالت در سلامت دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی بهبود نظام ارجاع برای افزایش رفاه و کاهش هزینه‌ها ارتقاء بهداشت و درمان در حد مطلوب در نواحی روستایی از طریق تیم سلامت ارائه خدمات بهداشتی برای افراد کم درآمد روستایی یکسان کردن نظام ارجاع و فعال‌سازی مراکز بهداشتی و درمانی برای جلوگیری از مراجعه روستاییان به شهر برقراری عدالت و امکان استفاده از خدمات به طور یکسان
۷	(۹۱)	نقش برنامه در اقتصاد و رفاه جامعه	دسترسی آسان به پزشک بر خورداری از خدمات و امکانات درمانی رایگان باعث کاهش هزینه رفت و آمد و جلوگیری از اتلاف وقت شده است. رفاه در منطقه براساس دسترسی بیشتر به پزشک و خدمات سلامت و کاهش هزینه‌ها افزایش یافته که این امر، باعث افزایش کیفیت زندگی مردم شده است.
۸		نقش برنامه در فرهنگ و سبک زندگی	تغییر باروها و فرهنگ سازی، تغذیه سالم، توانمندسازی زنان و بهبود تحصیلات و سواد جامعه با توجه به اجرای برنامه پزشک خانواده ذکر شده است.
۹		نقش برنامه در سرمایه اجتماعی	اجرای برنامه موجب ارتقاء، کاهش تبعیض جنسیتی و مشارکت مردم و نهادها در حل مشکلات بهداشتی و درمانی شده است.



زیرطبقه	طبقه	منبع مطالعه	ردیف
	شناسایی بیماران مزمن در مراحل ابتدایی دسترسی بهتر مالی و زمانی اقشار بسیار ضعیف جامعه به پزشک شفافیت بیشتر فرآیند درمان کاهش خود درمانی‌ها	(۷۷)	۱۰
	کاهش هزینه‌ها دسترسی عادلانه ارتقاء سطح سلامتی ارائه خدمات به صورت سطح‌بندی شده	(۷۸)	۱۱
	افزایش میزان بیماری‌یابی و مراقبت‌ها کاهش پرداخت از جیب مردم افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی تحت پوشش قرار گرفتن جمعیت شهری	(۹۲)	۱۲
	غربالگری (یافتن اپیدمی در ابتدا، اختلالات ژنتیکی و روانی) پیگیری بیماران از نظر پاسخ درمانی و عوارض دارویی مدیریت هزینه‌های بالینی و پاراکلینیکی ارائه مشاوره و آموزش	(۶۸)	۱۳
	دسترسی آسان روستاییان به پزشک معاینات سالانه و تشکیل پرونده در منزل ارائه مراقبت‌های موثرتر برای مادران و کودکان زیر شش سال کاهش هزینه‌های درمانی بیماران بهبود دسترسی به پزشک و دارو غربالگری بیماران و تشخیص زودهنگام بیماری‌ها ارتقای شاخص‌های سلامت جامعه تشویق بهورزان و مربیان خانه‌های بهداشت	(۷۹)	۱۴

### (ز) کمک به ارتقاء اجرای برنامه پزشک خانواده

تیین نظرات پزشکان خانواده برای ارتقاء اجرای برنامه پزشک خانواده ضروری است که نتایج مطالعات انجام شده در این خصوص در جدول زیر ارائه شده است.

## خلاصه یافته‌ها

ردیف	منبع مطالعه	طبقه	زیرطبقه
۱		عوامل تسهیل کننده برای ارتقاء	توجه به سازماندهی، برنامه‌ریزی نیروی انسانی، فرآیند ارائه خدمات، ارزشیابی، آشناسازی، منافع بهداشتی درمانی و منافع اقتصادی از عوامل تسهیل کننده برای ارتقاء اجرای برنامه پزشکی خانواده عنوان شده است.
۲	(۹۳)	عوامل بازدارنده در ارتقاء برنامه	عوامل بازدارنده اداری (افزایش حجم مسئولیت و حجم کار، مرخصی، عدم وجود ملزومات و فضای فیزیکی، دفترچه بیمه و عدم توجه بیمه‌گر به مشکلات)، عوامل بازدارنده رفاهی (عدم امنیت شغلی، ناکافی بودن حقوق و مزایا، عدم جاذبه برنامه و سختی کار در مناطق روستایی) و عوامل بازدارنده انگیزشی (عدم توجه به سابقه کار پزشکان و دید نامناسب بیمه‌گر در خصوص پزشکان (دید ابزاری) از عوامل بازدارنده در فرآیند ارائه خدمات ذکر شده است.
۳	(۲۶)	اصلاحات مورد نیاز برای اجرای صحیح برنامه	در سطح سیاست‌گذاری اقداماتی همچون نقش تولیتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، یک کاسه کردن بیمه‌ها و فرهنگ‌سازی به عنوان اصلاحات مورد نیاز بیان شده است. در سطح اجرایی نیز به افزایش انگیزش شغلی پزشکان خانواده تاکید شده است.
۴	(۹۴)	بهبود ابعاد سیاست‌گذاری برنامه	پزشکان خانواده از بین ابعاد سیاست‌گذاری شده، وضعیت ابعاد اثربخشی، پایش، تناسب و تأثیرگذاری را بالاتر از حد متوسط و وضعیت ابعاد کفایت و کارایی را در حد متوسط ارزیابی کرده‌اند.
۵	(۷۸)	فرصت‌های موجود برای ارتقاء	فرصت‌های موجود برای ارتقاء شامل اهمیت سلامت نزد رهبری و مجلس، اشتغال‌زایی، بخش خصوصی، همکاری سازمان‌های بیمه‌گر و سطح سواد بالای گروه هدف (مردم) بود.
۶	(۶۶)	اولویت‌ترین راهکارهای ارائه شده	پرداخت‌های به موقع به پزشکان، توسعه فرهنگ‌سازی جامعه، برطرف نمودن مشکلات نظام ارجاع، کاهش تعداد جمعیت هر پزشک و جدا کردن حقوق مراقبان از پزشکان به عنوان راهکارهای اولویت‌دار بیان شده است.
۷	(۹۵)	اجرای برنامه از طریق شبکه بهداشت و درمان اولیه	در این مطالعه هفت جنبه اصلی مرتبط با شبکه بهداشت اولیه موجود شناسایی شد که به اجرای برنامه FP کمک کرد: «وجود یک شبکه معتبر و کارآمد PHC»، «دسترسی و پوشش جغرافیایی»، «ساختار سلسله مراتب کارآمد»، «تنها ساختار ممکن درمانی برای چالش‌های مزمن در روستا»، «FP به عنوان دروازه‌بان» و «نقش بخش خصوصی». بنابراین، وجود یک PHC کارآمد در تصمیم‌گیری سیاست‌گذاران برای اجرای برنامه FP بسیار مهم بود.
۸	(۹۶)	اجرا از طریق جدایی خریدار-ارائه دهنده	این مقاله بیان کرد که جدایی خریدار-ارائه دهنده (PPS) به عنوان یک استراتژی اساسی برای اجرای موازی FP و بیمه درمان روستایی در نظام مراقبت بهداشتی ایران می‌تواند عمل کند.
۹	(۹۷)	ضرورت انجام اقدامات اصلاحی در برنامه	اجرای گام به گام برنامه، فرم مشاوره به جای ارجاع، دریافت فرانشیز از بیماران، استفاده از نمایندگان پزشک خانواده برای تصمیم‌گیری، استفاده از کارت شارژ سلامت برای بیماران و شیفت‌های چرخشی ارائه‌کنندگان از اقدامات اصلاحی برنامه است.

ردیف	منبع مطالعه	طبقه	زیرطبقه
۱۰	(۹۸)	عوامل موثر بر پویاسازی برنامه	در این مطالعه، دیدگاه پزشکان شاغل در برنامه پزشک خانواده در زمینه پویاسازی شامل دو درون مایه عوامل مدیریتی (سازماندهی، برنامه ریزی نیروی انسانی، فرآیند ارائه خدمت، ارزشیابی، آشناسازی، منافع بهداشتی و درمانی و منافع اقتصادی) و منافع عمومی (عوامل بازدارنده اداری، عوامل بازدارنده رفاهی، عوامل بازدارنده انگیزشی، توجه ناکافی نظام بهداشتی و درمانی و توجه ناکافی مردم) بود.
۱۱	(۶۴)	فرصت‌های مطرح شده در برنامه	کاهش هزینه درمان در نظام سلامت، توزیع بیمه همگانی، ایجاد فرصت شغلی برای پزشک عمومی، ایجاد الگوهای منطقی در استفاده از داروها و تجهیزات پزشکی، وجود دیدگاه کارگروهی در نظام سلامت، تأمین عدالت در نظام سلامت، رفع دغدغه‌های مسئولان ارشد کشور مبنی بر رفع کلیه مشکلات بیماران به جز ابتلا به بیماری‌ها، وجود پزشک متخصص در تمامی زمینه‌ها اعم از مشاوره، درمان و تصمیم‌گیری برای بیمار از فرصت‌های عنوان شده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

مطالعات متعددی به بررسی دیدگاه و رضایت پزشکان خانواده از برنامه پزشک خانواده و ابعاد آن پرداخته‌اند که نتایج این مطالعات می‌تواند موجب بهبود اجرای برنامه در شبکه بهداشت و درمان کشور شود. در این راستا، ۱۶ مطالعه میزان رضایت پزشکان خانواده از برنامه و ابعاد آن را بررسی کرده‌اند که نارضایتی‌هایی در این زمینه وجود دارد که باید رفع شود. دلایل نارضایتی پزشکان خانواده مرتبط با مواردی همچون مسائل حقوق و پرداخت به پزشکان، ساعات کاری، عدم رعایت نظام ارجاع و عوامل رفاهی و معیشتی بود که باید موردتوجه قرار گیرد. همچنین، نتایج مطالعه‌ای نشان داد که کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده متوسط است و به دلیل نقش آن در رضایت پزشکان خانواده، باید راهکارهایی برای ارتقاء آن به کارگرفته شود. میزان ماندگاری و تمایل پزشکان برای فعالیت در برنامه پزشک خانواده نیز بالا نمی‌باشد و عوامل ترغیب‌کننده و بازدارنده متعددی در این زمینه موثر هستند.

چند مطالعه نیز به بررسی عملکرد پزشکان از دیدگاه خودشان پرداخته است که برای نمونه در پژوهشی بعد مدیریت عملکرد به عنوان قوی‌ترین بعد و بعد مدیریت سلامت منطقه به عنوان ضعیف‌ترین بعد در میان ابعاد ارزیابی شده بود. به طور کلی، توانمندسازی پزشکان خانواده در ابعاد مختلف همچون مهارت‌های بالینی، ارتباطی، پژوهشی، فناوری اطلاعات سلامت و غیره از ضروریات اجرای مناسب برنامه است. در رابطه با نظام ارجاع، پژوهشی میزان آگاهی و فرهنگ جمعیت تحت پوشش، همکاری پزشک متخصص و امکانات و تسهیلات را نامطلوب و دانش و مهارت کارکنان سلامت را مطلوب ارزیابی کرد. همچنین، پژوهشی به نقش ارائه‌کنندگان خدمات سطوح بالاتر، بیماران، پزشکان خانواده و سازمان‌های مجری و ناظر در رعایت زنجیره ارجاع در برنامه تاکید کرد. البته در این مسیر استفاده از فرصت‌های موجود و رفع نواقصی همچون ضعف در تسهیلات و امکانات نیز می‌تواند به اجرای بهتر نظام ارجاع کمک کند.

در رابطه با آموزش الکترونیکی نیز در پژوهشی حدود ۷۵٪ پزشکان خانواده بیان کردند نگرش مثبتی به این نوع آموزش دارند؛ اما مشکلات مربوط به دسترسی به اینترنت و رایانه و سوال و پاسخ باید رفع شود که این

نوع آموزش می‌تواند موجب صرفه‌جویی در وقت و هزینه‌ها شود. نیازهای آموزشی پزشکان خانواده نیز در مطالعاتی بررسی شده است که در حوزه‌های مختلف سلامت روان، سلامت جمعیت، آموزش سلامت، دهان و دندان و گسترش شبکه و بهداشت این نیازها مشهود است.

باتوجه به نتایج مطالعات منشر شده در خصوص، چالش‌های برنامه پزشک خانواده در سه دسته چالش‌های کلی، چالش‌های برنامه پزشک خانواده شهری و چالش‌های برنامه پزشک خانواده روستایی ارائه شد. مطالعات فراوانی در این زمینه به بررسی دیدگاه پزشکان خانواده در خصوص چالش‌ها و مشکلات برنامه پرداخته‌اند که در مسائل مختلفی همچون مالی، انگیزشی، زیرساختی، فرهنگی، آموزشی، اجرایی، ساختاری و اطلاعاتی، هماهنگی بین بخشی، تولیدی و غیره دسته‌بندی شده‌اند. همچنین، با وجود دستاوردهای زیاد برنامه پزشک خانواده در کشور، این برنامه ضعف‌هایی نیز دارد که مطالعات انجام شده به آن اشاره کرده‌اند. ضعف در پرداخت به پزشکان، ارجاع معکوس، مشکلات تعرفه، نبود فضای و امکانات مناسب، توجیه نبودن روستاییان، درمان محوری در نظام سلامت، نبود هماهنگی، مشارکت ضعیف بخش خصوصی، افزایش حجم کاری، نبود امنیت شغلی و غیره نیز به عنوان ضعف‌های اساسی توسط پزشکان خانواده بیان شده است.

فرسودگی شغلی نیز از مشکلاتی است که در بین کارکنان سلامت بخصوص پزشکان خانواده در مطالعاتی بررسی شده است. وجود قوانین و مقررات نامناسب و متعدد، فشار و استرس ناشی از حجم کار و نیروی انسانی نامتعادل، عدم آگاهی از تعهدات خود، درماندگی و ناامیدی در انجام تکالیف و وظایف، محرومیت از پیشرفت حرفه‌ای، احساس تهدید هویت و درک کم از خود و بی‌ثباتی و تغییرات مکرر از عوامل منجر به فرسودگی شغلی در پژوهشی بین پزشکان خانواده عنوان شده است.

در زمینه مزایای برنامه پزشک خانواده نتایج مطالعات نشان داد که اجرای این برنامه موجب دسترسی بهتر آحاد جامعه به خدمات سلامت، برقراری عدالت در سلامت، ارتقاء خدمات بهداشت و درمان، کاهش هزینه‌های درمانی، افزایش رضایت مراجعه‌کنندگان، معاینات سالیانه و تشکیل پرونده، بیماریابی مناسب، کمک برنامه در اقتصاد و رفاه جامعه، فرهنگ و سبک زندگی و سرمایه اجتماعی جامعه شده است. برای ارتقاء برنامه پزشک خانواده عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده‌ای وجود دارد که با انجام اصلاحات مورد نیاز می‌توان به اجرای صحیح برنامه کمک کرد. در این راستا فرصت‌هایی وجود دارد که با استفاده از راهکارهای ارائه شده و جدایی خریدار و ارائه دهنده و انجام اقدامات اصلاحی به برنامه کمک کرد که در مطالعات مختلفی به این موارد اشاره شده است.

## منابع

1. Kabir MJ, Hassanzadeh-Rostami Z, Ashrafian Amiri H, Nasrollapour Shirvani SD, Keshavarzi A, Hosseini S. Family Physicians' satisfaction with factors affecting the dynamism of the urban family physician program in the Fars and Mazandaran provinces of Iran. *Malaysian family physician : the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*. 2019;28-36:(3)14.
۲. اصل ام. بررسی نظام پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان طرف قرارداد کمیته امداد امام خمینی (ره). *مجله پزشکی تأمین اجتماعی*، پیاپی ۱۴. ۱۳۸۲.
3. Saadat Torabian, Behzad Damari, Mohammad Ali Cheraghi. 'Rural Insurance': family physicians' satisfaction. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2014;561-73:(5)13.
4. Mohtasham Amiri, Taheri M, Rahimi H, Jalali MM, Dadashi A, Ehsani M. Family Physicians' Attitudes Towards CME Training Electronic Site in Guilan-2010. *Research in Medical Education*. 2011;52-7:(2)3.
5. Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: The mutual satisfaction of physicians and health care team members. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2012;23-30:(92)18.
۶. ترابیان س، چراغی م، آذرهمایون ا. میزان رضایت‌مندی پزشکان خانواده از «برنامه پزشک خانواده» در استان همدان. *پایش*. ۱۳۹۲؛۱۲(۳):--.
۷. خوبان ح، دهرآزما ب، فرخانی ام. آیا برنامه پزشک خانواده در ایران توانسته رضایت اعضای تیم سلامت را تأمین کند: مطالعه‌ای از دانشگاه علوم پزشکی مشهد. *مجله سازمان نظام پزشکی مشهد*. ۲۰۱۴؛۱۷(۳):۱۲۱-۴.
8. Mikaniki E, Ashrafian Amiri H, Nasrollapour Shirvani S, Kabir M, Jafari N, Nahimi Tabiei M, et al. Satisfaction of Family Physicians (FPs) about the Effective Factors on Activation of FP Program and Rural Insurance in the Northern Provinces of Iran. *Journal of Babol University Of Medical Sciences*. 2014;7-:(1)16-15.
9. Asgari H, Kheirmand M, Rohani M, Sadoughi S, Malekpour Z. Satisfaction of physicians and midwives participating in the rural family physician and insurance scheme with the plan in Isfahan province, 2010. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2012;11-20:(2)10.
10. Shaarbafchi Zadeh N, Shabankareh K, Khakdel Z, Farabi R, Lashkari R, Ghaseemi M. The Effect of Health System Reform Plan on Satisfaction of Family Physicians of South Khorasan Province. *Health\_Based Research*. 2019;247-:(3)5-60.
۱۱. مفتون ف، فرزندی ف، آیین پرست ا. بررسی زمان ویزیت در طرح پزشک خانواده از دیدگاه ارائه

دهندگان خدمات. پایش. ۱۳۹۴؛ ۱۴(۶):-.

12. Farzaneh Maftoon, Faranka Farzadi, Ali Montazeri, Afsoon Aeenparast. Contract performance and training conditions in family physician and referral system: the providers' perspectives. Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research. 201619-25:(1)15؛.
13. Kabir MJ, Heidari A, Adel R, Khatirnamani Z. Assessing the Quantitative and Qualitative Status of the Family Physician Plan from the Perspective of Family Physicians, Health Team Members and Staff Experts. Health Research Journal. 2021308-18:(4)6؛.
14. Moosazadeh M, Abedi G, Farshidi F, Naghibi A, Rostami F, Afsharimoghaddam A. Satisfaction Rate of Service Recipients and Providers of Rural Family Physician Program in Iran: A systematic Review and Meta-analysis. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2015165-80:(131)25؛.
15. Satisfaction of Service Recipients and Providers in Health Centers with Urban Family Physician Services and Other Health Centers in Sari and Gorgan, North of Iran. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 201980-9:(172)29؛.
16. پور خمر. . Satisfaction of Family Physician Plan: Viewpoint of Physicians and Health Service Consumers in Kerman, Southeast of Iran. Galen Medical Journal. 2015.
17. Abedi G, Charati JY, Marvi A. Satisfaction of Service Recipients and Providers in Health Centers with Urban Family Physician Services and Other Health Centers in Sari and Gorgan, North of Iran. JOURNAL OF MAZANDARAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES,[online]. 201980-9:(172)29؛.
۱۸. احمدی ر، احمدی ح، سارانی م. مقایسه ی تطبیقی عوامل موثر بر رضایت مندی پزشکان و بهورزان از سامانه ی سیب. مجله دانشکده پزشکی زابل. ۲۰۲۰؛ ۳(۳):۱۰۲-۸.
۱۹. نکویی مقدم م، قربانی نیا ر، کامیابی ع، بهزادی گودری ف، مهراییان م. بررسی کیفیت زندگی شغلی پزشکان خانواده در استان کرمان - ۱۳۸۹. مجله علمی سازمان پزشکی جمهوری اسلامی ایران. ۱۳۹۴؛ ۳۳(۲):-.
20. Akbarian Bafghi AB, Zare Z, Rahimi N. Quality of Work Life in Family Physicians of Bam, Iran. J Family Reprod Health. 202032-7:(1)14؛.
۲۱. علی گل، محمدبیگی. بررسی تمایل پزشکان بخش خصوصی نسبت به مشارکت در برنامه پزشک خانواده با استفاده از مدل انتشار نوآوری، قم سال ۱۳۹۱. Qom Univ Med Sci J. ۱۴؛ ۲۰(۱):۲۷-۳۴.
۲۲. مردانی، آرمین، سردار، اکرم. بررسی مشکلات پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی استان خراسان رضوی: یک بررسی مقدماتی. مجله سازمان نظام پزشکی مشهد. ۲۰۱۴؛ ۱۸(۱):۱۷-۲۰.

۲۳. ترابیان س، چراغی م، آذرهمايون ا. میزان رضایت‌مندی پزشکان خانواده از " برنامه پزشک خانواده" در استان همدان. پایش. ۱۳۰۱۳؛۱۲(۳):۲۸۹-۹۶.
24. Babazadeh Gashti A, Jafari N, Kabir MJ, Heidari A, Behnampour N, Honarvar MR, et al. Assessing rural family physicians performance according to health-care managers, family physicians, and patients in Golestan province, Iran. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2016;23-32:(132)25.
25. Kor EM, Rashidian A, Hosseini M, Azar F, Arab M. Acceptability of the urban family medicine project among physicians: A Cross-sectional study of medical offices, Iran. *Glob J Health Sci*. 2016;56295:(10)8.
۲۶. عرب، محمد، شفيعی، ميلاد، ايری، صفری، et al. بررسی نگرش پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران نسبت به اشتغال خود: با رویکرد کیفی. *مجله بیمارستان*. ۱۳۰۱۲؛۱۲(۳):۱۹-۲۸.
۲۷. رجا م، پور ن، اشکان، زاده م، جانمحمد. عوامل مرتبط با ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار در استان کهگیلویه و بویراحمد- سال ۱۳۸۸. *Armaghane danesh*. ۱۳۸۸؛۱۹(۴):۳۶۱-۷۰.
۲۸. صدیقی س، امینی م، میلاد، پوررضا. علل کناره‌گیری پزشکان از طرح پزشک خانواده روستائی در سال ۱۳۹۱. *مدیریت بهداشت و درمان*. ۱۳۹۱؛۲۰(۴):۳۳-۴۳.
29. Kabir M, Hassanzadeh-Rostami Z, Amiri HA, Shirvani SN, Keshavarzi A, Hosseini S. Family Physicians' satisfaction with factors affecting the dynamism of the urban family physician program in the Fars and Mazandaran provinces of Iran. *Malaysian family physician: the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*. 2019;28:(3)14.
۳۰. عاطفی ع، آقامحمدی س، جمشیدبیگی ع، ضرابی م، پوررضا، شریعتی م. بررسی عوامل مؤثر بر ترک خدمت پزشکان خانواده در مناطق روستایی استان‌های با ضریب محرومیت کمتر از ۱/۴ (برخوردار) کشور. *فصلنامه پژوهش حکیم*. ۱۳۰۱۴؛۱۷(۱):۴۴-۷.
۳۱. فرخانی ام، خوبان ح، دهرآزما ب، عارفی ور، سعادت ف. علل پائین بودن ماندگاری پزشکان خانواده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد. *مدیریت اطلاعات سلامت*. ۱۳۰۱۵؛۱۲(۱):۱۱۷-۲۴.
۳۲. زاده ج، پور ح، نصیرزاده، زاده ط، رضایی، احمدی، et al. بررسی عوامل فردی، سازمانی و محیطی بر ماندگاری پزشکان خانواده در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. *راهبردهای مدیریت در نظام سلامت*. ۱۳۰۲۰؛۲۳(۱):۳۱-۲۰.
۳۳. خلفی، شیرخانی، برزان، قیاسی، پوررضا. بررسی میدانی جاذبه‌ها و دافعه‌های طرح پزشک خانواده از دیدگاه دانشجویان سال آخر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و پزشکان خانواده شاغل در شبکه‌های بهداشتی شهر تبریز. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*. ۱۳۰۱۳؛۱۱(۱):۵۱-۶۰.

۳۴. بررسی عوامل موثر بر ترک خدمت پرسنل پزشک خانواده روستایی در غرب استان هرمزگان: غیر دولتی - دانشگاه آزاد اسلامی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت - پژوهشکده علوم؛ ۱۳۹۵.
۳۵. سبحانیان, هادی سم, مهرارار, عبادی. بررسی مولفه‌های اثرگذار بر تصمیم پزشکان عمومی جهت ورود به طرح پزشک خانواده؛ مطالعه موردی: شهر تهران. فصلنامه تحقیقات مدل سازی اقتصادی. ۲۰۱۷؛ ۷(۲۶): ۴۰-۷.
۳۶. جعفری م, مهرنوش, توسلی, محمود, محمدزاده ع, خلیل. عوامل مرتبط با ماندگاری پزشکان برنامه پزشک خانواده مراکز خدمات جامع سلامت روستایی سبزوار با استفاده از تکنیک دیمتل (DEMA-TEL). پیآورد سلامت. ۲۰۲۱؛ ۱۴(۵): ۳۴-۴۲۴.
37. Rezaee R, Shoaahaghighi P, Bordbar N, Tavani K, Ravangard R. Factors Affecting the Family Physicians' Intention to Leave the Job: A Case of Iran. The Open Public Health Journal. 2019;12(۱):۱۲-۲۰.
38. Rafiei S, Mohebbifar R, Ranjbar M, Akbarirad F. The preferences of general practitioners regarding family physician contract in the underprivileged areas of Iran in using conjoint analysis. Evidence Based Health Policy, Management and Economics. 2019.
39. Kashfi SM, Yazdankhah M, Kashfi SH, Jeihooni AK. The performance of rural family physicians in Fars province, Iran. Journal of family medicine and primary care. 2019;269:(1):8۴.
۴۰. کشفی, منصور, نجات, قدیر, یزدانخواه, زاده ح, et al. بررسی نحوه‌ی عملکرد پزشکان خانواده روستایی استان فارس در راستای اجرای طرح پزشک خانواده ۱۳۹۲. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا. ۲۰۱۶؛ ۲(۲): ۹-۲۰۲.
۴۱. گشتی, بابازاده ا, جعفری, کبیر, حیدری, پور ب, et al. بررسی عملکرد پزشکان خانواده روستایی استان گلستان از دیدگاه مدیران, پزشکان خانواده و بیماران. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences (JMUMS). ۲۰۱۶؛ ۲۵(۱۳۲): ۱۳۲-۱۳۷.
۴۲. کشاورزی, آناهیتا, کبیر, امیری ا, ربیعی, سیدمظفر, et al. ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری ایران از دیدگاه مدیران و مجریان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۲۰۱۷؛ ۱۹(۱۱): ۶۷-۷۵.
۴۳. مناقب, نژاد م. خود ارزیابی اینترنت ها و پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی جهرم در زمینه حداقل توانمندی‌های پزشک عمومی. راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی. ۲۰۱۷؛ ۴(۱): ۲۷-۳۹.
۴۴. پور ن, امیراشکان, متقی, منیکا, نوایی. عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال‌های ۹۰-۱۳۸۵. فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت. ۲۰۱۴؛ ۳(۳): ۵۸-۶۸.



۴۵. روحانی، صمد، باقر. تجربه پزشکان خانواده روستایی درباره ارجاع بیماران و راه‌های بهبود آن (یک مطالعه کیفی). مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۲۵(۱۳۱): ۱-۱۳.
۴۶. ظهیری، منصور، محمدی، عفت، پور ن، ژیلای، et al. بررسی دیدگاه پزشکان عمومی در مورد سیاست‌های مندرج در دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری؛ استان خوزستان ۱۳۹۴. مدیریت بهداشت و درمان. ۲۰۱۷؛ ۸(شماره ۲): ۶۳-۷۳.
۴۷. کبیر، حیدری، هنرور، خطیرنامنی، بدخشان، عباس، et al. استقرار نظام ارجاع الکترونیک در استان گلستان: فرصت‌ها و تهدیدها. نشریه پژوهش‌های سلامت محور. ۲۰۲۰؛ ۶(۲): ۱۵۱-۱۶۷.
۴۸. امید، اطهر، یمانی، نیکو، حیدری، کمال، et al. نیازهای آموزشی پزشکان عمومی داوطلب در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. ۲۰۱۳؛ ۱۳(۶): ۴۷۰-۹.
۴۹. امیری م، طاهری، ماهدخت، کلامرودی، جلالی، میرمحمد، et al. بررسی نگرش پزشکان خانواده استان گیلان در مورد سایت آموزش مداوم الکترونیکی ویژه پزشکان خانواده. پژوهش در آموزش علوم پزشکی. ۲۰۱۱؛ ۳(۲): ۵۲-۷.
۵۰. میترا، آیدا، دک، جوادک، غلامرضا عف، کامیار، ا، پریسان، et al. ارزشیابی دوره آموزش مجازی مدیریت عالی بهداشت عمومی (MPH) پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی شیراز.
۵۱. شیرینی، منصور، عسگری، اله، طالبی، کرملیان، et al. بررسی نیازهای آموزشی پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان اصفهان در پنج حیطة سلامت. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. ۲۰۱۱؛ ۱۰(۵): ۷۲۶-۳۴.
۵۲. عبدالغنی، سمیه اکبری، ف، عبدالباسط ریگی م. تعیین نیازهای آموزشی پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان سیستان و بلوچستان در سال ۹۸-۱۳۹۷. پنجمین کنفرانس بین المللی بهداشت، درمان و ارتقای سلامت ۱۳۹۹.
53. Karimi M, Mirzaei M, Rahim Z. Educational needs of family physicians in Yazd province. Journal of Medical Education and Development. 201239-46:(1)6۹.
۵۴. مناقب، اسماعیل س، محمدی. آگاهی و نگرش اساتید بالینی، پزشکان خانواده و کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جهرم در مورد اعلام خبر بد. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. ۲۰۱۱؛ ۱۱(۵): ۴۳۶-۴۳.
۵۵. خدیوی، میلانی، شاکریمی خوزانی م، معتمدی ن، مقدس ط. بررسی تاثیر برنامه ی آموزش از راه دور بر دانش و نگرش پزشکان عمومی متقاضی خدمت در برنامه ی پزشک خانواده در مناطق شهری استان اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان. ۱۳۹۵؛ ۳۴(۴۱۱): -.
۵۶. طاهره ف، سلیمه لچ، بالقیس صن. سواد اطلاعاتی پزشکان خانواده شهری استان مازندران.

57. Shakeshaft A, Nassirimanesh B, Day C, Dolan KA. Perceptions of substance use, treatment options and training needs among Iranian primary care physicians. *International Journal for Equity in Health*. 2005;16(1):4.
58. Shirazi M, Zeinaloo AA, Parikh SV, Sadeghi M, Taghva A, Arbabi M, et al. Effects on readiness to change of an educational intervention on depressive disorders for general physicians in primary care based on a modified Prochaska model—a randomized controlled study. *Family Practice*. 2008;98-104(2):25.
59. Sanaiey NZ, Karamnejad S, Rezaee R. Educational needs of family physicians in the domains of health and conformity with continuing education in Fasa University of Medical Sciences. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*. 2015;84(2):3.
60. Shiraly R, Mahdaviyazad H, Pakdin A. Doctor-patient communication skills: a survey on knowledge and practice of Iranian family physicians. *BMC Family Practice*. 2021;11-7(1):22.
61. Mahdaviyazad H, Keshtkar V, Emami MJ. Osteoporosis guideline awareness among Iranian family physicians: results of a knowledge, attitudes, and practices survey. *Primary health care research & development*. 2018;485-(5):19-91.
۶۲. عاطفه تار سعید ح، نادیا ا، سعید م. درک، آگاهی و انتظارات مردم و پزشکان از اجرای طرح پزشک خانواده: مطالعه موردی شهر شیراز (مطالعه موردی).
۶۳. آباد مب، جمیل، آباد مب، امجد، ولیئی، سینا، et al. چالش‌ها و موانع برنامه پزشک خانواده روستایی از دیدگاه ذی‌نفعان در استان کردستان: مطالعه کیفی. *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*. ۲۰۱۹؛۱۵(۱):۴۷-۵۶.
64. Dargahi H, Darrudi A, Zalvand R. Family Medicine Program in Iran: SWOT Analysis and TOWS Matrix Model. *Iranian Journal of Public Health*. 2019;1140(6):48.
۶۵. فرزادفر، فرشاد، جعفری، رحمانی، خالد، ولیئی، et al. دیدگاه مدیران، گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات سلامت در زمینه مشکلات اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران: یک مطالعه کیفی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*. ۲۰۱۷؛۲۲(۵):۶۶-۸۳.
۶۶. کبیر، امیری، زاده‌رستمی ح، ممتن، ظفرمند، شیروانی نپ، et al. دستاوردها و چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران: دیدگاه مدیران و مجریان. *راهبردهای مدیریت در نظام سلامت*. ۲۰۱۹؛۴(۲):۱۴۸-۵۹.
67. Sarvestani RS, Kalyani MN, Alizadeh F, Askari A, Ronaghy H, Bahramali E. Challenges of family physician program in urban areas: a qualitative research. *Archives of Iranian Medicine*. 2017;446-51(7):20.

68. SAFARPOUR AR, ZARSHENAS L, Jaber A, IMANIEH MH, MEHRABI M. Developing Urban Family Physician Program in Shiraz, Fars Province, the Doctors' Experiences: A Qualitative Research. SHIRAZ E MEDICAL JOURNAL. 2020(21):-.
69. Hooshmand E, Nejatadegan Z, Ebrahimipour H, Bakhshi M, Esmaili H, Vafaenajar A. Rural family physician system in Iran: Key challenges from the perspective of managers and physicians, 2016. International Journal of Healthcare Management. 2019(2):123-30.
۷۰. مردانی آر، سردار ا. بررسی مشکلات پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی استان خراسان رضوی: یک بررسی مقدماتی. مجله سازمان نظام پزشکی مشهد. ۱۴۰۱؛۲۰(۱):۱۷-۲۰.
۷۱. هوشمند ا، نجات زادگان ز، ابراهیمی پور ح، اسماعیلی ح، وفایی نجار ع. چالش‌های نظام پزشکی خانواده روستایی شمال شرق ایران از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در طرح. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا. ۱۳۹۸؛۹(۴):۱۳۹۸-۴۰۱۲۷۰#۴)-.-.
۷۲. محمدیان م، وفایی نجار ع، نجات زادگان عیدگاهی ز، جاجرمی ح، هوشمند ا. بررسی چالش‌های طرح پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و پزشکان در استان خراسان شمالی، ۱۳۹۵. فصلنامه علمی-پژوهشی علوم پیراپزشکی و توانبخشی. ۲۰۱۸؛۲۰(۱):۱۴-۲۴.
۷۳. مهرالحسنی م، جعفری سیریزی م، پورحسینی س، یزدی فیض آبادی و. چالش‌های اجرای سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان کرمان: یک مطالعه کیفی. بهداشت و توسعه. ۱۳۹۱؛۱(۳)-.-.
۷۴. شیرجنگ ا، محفوظ پور س، مسعوداصل ا، دشمن گیر ل. چالش‌ها و راهکارهای اجرای پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه کیفی. تصویر سلامت. ۱۳۹۹؛۱۱(۱):۱۰۸۹۸#۱)-.-.
75. Afkar A, Pourrza A, Khodabakhshi njad V, Mehrabian F. Family physician performance from the perspective of Gilani customers. Hospital. 2013(39-48):12.
۷۶. جنتی ع، ملکی م، زاده مق، نریمانی م، وکیلی س. ارزیابی نقاط قوت و نقاط ضعف طرح پزشک خانواده. مجله دانش و تندرستی در علوم پایه پزشکی. ۲۰۱۰؛۴(۴):۳۹-.-.
77. Study perception, knowledge and expectations from population and physicians points of view about implementation of family physician program: a case study in Shiraz. journal of medical council of islamic republic of iran. 2015(2):147-55.
78. Safizadehe Chamokhtari K, Abedi G, Marvi A. Analysis of the Patient Referral System in Urban Family Physician Program, from Stakeholders' Perspective Using SWOT Approach: A Qualitative Study. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2018(75-87):161-28.
79. Dargahi H, Darrudi A, Zalvand R. Family Medicine Program in Iran: SWOT Analysis and TOWS Matrix Model. Iran J Public Health. 2019(1140-8):6-48.

۸۰. زاده م، مهرالسادات، نجار و، پورت، اسماعیلی، اله ح، et al. فرسودگی شغلی و شاخص‌های تاثیرگذار محیط کار بر آن در بین پزشک‌های خانواده خراسان رضوی. فصلنامه علمی تخصصی طب کار. ۲۰۱۳؛ ۵(۴): ۴۲-۵۱.
۸۱. سعیدی، خدایی، غلامحسن، درخشان. بررسی ارتباط سندرم فرسودگی شغلی با میزان حمایت اجتماعی و عزت نفس در کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان مشهد پس از استقرار برنامه پزشک خانواده. مجله سازمان نظام پزشکی مشهد. ۲۰۱۴؛ ۱۸(۱): ۱۲-۶.
۸۲. رجائیان، مهشید، کیمیافر، خلیل، محمودیان، سانازسادات، et al. بررسی فرسودگی شغلی در پزشکان خانواده روستایی شاغل در مراکز بهداشت شهرستان مشهد-۱۳۹۳. مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. ۲۰۱۹؛ ۳۶(۱): ۲۸-۳۳.
83. Keshvari M, Mohammadi E, Boroujeni AZ, Farajzadegan Z. Burnout: interpreting the perception of Iranian primary rural health care providers from working and organizational conditions. *International Journal of Preventive Medicine*. 20123؛(Suppl1):S79.
۸۴. رهنما، احمدی، مهشید، خلیلیان، امیری س. مقایسه فراوانی علائم فرسودگی شغلی در پزشکان عمومی شاغل در طرح پزشک خانواده با سایر پزشکان عمومی در استان مازندران در ۱۳۹۷. مجله تحقیقات سلامت در جامعه. ۲۰۱۹؛ ۵(۳): ۳۹-۵۱.
۸۵. نژاد س، ویسانی، پیشه د، زاده ا، عبدالرحیم، رضاییان، et al. بررسی نگرش و عملکرد پزشکان خانواده درباره پیشگیری و درمان بیماری‌های قلبی-عروقی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ۲۰۱۳؛ ۲۱(۶): ۲۶۸-۷۵.
۸۶. بابامحمودی، فرهنگ، اعرابی، مهدوی، زاده م، شناس ح، et al. بررسی سطح آگاهی پزشکان خانواده شهری شاغل در استان مازندران در مورد بیماری آنفولانزای H1N1. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۲۰۱۷؛ ۲۷(۱۵۱): ۱۳۰-۹.
۸۷. اصل ام. بررسی نظام پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان طرف قرارداد کمیته امداد امام خمینی (ره). مجله پزشکی تأمین اجتماعی. ۲۰۰۴؛ ۳(۱۴): ۱۰-.
۸۸. جنتی ع، ملکی م، قلی زاده م، نریمانی م، وکیلی س. ارزیابی نقاط قوت و نقاط ضعف طرح پزشک خانواده. (دانش و تندرستی در علوم پایه پزشکی (مجله دانش و تندرستی). ۱۳۸۸؛ ۴(۴): -.
89. Bayati A, Ghanbari F, Maleki A, Hoseini SS, Shamsi M. The Experiences of Health Team Members Regarding General Interest in the Family Medicine Programs in Arak Health Centers in 2012. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 20140-:(1)17؛.

۹۰. جهان پناه س، علی ف. بررسی اثر طرح پزشک خانواده بر بهبود فرآیند درمان استان لرستان (نظرسنجی از پزشکان شاغل در طرح پزشک خانواده کمیته امداد امام). پزشکی تأمین اجتماعی. ۱۳۸۵؛ سال پنجم (۲۸): ۸-.
۹۱. زهرا جرجان شوشتری، معصومه د، زهره م، منیر برادران ا، شیرین جلالی ن، پریسا ش، et al. برنامه پزشک خانواده روستا و نقش آن در مسائل اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی جامعه. رفاه اجتماعی. ۱۳۹۲؛ سال سیزدهم (۵۱): ۴۳-۶۷.
92. Kabir MJ, Ashrafian Amiri H, Hassanzadeh-Rostami Z, Momtahn R, Zafarmand R, Nasrollahpour Shirvani SD. Achievements and Challenges in Implementing Urban Family Physician Program in Iran: Viewpoint of Managers and Executives. *Management Strategies in Health System*. 2019;148-59:(2)4.
۹۳. بیاتی، اکرم، قنبری، حسینی، شهریار س، ملکی، et al. بررسی عوامل مؤثر بر ارتقاء اجرای برنامه پزشک خانواده از دیدگاه اعضای تیم سلامت. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۲۴(۱۱۵): ۲۲-۳۵.
۹۴. عسکری را، زهابی ف، جعفری ح، زهابی م. بررسی وضعیت اجرای برنامه پزشک خانواده و انطباق آن با ابعاد سیاست‌گذاری شده از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات در استان یزد. طلوع بهداشت. ۱۳۹۴؛ ۱۴(۳) (مسلسل ۵۱): -.
95. Takian A, Doshmangir L, Rashidian A. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. *Family practice*. 2013;51-9:(5)30.
96. Takian A, Rashidian A, Doshmangir L. The experience of purchaser-provider split in the implementation of family physician and rural health insurance in Iran: an institutional approach. *Health policy and planning*. 2015;1261-71:(10)30.
97. SAFARPOUR A, Zarshenas L, Jaberi A, Imanieh MH, Mehrabi M. Developing Urban Family Physician Program in Shiraz, Fars Province, the Doctors' Experiences: A Qualitative Research. *SHIRAZ E MEDICAL JOURNAL*, [online]. 2020-:(1)21.
۹۸. بیاتی، اکرم، قنبری، ملکی، اکرم، حسینی، et al. عوامل مؤثر بر پیویاسازی برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان شاغل در برنامه: مطالعه‌ای کیفی. دانشور پزشکی. ۲۰۱۵؛ ۲۳(۲): ۳۹-۴۸.

# دیدگاه و رضایت اعضای تیم پزشکی خانواده

## مقدمه

در برنامه پزشکی خانواده در شبکه بهداشت و درمان، گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی و درمانی که بسته خدمات سلامت را در اختیار جامعه قرار می‌دهند و مسئولیت آنان با پزشک خانواده است (از جمله بهورزان، کاردان‌ها و کارشناسان حرف پیراپزشکی) به عنوان گروه سلامت وی را یاری می‌کنند. یکی از عناصر اصلی عملکرد شغلی و حرفه‌ای این کارکنان رضایت شغلی است که باید مورد توجه قرار گیرد. در واقع رضایت شغلی باعث افزایش اثربخشی، کارایی و بهره‌وری سازمان و احساس رضایت‌مندی فرد می‌شود. عوامل متعدد داخلی و خارجی در سطح سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌توانند بر رضایت شغلی اعضای تیم سلامت تأثیر داشته باشند که عملکرد آنها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. از آنجایی که اجرای طرح پزشکی خانواده یک اقدام اساسی و یک تحول مهم در بحث ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در ایران محسوب می‌شود، بررسی دیدگاه و رضایت اعضای تیم سلامت ضروری است که در اجرای هر چه بهتر این برنامه می‌تواند مفید باشد؛ لذا در این قسمت از گزارش برنامه پزشکی خانواده موارد زیر ارائه می‌شود:

الف) رضایت اعضای تیم سلامت؛

ب) مشکلات و چالش‌های مطرح شده توسط اعضای تیم سلامت؛

ج) نقاط ضعف و قوت برنامه از دیدگاه ارائه‌دهندگان؛

د) آگاهی و آموزش اعضای تیم سلامت؛

و) دیدگاه اعضای گروه سلامت در مورد راهکارهای ارتقاء اجرای.

## نتایج

در ادامه هر یک از موارد بالا به تفصیل ارائه شده است.

### الف) رضایت اعضای گروه سلامت

شواهد منتشر شده در زمینه رضایت اعضای گروه سلامت نشان دهنده تفاوت در نتایج بین مطالعات در این زمینه می‌باشد. در مطالعه‌ای میانگین رضایت‌مندی ماماها از طرح پزشکی خانواده ۴۸/۹۵٪ بود که بیشترین رضایت‌مندی ۶۷/۱٪ از مکان ارائه خدمت و کمترین رضایت‌مندی ۳۰/۶٪ از مسائل مالی بود. همچنین، ماماها رضایت کمتری از زمان ارائه خدمات داشتند که در جایگاه دوم بعد از مسائل مالی بود. به طور کلی ۵۴,۱۹ ماماها از طرح راضی و ۳۲٪ ناراضی بودند و بقیه نیز بی نظر بودند. بنابراین، نیاز است در مورد کاهش ساعات کاری ماماها و برقراری تناسب میزان حقوق و پرداختی به آنها برنامه‌ریزی مجدد صورت پذیرد (۱).

در مطالعه دیگری، ماماها بالاترین میانگین رضایت را از حیطة همکاران و ارتباطات و کمترین رضایت را از حقوق و مزایای پرداختی داشتند. در این مطالعه، ترتیب رضایت در بین ماماها عبارت بود از: ۱. همکاران و ارتباطات ۲. طبیعت کار/احساس رضایت شغلی و اغناء روحی ۳. فرصت پیشرفت/ارتقاء مقام ۴. مدیریت/مسئولیت‌پذیری مدیران ۵. حجم کار ۶. ضوابط و شرایط کار ۷. حقوق و مزایا. در جدول زیر نتایج مطالعه‌ای

در مورد رضایت ماماها در ابعاد مختلف برنامه پزشکی خانواده شهری ارائه شده است (۲).

### خلاصه یافته‌ها

میزان رضایت ماماها (حداکثر نمره ۵ بود)	بعد برنامه پزشکی خانواده
میانگین نمره رضایت در بعد عوامل محیط کار ۳,۰۱ بود که بیشترین رضایت در حوزه فضای فیزیکی، تجهیزات، وسایل مورد نیاز و تأمین اقلام مصرفی مشاهده شد.	بعد عوامل محیط کار
در بعد عوامل رفاهی شغل، میانگین نمره رضایت ۲,۰۲ بود و کمترین نمرات رضایت در حوزه رفاهی شغل در حقوق و نحوه پرداخت‌ها و ساعات کاری بود.	بعد عوامل رفاهی شغل
در بعد عوامل سازمانی شغل (حوزه ساختار سازی شغل) میانگین نمره رضایت شغلی ۲,۷۷ بود که در این میان امکانات لازم برای پیشرفت شغلی، حمایت مسئولان در مواجهه با مشکل و قدردانی از عملکرد کمترین نمره رضایت را داشتند و در استفاده از نظرات و پیشنهادهای ماماها در تصمیم‌گیری‌ها و رضایت از عملکرد بیشترین نمره رضایت را کسب کردند.	بعد عوامل سازمانی شغل
در بعد عوامل مدیریتی شغل، میانگین نمره رضایت ۳,۰۵ بود که بیشترین نمره رضایت‌مندی در مورد احساس رضایت در کار با همکاران، اختیار و آزادی عمل در شغل، مشارکت و مساعدت همکاران مشاهده شد در خصوص نحوه فرآیندهای عادلانه استخدامی نیز ۳,۵۷٪ خیلی مخالف، ۱۶/۷٪ مخالف، ۲۳/۸٪ بی نظر، ۱۴/۳٪ موافق و ۹/۵٪ خیلی موافق بودند.	بعد عوامل مدیریتی شغل
میانگین درصد رضایت شغلی در حوزه عوامل محیط کار ۶۰/۲٪، در حوزه مسائل رفاهی شغل ۴۴٪، در حوزه سازمانی شغل ۵۵/۴٪، در حوزه مدیریتی شغل ۷۰٪ و در کل ۵۷/۸٪ بود.	رضایت ماماها در کل و در ابعاد مختلف

در بین ماما‌های برنامه پزشکی خانواده، در موارد مربوط به مفاد قرارداد یا احکام، فراوانی «مجموع رضایت‌مندی بسیار زیاد و زیاد» زیر ۲۰٪ و کمترین رضایت‌مندی مربوط به میزان دریافتی و درآمد بود. در زمینه شرایط و امکانات طرح فراوانی «مجموع رضایت‌مندی بسیار زیاد و زیاد» بین ۱۶ تا ۲۷ درصد و کمترین آنها مربوط به بازخورد متخصصان در رابطه با بیماران ارجاعی بود. در زمینه موضوعات مربوط به بیتوته مجموع رضایت بسیار زیاد و زیاد از حدود ۴٪ تا ۴۴٪ متغیر بود. بنابراین، رضایت ماماها در اغلب محورها بالا نیست که این امر در ماندگاری و ثبات نیروی انسانی نقش بسزایی دارد (۳).

در مورد میزان رضایت از مدت زمان ویزیت نیز مطالعه‌ای در بین ماما‌های شاغل در برنامه پزشکی خانواده انجام شده است و نتایج این مطالعه بیان کرد که اکثر ماماها میانگین زمان ویزیت خود را بین ۱۰ تا ۱۵ دقیقه برآورد کردند. همچنین، بررسی کفایت زمان معاینه نشان داد از نظر حدود ۲۱/۸٪ ماماها زمان معاینه کافی به نظر نمی‌رسد. این مطالعه نشان داد که زمان ویزیت سرپایی در طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع تا حدی منطقی است با این حال در برخی از موارد کافی به نظر نمی‌رسد. مدیریت تقاضا و مراجعات و انتخاب یک جمعیت تحت پوشش مناسب برای هر یک از مراکز ارائه خدمت گام مهمی در بهبود زمان ویزیت بیماران به خصوص در توسعه این طرح در مناطق شهری به شمار می‌آید، به خصوص این امر در مورد زمان ویزیت پزشکان؛ که درصد قابل توجهی آن را ناکافی می‌دانستند؛ اهمیت بیشتری دارد (۴).

در مورد وضعیت اجرای قراردادها در برنامه پزشکی خانواده، یافته‌های پژوهشی نشان داد که به حدود ۷۲٪ از ماما‌های مورد مطالعه قرارداد یا حکم حقوقی تحویل داده شده بود. ۵۸٪ از ماما‌های مورد مطالعه ذکر کردند که میزان دریافتی آنان مطابق قرارداد است و فقط ۳۲٪ از ماماها زمان پرداخت را مطابق قرارداد ذکر کردند (۵).

در مطالعه دیگری میزان رضایت‌مندی اعضای گروه سلامت بالاتر از متوسط بود (۵۴٪) که بالاترین میزان رضایت‌مندی اعضای گروه سلامت در بعد نظام پایش و ارزشیابی با میانگین ۶۶٪ و پایین‌ترین میزان رضایت‌مندی اعضای تیم سلامت در بعد حقوق و مزایا با میانگین ۴۳٪ بود. ترتیب رضایت‌مندی اعضای گروه سلامت به صورت زیر بود: ۱- نظام پایش و ارزشیابی (۶۶٪) ۲- نظام ثبت و گزارش‌دهی (ناب) (۵۹٪) ۳- مدیریت فنی برنامه (۵۳٪) ۴- وضعیت حقوق و مزایا (۴۳٪) (۶). همچنین، میزان رضایت‌مندی ارائه‌دهندگان خدمت این مطالعه نظام‌مند و متاآنالیز ۵۰/۴٪ بود که نشان‌دهنده سطح متوسط میزان رضایت‌مندی در ارائه‌دهندگان خدمت از برنامه پزشکی خانواده روستایی ایران است (۷).

در پژوهشی انجام شده، میانگین سطح رضایت‌مندی اعضای گروه سلامت از عملکرد پزشک خانواده، از ۵ نمره در حیطه‌های مدیریت سلامت ۳/۷، همکاری‌های برون‌بخشی ۳/۵، ارتقاء سلامت ۳/۷، خدمات پیشگیری و بهداشتی ۳/۹ و خدمات درمانی و ارجاع ۳/۵ بوده است. در کل، رضایت‌مندی اعضای گروه سلامت از عملکرد پزشکان خانواده بیش از اندازه متوسط بود که پیشنهاد می‌شود برای حفظ و ارتقاء سطح عملکردی، برنامه‌های متناسب مداخله‌ای طراحی و اجرا شود (۸).

در پژوهشی دیگر، میزان رضایت‌مندی اعضای گروه سلامت از پزشکان خانواده مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن نشان داد که ۵۸/۹٪ اعضای تیم سلامت از پزشکان خانواده رضایت کامل و ۳۵/۷٪ رضایت نسبی دارند و ۵/۴٪ از افراد ناراضی بودند. میانگین کل نمره رضایت‌مندی اعضای گروه سلامت از پزشکان خانواده ۳۰/۴۹ بود که حاکی از رضایت نسبتاً مطلوب آنان است (۹). در ۱۱ حیطه مورد بررسی میزان رضایت‌مندی کارکنان گروه سلامت از برنامه پزشکی خانواده در مطالعه‌ای دیگر، در اکثر ابعاد میزان رضایت‌مندی پایین‌تر از سطح متوسط بود. بالاترین میزان رضایت‌مندی مربوط به حیطه مدیریت مرکز و اعضای تیم سلامت در مراکز غیرمجری و نیز کمترین میزان رضایت‌مندی مربوط به حیطه امکانات رفاهی در مراکز غیرمجری به دست آمد (۱۰).

مراقبان سلامت از اعضای دیگر گروه سلامت هستند که در مطالعه‌ای میانگین رضایت‌مندی مراقبین سلامت از سامانه یکپارچه بهداشتی (سیب) ۳/۰۴ (از حداکثر نمره ۵) بود. به طوری که، کمترین رضایت‌مندی در بین مراقبان سلامت در خصوص متناسب بودن حجم و تعداد داده‌ها و بیشترین رضایت‌مندی در خصوص آشنایی با واژه‌های تخصصی موجود در سامانه بوده است. بنابراین، رضایت‌مندی مراقبان سلامت در برنامه پزشکی خانواده شهری پایین‌تر از حد متوسط بود و پیشنهاد شد که ساختار سامانه سیب متناسب با نیازهای ارائه‌دهندگان و به منظور کاربرمحور بودن باز طراحی شود (۱۱).

در مطالعه‌ای، میانگین سطح رضایت‌مندی مراقبان سلامت از پزشکان خانواده شهری از ۵ نمره، ۳/۹ و از رفتار جمعیت تحت پوشش ۳/۲۲ بود. رضایت کلی ۵۴/۸ درصد مراقبان سلامت بالاتر از حد متوسط (بالاتر از ۳/۵) بود. بین رضایت کلی مراقبان سلامت و تمایل به ماندگاری رابطه مستقیم معنی‌داری وجود داشت. بنابراین، رضایت‌مندی مراقبان سلامت از عملکرد پزشکان خانواده بالاتر از حد متوسط و از جمعیت تحت پوشش در حد متوسط بود. پیشنهاد شد برنامه‌های مداخله‌ای به منظور ارتقاء رضایت‌مندی در سطوح مختلف طراحی و اجرا شود (۱۲).

در پژوهشی دیگر، در مورد رابطه بین مشخصات جمعیت‌شناختی و میانگین رضایت‌مندی مراقبان سلامت از سامانه سیب نتایج پژوهشی نشان داد که بین سن، سابقه فارغ‌التحصیلی، سابقه خدمت مراقبان سلامت در



برنامه پزشکی خانواده شهری و رضایت‌مندی از سامانه سبب ارتباط معکوس معنی‌دار و با سطح تمایل و علاقه به ماندگاری در برنامه پزشکی خانواده شهری مراقبان سلامت ارتباط مستقیم معنی وجود داشت. بین جمعیت شهری شهرستان‌ها، شهرهای دانشگاهی و غیر دانشگاهی، نوع محل کار (دولتی یا خصوصی)، شیفت کار، جنس، تاهل مراقبان سلامت و رضایت‌مندی از سامانه سبب تفاوت معنی‌دار وجود نداشت (۱۱).

در بین متغیرهای موثر بر میزان رضایت اعضاء گروه سلامت، نتایج مطالعه‌ای نشان داد که بین رشته تحصیلی و رضایت کلی (با بالاتر بودن سطح رضایت ماماها و پرستاران) رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین، بین نوع جذب و رضایت کلی (با بالاتر بودن سطح رضایت افراد طرحی و قراردادی) رابطه معنی‌داری وجود داشت. بین سابقه خدمت و رضایت کلی، رابطه مستقیم معنی‌دار وجود داشت و بین سن، جنسیت، وضعیت تاهل و مقطع تحصیلی با رضایت کلی رابطه معنی‌داری وجود نداشت (۸).

در مطالعه دیگری در مورد رضایت متقابل پزشکی خانواده و اعضاء گروه سلامت نتایج نشان داد که اختلاف میانگین نمره مربوط به سطح رضایت اعضاء گروه سلامت از پزشکان خانواده در گروه‌های مختلف سنی، سابقه کار، تاهل و جنس از نظر آماری معنی‌دار نبود؛ اما این اختلاف در بین رشته‌های مختلف شغلی و فاصله تا مرکز شهرستان معنی‌دار بود، به طوری که رضایت‌مندی اعضاء تیم سلامت شاغل در مراکز زیر ۳۰ کیلومتر و بالاتر از ۹۰ کیلومتر نسبت به مراکز با فاصله ۳۰ تا ۶۰ کیلومتر از مرکز شهرستان بیشتر بود (۹).

### ب) مشکلات و چالش‌های مطرح شده توسط اعضاء گروه سلامت

در مطالعه‌ای، چالش‌های مراکز جامع خدمات سلامت شهری از دیدگاه اعضاء گروه سلامت در ۴ طبقه اصلی بیان شده است (۱۳):

۱. چالش‌های مربوط به منابع انسانی (کمبود کارکنان، کم تجربگی کارکنان و انگیزه کم کارکنان)؛
  ۲. چالش‌های سازمانی (فضای فیزیکی نامتناسب و اشکالات سامانه سبب)؛
  ۳. چالش‌های کارکردی (ارائه خدمات ضعیف، کم‌رنگ شدن نقش خدمات بهداشتی اولیه، مشکلات نظام ارجاع و مشکلات غربالگری)؛
  ۴. چالش‌های مربوط به مراجعات (مراجعات غیرضروری، صف انتظار طولانی و عدم اعتماد مراجعان).
- از چالش‌های اصلی در بین اعضاء گروه سلامت فرسودگی شغلی است که محصول استرس طولانی مدت در مراکز بهداشتی و درمانی می‌باشد. در مطالعه‌ای، میزان کلی فرسودگی شغلی در کارکنان در بعد خستگی هیجانی متوسط، مسخ شخصیت پایین و در بعد کفایت شخصی متوسط بود. در این مطالعه بین ابعاد فرسودگی شغلی و متغیرهای عزت نفس و حمایت اجتماعی کارکنان همبستگی معنی‌داری وجود نداشت و پیشنهاد شد استراتژی‌های مقابله برای تقلیل و کنترل عوامل تنش‌زای شغلی مورد توجه قرار گیرد (۱۴).
- در پژوهشی دیگر، چالش‌های شناسایی شده که منجر به فرسودگی شغلی در بین اعضاء گروه سلامت می‌شود شامل این موارد بود: بی‌ثباتی و تغییرات مکرر، دخالت در قوانین و مقررات، فشار و استرس ناشی از نامتعادل بودن حجم کار و نیروی انسانی، ناتوانی در انجام وظایف و کارکردها، احساس تهدید هویت و خودپنداره پایین و محرومیت از پیشرفت حرفه‌ای (۱۵).

اهمیت برنامه پزشکی خانواده در نظام سلامت ایران مورد توجه سیاست‌گذاران بود؛ اما اجرای این برنامه از

دیدگاه ارائه دهندگان سلامت با چالش‌ها و مشکلاتی مواجه شده است. در مطالعه‌ای در مورد فراوانی نیروی انسانی در مراکز پایلوت اجرای طرح پزشک خانواده، بیشترین کمبود مربوط به کارشناس تغذیه و سپس به ترتیب پرستار و پزشک بود. تسهیل دسترسی بیماران به پزشکان طرف قرارداد طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در سطح دوم و سوم ضروری به نظر می‌رسد که در این راستا، ایجاد یک نظام انگیزشی برای جذب متخصصان و بهبود شرایط نگهداشت آنها می‌تواند سودمند باشد (۱۶). همچنین، در جدول زیر مشکلات و چالش‌ها در برنامه پزشک خانواده شهری از دیدگاه اعضاء گروه سلامت بیان شده است (۱۷).

#### خلاصه یافته‌ها

طبقات اصلی	زیرطبقات
وجود مشکلات مالی	وجود مشکل در تأمین بودجه و اعتبارات طرح، واضح نبودن نحوه پرداخت‌ها، تأخیر در پرداخت‌ها و وجود بی‌عدالتی در پرداخت‌های فعلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از مشکلات این طبقه است.
وجود مشکلات فرهنگی	پایین بودن اطلاعات مردم نسبت به مسئله بهداشت، اطلاع‌رسانی و تبلیغات ضعیف در جهت شناساندن طرح، حاکم شدن فرهنگ تخصص‌گرایی در جامعه و حاکم شدن فرهنگ خود درمانی در جامعه از مشکلات این طبقه می‌باشد.
وجود مشکلات آموزشی	عدم تطابق کوریکولوم آموزشی پزشک عمومی با پزشک خانواده، آموزش‌های مبتنی بر درمان نه پیشگیری و عدم وجود آموزش و بازآموزی به پرسنل از مشکلات بیان شده در این طبقه است.
وجود مشکلات انگیزشی	به خطر افتاد منابع مالی گروه‌های خاصی از ارائه‌دهندگان خدمت، افزایش ساعت کاری، افزایش بار کاری، بی‌اعتمادی مردم به ارائه‌دهندگان خدمت و بی‌اعتمادی ارائه‌دهندگان خدمت به دولت از مشکلات این طبقه است.
وجود مشکلات ساختاری و برنامه‌نویسی	نگاه تک‌بعدی در نوشتن دستورالعمل اجرایی طرح، واضح نبودن شرح وظایف، واضح نبودن ساعات کاری و عدم تعریف نظام پایش و مشخص نبودن نحوه ارزشیابی برنامه در این طبقه بیان شده است.
وجود مشکلات اجرایی	کمبود نیروی انسانی، مقیم نبودن پزشکان در منطقه، کمبود مراکز درمانی و تجهیزات و فرسودگی آنها، ارجاعات معکوس، عدم ارائه پسخوراند متخصص به پزشک خانواده و عدم تبعیت متخصصان از زنجیره ارجاع در این طبقه می‌باشد.
وجود مشکلات زمینه‌ای	عدم وجود تجمیع منابع در ارائه خدمات از سوی اداره بیمه، تعویض زود به زود مدیران ارشد، مشخص نبودن نتایج مطالعات پایلوت و عدم رفع نواقص مشکلات پزشک خانواده روستایی در این طبقه است.

#### ج) نقاط ضعف و قوت طرح پزشک خانواده از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات سلامت

طرح پزشک خانواده یکی از اصلاحات اساسی در بخش سلامت است که پیامدهای آن می‌توانند زندگی عموم جامعه و ارائه دهندگان خدمات سلامت را تحت تاثیر قرار دهد. در مطالعه‌ای نقاط ضعف و قوت این طرح از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات سلامت استخراج شده که نتایج آن در جدول زیر به صورت خلاصه آورده شده است (۱۸).

## خلاصه یافته‌ها

ارائه دهنده خدمات	نقاط ضعف بیان شده	نقاط قوت بیان شده
بهورزان	عدم رعایت سیستم ارجاع در سطوح محیطی و میانی، عدم دسترسی به پزشک خانواده در تمام اوقات شبانه روز، ناکافی و ناعادلانه بودن توزیع کارانه‌ها، عدم همکاری پزشکان متخصص با بیماران و ندادن پسخوراند و تکرار مراجعات با توجه به غیر واقعی بودن تعرفه‌ها به ترتیب از نقاط ضعف از دیدگاه بهورزان عنوان شده است.	نقاط قوت برنامه پزشک خانواده از دیدگاه بهورزان به ترتیب اهمیت عبارت بودند از: کاهش هزینه‌های درمانی بیماران، مراقبت مطلوبتر بیماران غیرواگیر، مراقبت بهتر و موثرتر از مادران و کودکان، تشکیل پرونده سلامت و رایگان بودن برخی از خدمات.
ماماها	پایین بودن سطح حقوق و دستمزد ماماها، ساعت کار طولانی، کمبود امکانات و تجهیزات مامایی در محیط کار، ناکارآمد بودن نظام ارجاع و عدم امنیت شغلی از نقاط ضعف عنوان شده به ترتیب اولویت توسط ماماها می‌باشد.	کاهش هزینه‌های درمان و دارو برای روستاییان، ارتقاء سطح سلامت روستاییان، صدور دفترچه بیمه روستاییان، ایجاد اشتغال برای گروه زیادی از پزشکان و ماماها و انجام معاینات دوره‌ای برای بیمه‌شدگان روستایی از نقاط قوت برنامه پزشک خانواده از دیدگاه ماماها ذکر شده است.
کارشناسان و کاردانا	تکرار مراجعات به دلیل پایین بودن تعرفه، آموزش ناکافی پزشکان خانواده، درمان نگر بودن پزشکان، کمبود نیروی انسانی در سطح مراکز و محدودیت در ارجاع بیماران برای آزمایشگاه و رادیولوژی به ترتیب از نقاط ضعف عنوان شده توسط کارشناسان و کاردانا است.	تجهیز مراکز بهداشتی درمانی، تحت پوشش قرار گرفتن جمعیت روستایی، تشکیل پرونده سلامت، بیماریابی و پیگیری به موقع بیماران و دسترسی آسان مردم به خدمات درمانی به ترتیب اولویت از نقاط قوت برنامه توسط کارشناسان و کاردانا بیان شده است.

در مطالعه دیگری نیز نقاط ضعف برنامه پزشک خانواده بررسی شده که افزایش حجم کار، عدم پرداخت به موقع حقوق به پزشکان و ماماها، شاغل، عدم توجیه روستاییان در مورد پزشک خانواده و عدم حمایت مناسب از نظر تخصیص امکانات رفاهی از نقاط ضعف بیان شده توسط ماماها به ترتیب اولویت بود. همچنین، در این مطالعه بهورزان مواردی همچون محدود بودن زمان دسترسی به پزشک خانواده، عدم توجیه روستاییان به طرح پزشک خانواده، افزایش حجم کار ماما و بهورزان و برخورد نامالیم روستاییان با کادر درمان را از اولویت‌های ذکر شده در برنامه پزشک خانواده بیان کردند (۱۹).

ارتقاء شاخص‌های سلامت، بیماریابی و تشخیص زودهنگام بیماری‌ها، دسترسی آسان روستاییان به دارو، پزشک و ماما و کاهش هزینه‌های درمانی به ترتیب نقاط قوت ذکر شده توسط ماماها در مطالعه دیگر است. همچنین، به ترتیب اولویت و اهمیت نقاط قوت بیان شده توسط بهورزان در مورد برنامه عبارت بودند از: مراقبت بهتر و موثرتر از مادران باردار و کودکان زیر ۶ سال، دسترسی آسان روستاییان و از کار افتادگان به دارو و پزشک و ماما، کاهش هزینه‌های درمان و رایگان بودن بعضی از خدمات و بیماریابی و تشخیص زود هنگام بیماری‌ها (۱۹).

در مطالعه دیگری اعضاء گروه سلامت به تبیین منافع عمومی برنامه پزشک خانواده پرداخته‌اند که شامل منافع اقتصادی، منافع بهداشتی و درمانی و افزایش سطح شاخص‌های بهداشت عمومی و بهبود مراقبت‌ها، وجود بیمه برای روستاییان، پرونده سلامت، کم شدن تعداد مراجعات به پزشکان متخصص از منافع عمومی

برنامه پزشکی خانواده عنوان شده است (۲۰).

#### د) آگاهی و آموزش اعضاء گروه سلامت

مطالعه‌ای به مقایسه نگرش ماماها و پزشکان در زمینه تناسب دانش آموخته شده با شرح وظایف مامایی در برنامه پزشکی خانواده پرداخت. براساس یافته‌های مطالعه حاضر، دانشجویان رشته مامایی نسبت به دروس رشته پزشکی آگاهی کمی دارند در حالی که نیاز است در دوران تحصیل چند واحد ویژه در بالین و تحت عنوان تیم پزشکی خانواده در مناطق شهری و روستایی بگذارند. بنابراین، نیاز است که یک بازنگری در تدوین واحدهای درسی مامایی تحت عنوان پزشکی خانواده در رشته مامایی گنجانده شود تا با بهترین برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری، بالاترین بهره‌وری از برنامه مهم حاصل شود (۲۱).

مطالعه دیگری در مورد آگاهی ماماها از مفاد قراردادها در برنامه پزشکی خانواده انجام شده است که نتایج این مطالعه بیانگر این بود که حدود ۱۵٪ از ماماهاى ارائه‌دهنده خدمات هیچگونه آموزشی نداشته‌اند و سایرین نیز اغلب در ضمن خدمت آموزش‌هایی در مورد مفاد قرارداد کسب کرده‌اند. حدود ۷۶٪ ماماهاى مورد مطالعه شرح وظایف خود را مشخص ذکر کرده‌اند. کمتر از ۴۱٪ از ماماهاى مورد مطالعه برنامه مکتوب را در اختیار داشتند. بنابراین، به نظر می‌رسد ارائه مداخلات و اجرای آن در زمینه بهبود شرایط عقد قرارداد با ارائه‌دهندگان خدمت و نیز ارتقاء آموزشی آنان از ضروریات تداوم برنامه پزشکی خانواده در نظام سلامت کشور است (۲۲).

#### و) ارتقاء اجرای برنامه پزشکی خانواده

از دیدگاه تمامی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، هدف اصلی برنامه پزشکی خانواده ارتقاء دسترسی مردم به خدمات سلامت از طریق نظام ارجاع برای پاسخگویی به نیازهای مردم در سطح اول شبکه بهداشت و درمان کشور است. متأسفانه در مرحله پیاده‌سازی این برنامه چالش‌ها و مشکلاتی وجود دارد که باید از طریق راهکارهای ارائه شده توسط ذینفعان رفع شود تا اجرای برنامه ارتقاء یابد. در این راستا، در پژوهشی بیان شده است که از طریق سازماندهی، برنامه‌ریزی نیروی انسانی، توجه به فرآیند ارائه خدمات، ارزشیابی برنامه، آشناسازی، منافع بهداشتی درمانی و منافع اقتصادی می‌توان به ارتقاء اجرای برنامه پزشکی خانواده کمک کرد (۲۳).

نتایج پژوهش دیگری نشان داد که موانعی هم در راستای ارتقاء برنامه وجود دارد که عوامل بازدارنده اداری، عوامل بازدارنده رفاهی، عوامل بازدارنده انگیزشی، توجیه ناکافی سیستم بهداشتی درمانی و توجیه ناکافی مردم از موانع ارتقاء برنامه بیان شده است (۲۳).

برای ارتقاء برنامه پزشکی خانواده باید به ابعاد این برنامه از دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت توجه شود. یافته‌های پژوهشی در این راستا نشان داد که ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی خانواده از بین ابعاد سیاست‌گذاری شده، وضعیت ابعاد اثربخشی، پایش، تناسب و تأثیرگذاری را بالاتر از حد متوسط و وضعیت ابعاد کفایت و کارایی را در حد متوسط ارزیابی کرده‌اند. فقط در بعد اثربخشی بین نظرات پزشکان و ماماها تفاوت معنی‌داری وجود داشت و میانگین نظرات ماماها به طور معنی‌داری از میانگین نظرات پزشکان بالاتر بود. در زمینه سایر ابعاد بین دیدگاه‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت (۲۴).

توجه به دیدگاه و تجارب ماماها نیز از مواردی مهمی است که در برنامه پزشکی خانواده می‌تواند موجب ارتقاء

اجرای برنامه شود. در در پژوهشی، براساس دیدگاه ماما‌های شاغل در گروه سلامت عوامل مدیریتی شامل طبقات اصلی سازمان‌دهی (نظام ارجاع، نقش بهورزان و سیاری)، برنامه‌ریزی نیروی انسانی (دست‌رسی به پزشکان)، فرآیند ارائه خدمات (حجم کار، مرخصی، فضای فیزیکی، امنیت شغلی، حقوق و مزایا)، ارزشیابی (بازدید کارشناسان) آشناسازی (آموزش ناکافی گروه سلامت، عدم توجه به بخش خصوصی) و منافع بهداشتی درمانی، منافع اقتصادی (شاخص بهبودهای بهداشت عمومی، بهبود مراقبت‌ها، پرونده سلامت و پوشش بیمه روستاییان) مواردی مهمی در برنامه است که باید به آن توجه شود. بنابراین، نتایج این مطالعه نشان دهنده لزوم توجه بیشتر مسئولان برنامه پزشک خانواده به زمینه‌های مختلف شغلی و رفاهی ماما‌های شاغل در این برنامه می‌باشد (۲۵).

همچنین، در پژوهشی دیگری تمایل پرستاران به مشارک در برنامه‌های پزشک خانواده بررسی شده است که داده‌های جمع‌آوری شده نشان داد که پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه به‌عنوان عضوی از گروه پزشک خانواده تمایل به مشارک در فعالیت‌های حمایت، مراقبت، مدیریت، مشاوره، پیشگیری و آموزش را به ترتیب اولویت داشتند. بنابراین، نتایج مطالعه نشان داد که پرستاران به جای مشارک در فعالیت‌های آموزشی و پیشگیرانه، علاقه بیشتری به ایفای نقش در حمایت و مراقبت از بیماران دارند (۲۶).

## بحث و نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج مطالعات منشر شده در خصوص رضایت اعضاء گروه سلامت از برنامه پزشک خانواده، می‌توان بیان کرد که رضایت نسبی در بین اعضاء گروه سلامت وجود دارد. البته این رضایت‌مندی در بین اعضاء مختلف گروه سلامت و ابعاد مختلف برنامه تفاوت داشت که بیشترین نارضایتی در ابعاد مربوط به رفاه و معیشت کارکنان همچون حقوق و مزایا بود. در راستای بهبود میزان رضایت اعضاء گروه سلامت، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های مداخله‌ای مناسبی در سطوح مختلف طراحی و اجرا گردد تا اعضاء گروه سلامت بهترین خدمات را ارائه دهند. انتظار می‌رود که بهبود رضایت نسبی تمامی اعضاء گروه سلامت منجر به هماهنگی بیشتر بین اعضاء در ارائه خدمات و تقویت کارایی و اثربخشی در مراکز بهداشتی و درمانی مجری برنامه پزشک خانواده شود.

باتوجه به تجارب اعضاء گروه سلامت، توسط این اعضاء چالش‌هایی نیز در اجرای برنامه پزشک خانواده مطرح شده است که شامل چالش‌های مرتبط با منابع انسانی، سازمانی، کارکردی و مراجعات غیرضروری است که باید مورد توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان این برنامه قرار گیرد. وجود این چالش‌ها و مشکلات در بین اعضاء گروه سلامت می‌تواند موجب ایجاد استرس شغلی و در نهایت فرسودگی شغلی شود که خطری تهدیدکننده برای کارکنان است. این مشکلات در حوزه‌های مختلف مالی، فرهنگی، آموزشی، انگیزشی، ساختاری و برنامه‌نویسی، اجرایی و زمینه‌ای مطرح شده است که می‌تواند به عنوان موانع در دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده برنامه پزشک خانواده در سطح کشور عمل کنند.

دو مطالعه نیز به تبیین نقاط ضعف و قوت طرح پزشک خانواده از دیدگاه ارائه دهندگان مختلف خدمات سلامت پرداخته‌اند که این نقاط نیز حائز اهمیت بوده و باید در برنامه‌ریزی‌های بعدی مورد توجه باشد. از

مهمترین نقاط ضعف اشاره شده برنامه پزشک خانواده می‌توان به عدم رعایت نظام ارجاع، پرداخت‌های ناعادلانه، عدم همکاری مناسب پزشکان و عموم جامعه، ساعات کار طولانی، کمبود امکانات و تجهیزات و مراجعات غیرضروری اشاره کرد. همچنین، کاهش هزینه‌های درمانی بیماران، ارائه مراقبت‌های مطلوب به بیماران و طبقات مختلف جامعه، تحت پوشش قرار گرفتن جمعیت روستایی و ارتقاء شاخص‌های سلامت از نقاط قوت بیان شده توسط اعضاء گروه سلامت در راستای اجرای برنامه پزشک خانواده می‌باشد. چند مطالعه نیز پیشنهادهایی برای ارتقاء اجرای برنامه پزشک خانواده ارائه داده‌اند که البته در این راستا موانعی در سطوح مختلف وجود دارد و باید حذف یا برطرف شوند.

## منابع

۱. عسگری‌لله‌ه، خیرمند، روحانی، محسن، صدوقی، et al. رضایت‌مندی پزشکان و ماماهاى شرکت‌کننده در طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی از اجرای طرح در استان اصفهان، ۱۳۸۸. فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۲۰۱۲؛ ۱۰(۲): ۱۱-۲۰.
۲. قربانی، کامبیز، زاده‌ن، حجت، صدیقی، آرمان، et al. رضایت‌شغلی ماماها در برنامه پزشک خانواده شهرستان رشت. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. ۲۴(۲): ۳۳-۹.
3. Farzaneh Maftoon, Afsoon Aeenparast, Ali Montazeri, Kazem Mohammad, Faranak Farzadi, Katayoun Jahangiri, et al. Midwives' satisfaction in family physician and referral system: a national study. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2015;343-9:(3)14.
۴. مفتون ف، فرزندی ف، آیین پرست‌ا. بررسی زمان ویزیت در طرح پزشک خانواده از دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمات. *پایش*. ۱۳۹۴؛ ۱۴(۶): -.
5. Farzaneh Maftoon, Faranka Farzadi, Ali Montazeri, Afsoon Aeenparast. Contract performance and training conditions in family physician and referral system: the providers' perspectives. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2016;19-25:(1)15.
۶. کبیر، حیدری، عادل، رحمان، خطیرنامنی. ارزیابی وضعیت کمی و کیفی طرح پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان خانواده، اعضای تیم سلامت و کارشناسان ستادی. *مجله پژوهش سلامت*. -۰.
۷. زاده م، عابدی، فرشیدی، نقیعی، ابولحسن، رستمی، et al. میزان رضایت‌گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه مرور ساختاریافته و متاآنالیز. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. ۲۵(۱۳۱): ۱۶۵-۸۰.
۸. امیری ا، حسن، میکائیکی، شیروانی‌نپ، سیدداود، کبیر، et al. بررسی رضایت‌مندی اعضای تیم سلامت از سطح عملکردی پزشکان خانواده روستایی، در استانهای شمالی ایران. *مجله تحقیقات سلامت در جامعه*. ۲۰۱۵؛ ۱(۱): ۱-۱۰.

۹. محمد ا، مهدی ر، رضا چ، عیسی ن. پزشک خانواده: رضایت‌مندی متقابل پزشکان و اعضای تیم سلامت.
۱۰. عابدی ق، چراتی جی، مروی ا. رضایت‌مندی گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت در مراکز مجری و غیر مجری برنامه پزشک خانواده شهری در شهرستان‌های ساری و گرگان سال ۱۳۹۱. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences (JMUMS)*. 2019;29(172).
۱۱. کبیر، امیری ا، حسن، ربیعی، مظفر س، کشاورزی، et al. رضایت‌مندی پزشکان خانواده شهری و مراقبین سلامت استان‌های فارس و مازندران از سامانه یکپارچه بهداشت (سیب). *مجله انفورماتیک سلامت و زیست پزشکی*. ۱۳۹۱؛۴(۴):۲۴۴-۵۲.
۱۲. کبیر، اشرفیان، ربیعی، مظفر س، کشاورزی، آناهیتا، et al. رضایت‌مندی مراقبین سلامت شاغل در برنامه پزشک خانواده شهری ایران. *مجله پرستاری و مامایی*. ۱۳۹۱؛۱۶(۲):۹۲-۱۰۰.
۱۳. محمدرضا ا، سیدحسین ص، فرزاد نیو، فرشید ب. چالش‌های مراکز جامع خدمات سلامت شهری.
۱۴. سعیدی، خدایی، غلامحسین، درخشان. بررسی ارتباط سندرم فرسودگی شغلی با میزان حمایت اجتماعی و عزت نفس در کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان مشهد پس از استقرار برنامه پزشک خانواده. *مجله سازمان نظام پزشکی مشهد*. ۱۳۹۴؛۱۸(۱):۱۲-۶.
15. Keshvari M, Mohammadi E, Boroujeni AZ, Farajzadegan Z. Burnout: interpreting the perception of Iranian primary rural health care providers from working and organizational conditions. *International Journal of Preventive Medicine*. 20123;(Supl1):S79.
۱۶. رئیسیان، شاهرخ، اسلامیان، ازمل، محمد، باستانی، et al. ارزیابی طرح پزشک خانواده شهری در مراکز پایلوت تحت پوشش دانشگاه جندی شاپور اهواز. *مجله پی‌اورد سلامت*. ۱۳۹۳؛۷(۱):۲۰-۱۱.
17. Farzadfar F, Jafari S, Rahmani K, Valiee S, Bidarpour F, Molasheikhi M, et al. Views of managers, health care providers, and clients about problems in implementation of urban family physician program in Iran: A qualitative study. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 201766-(5)22: 83.
۱۸. افکار، ابوالحسن، پوررضا، نژاد خ‌لله و، مهرابیان، et al. بازتاب عملکرد پزشک خانواده در آیینة مشتریان گیلانی. *مجله بیمارستان*. ۱۳۹۲؛۱۲(۱):۳۹-۴۸.
۱۹. Jannati A, Maleki M, Gholizade M, Narimani M, Vakeli S. ارزیابی نقاط قوت و نقاط ضعف طرح پزشک خانواده. *مجله دانش و تندرستی در علوم پایه پزشکی*. ۱۳۹۰؛۴(۴):۳۸-۴۳.
۲۰. بیاتی، اکرم، قنبری، ملکی، اکرم، حسینی، et al. تبیین تجارب اعضا تیم سلامت از منافع عمومی برنامه پزشک خانواده در شهرستان اراک در سال ۱۳۹۱. *Arak Medical University Journal*. ۱۳۹۱؛۱۷(۱).

۲۱. ابراهیمی ea. "مقایسه نگرش ماماها و پزشکان در زمینه تناسب دانش آموخته شده با شرح وظایف مامایی در برنامه پزشک خانواده". فصلنامه علمی پژوهشی مراقبت‌های بالینی. ۲۰۱۵.
۲۲. مفتون ف، فرزندی ف، منتظری ع، پرست آ. وضعیت اجرای طرح "نظام ارجاع و پزشک خانواده" از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات. پایش. ۲۰۱۶؛ ۱۵(۱): ۱۹-۲۵.
۲۳. بیاتی، اکرم، قنبری، حسینی، شهریار س، ملکی، et al. بررسی عوامل موثر بر ارتقاء اجرای برنامه پزشک خانواده از دیدگاه اعضای تیم سلامت. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۲۴(۱۱۵): ۲۲-۳۵.
۲۴. عسکری را، زهابی ف، جعفری ح، زهابی م. بررسی وضعیت اجرای برنامه پزشک خانواده و انطباق آن با ابعاد سیاست‌گذاری شده از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات در استان یزد. طلوع بهداشت. ۱۳۹۴؛ ۱۴(۳) (مسلسل ۵۱): -.
۲۵. بیاتی ا، قنبری ف، ملکی ا، حسینی س، شمسی م. تبیین تجارب ماماهاى عضو تیم سلامت در مورد برنامه پزشک خانواده. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. ۱۳۹۴؛ ۱۳(۱۰) (پی در پی ۷۵): -.
26. ASKARI-MAJDABADI H, JAFARIAN N, SAFARI H, HABIBIAN H, ALAEI S. Modeling the Role of Nurses in Family Physician Team.



# دیدگاه و رضایت سایر خدمت‌گران در طرح پزشکی خانواده

## مقدمه

رضایت شغلی عامل مؤثری در ابقای فرد در یک حرفه می‌باشد و بر کامیابی و در نتیجه بازدهی انسان و ارتقاء کیفیت خدمات مؤثر است و از سوی دیگر ابزاری در دست مدیران می‌باشد تا در جهت حفظ و نگهداری پرسنل اقدام نمایند. رضایت شغلی زمانی به وجود می‌آید که تجربه کاری فرد با ارزش‌ها و احتیاجات او مطابقت داشته باشد.

مهم‌ترین عامل در تضمین هماهنگی رضایت انسان و کارش، علاقه‌ی او به اشتغال و حرفه است. وجود علاقه، ضامن حصول رضایت بوده و موجب می‌شود که شخص بهتر بتواند خود را با کارش منطبق و سازگار سازد. رضایت شغلی یکی از عوامل بسیار مهم در موفقیت شغلی است و عاملی است که باعث افزایش بهره‌وری و کارایی و نیز احساس رضایت‌مندی فردی می‌شود. اگر شغل رضایت‌مطلوب را فراهم آورد فرد از شغلش راضی است و اگر رضایت‌مطلوب را تأمین نکند شخص شروع به مذمت شغل خود کرده و درصدد تغییر آن برمی‌آید. رضایت شغلی منجر به تعهد سازمانی می‌شود در حالی که نارضایتی شغلی به واکنش‌هایی نظیر ترک خدمت، غیبت، تنبلی، حوادث و نظایر آن منتهی می‌شود.

با توجه به اهمیت رضایت شغلی بررسی رضایت سایر اعضای تیم سلامت پزشکی خانواده ضروری می‌باشد. در این گزارش به بررسی دیدگاه و رضایت اعضای گروه سلامت در طرح پزشکی خانواده پرداخته شده است. نتایج بررسی مستندات به‌دست‌آمده در ۱۰ آیت‌م دسته‌بندی شد و به تفصیل در زیر آورده شده است:

الف) مؤلفه‌های اثرگذار بر عضویت پزشکان در طرح پزشکی خانواده از دیدگاه پزشکان عمومی؛

ب) میزان تمایل پزشکان خصوصی برای شرکت در طرح پزشکی خانواده؛

پ) دیدگاه ارائه‌دهندگان در طرح پزشکی خانواده در مورد شرایط کاری؛

ت) مشکلات پزشکان خانواده از دیدگاه پزشکان عمومی؛

ث) فراوانی عوامل ترک خدمت پزشکان؛

ج) میزان رضایت ماماها از طرح پزشکی خانواده؛

چ) مقایسه رضایت ماماها در مراکز مجری و غیر مجری پزشکی خانواده؛

ح) میزان رضایت از سامانه سبب از دیدگاه پزشکان خانواده، مراقبان سلامت و بهورزان؛

خ) چالش‌های پزشکی خانواده روستایی از دیدگاه ذینفعان.

## نتایج

در ادامه مطالعات و نتایج مربوط به هر حیطه به تفصیل گزارش شده است و در پایان یک نتیجه‌گیری کلی از نتایج حاصل ارائه شده است.

### الف) مؤلفه‌های اثرگذار بر عضویت پزشکان در طرح پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان عمومی

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	یافته‌ها
۱	مؤلفه‌های اثرگذار بر عضویت پزشکان در طرح پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان عمومی	تخصیص سهمیه برای اخذ مدرک تخصص پزشک خانواده، وجود تسهیلات ایاب و ذهاب و جمعیت کمتر تحت پوشش

در مطالعه‌ای دیدگاه پزشکان عمومی شاغل در سال ۹۲ در مراکز بهداشتی-درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران بررسی شد. نتایج نشان داد خالص دریافتی بالاتر، خدمت در محل سکونت، وجود تخصیص سهمیه برای اخذ مدرک تخصص پزشک خانواده، وجود تسهیلات ایاب و ذهاب و جمعیت کمتر تحت پوشش، تمایل پزشکان عمومی شاغل در بخش دولتی دانشگاه علوم پزشکی تهران را برای ورود به طرح پزشک خانواده را افزایش می‌دهد. از میان مؤلفه‌های مؤلفه‌ی محل خدمت ۲،۵ تا ۱۵ برابر بیش از سایر مؤلفه‌ها از نظر پزشکان دارای اهمیت می‌باشد. همچنین مؤلفه زمان تسویه با پزشک اثر معنی‌داری بر تصمیم پزشکان ندارد (۱).

### ب) میزان تمایل پزشکان خصوصی برای شرکت در طرح پزشک خانواده

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	میزان تمایل
۱	تمایل پزشکان خصوصی برای شرکت در طرح پزشک خانواده	۵۳/۳٪

مطالعه‌ای با هدف بررسی تمایل پزشکان بخش خصوصی نسبت به مشارکت در برنامه پزشک خانواده با ۸۹ نفر از پزشکان عمومی دارای مطب و شاغل بخش خصوصی انجام شده است. نتایج نشان داد میزان تمایل به مشارکت در برنامه پزشک خانواده، ۵۳/۳٪ (از ۱۰۰ نمره) گزارش شد (۲).

### پ) دیدگاه ارائه‌دهندگان در طرح پزشک خانواده در مورد شرایط کاری

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	یافته‌ها
۱	دیدگاه ارائه‌دهندگان در طرح پزشک خانواده در مورد شرایط کاری	بی‌ثباتی و تغییرات مکرر، پیچیده و مبهم بودن قوانین و مقررات، فشار و استرس ناشی از نامتعادل بودن حجم کار و نیروی انسانی، ناتوانی در انجام وظایف و مسئولیت‌ها، احساس تهدید هویت و خودباوری پایین و محرومیت از پیشرفت حرفه‌ای

مطالعه کیفی با شرکت ۲۶ نفر از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (شامل ۷ پزشک خانواده، ۷ ماما و ۱۲ بهورز) در مراکز بهداشتی درمانی روستایی انجام شده است.

در تحلیل نتایج شش مضمون به دست آمده است که شامل «بی‌ثباتی و تغییرات مکرر»، «پیچیده و مبهم بودن قوانین و مقررات»، «فشار و استرس ناشی از نامتعادل بودن حجم کار و نیروی انسانی»، «ناتوانی در انجام وظایف و مسئولیت‌ها»، «احساس تهدید هویت و خودباوری پایین» و «محرومیت از پیشرفت حرفه‌ای» بوده است؛ که محقق بیان داشته است مضامین ذکر شده حاکی از موضوع اصلی و مهم‌تری به نام «فرسودگی شغلی» است (۳).

## ت مشکلات پزشکان خانواده از دیدگاه پزشکان عمومی

### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	مهم‌ترین یافته‌ها
۱	مشکلات پزشکان خانواده از دیدگاه پزشکان عمومی	مشکلات آموزشی، مشکلات در زمینه کارکنان و امکانات و تجهیزات، مشکلات فرهنگی، مشکلات مرتبط با مدیریت شبکه بهداشتی

مطالعه‌ای توصیفی با هدف بررسی مشکلات پزشکان با مشارکت تعدادی از پزشکان عمومی که به صورت قراردادی یا به صورت استخدامی به‌عنوان پزشک خانواده در مراکز بهداشتی فعالیت می‌کردند انجام شد. نتایج نشان داد مشکلات شامل: مشکلات آموزشی (ضعف دانشکده‌های پزشکی در آماده‌سازی پزشکان خانواده و دوره ناکافی کارورزی بهداشت، کمبود دوره‌های آموزش نسخه‌نویسی، کمبود دوره‌های آموزش مهارت عملی کمبود دوره‌های آموزش مهارت برخورد با بیماران اورژانس، کمبود بازآموزی‌ها و دوره‌های علمی)، مشکلات در زمینه کارکنان و امکانات و تجهیزات (عدم وجود پرسنل کافی در مرکز، عدم توانایی علمی یا عملی کارکنان در انجام وظایف مربوطه، عدم وجود امکانات و داروهای موردنیاز، عدم همکاری کارکنان با پزشک)، مشکلات فرهنگی (مراجعات بی‌مورد و در وقت نامناسب بیماران، تعداد زیاد مراجعان فراتر از توانایی پزشک یا پزشکان مرکز، هتک حرمت پزشک و به خطر افتادن امنیت وی در محیط کار توسط بیماران با همراهیان آن‌ها، انتظارات بیش‌ازحد و غیرمعقول از پزشک، عدم همکاری در معاینه یا درمان به دلیل مسائل اعتقادی یا فرهنگی)، مشکلات مرتبط با مدیریت شبکه بهداشتی (دستمزد ناکافی، تعداد زیاد کشیک یا ساعات کاری غیرمعقول، عدم نظر گرفتن امکانات رفاهی کافی برای پزشک مقیم مرکز، عدم همکاری مدیریت شبکه بهداشتی و عدم توجه وی به مشکلات پزشک، تبعیض بین پزشک و سایر کارکنان با سابقه در مرکز و تمایل برای اداره کار در پزشک خانواده) بوده است.

فراوانی مشکلات در حیطه‌های مختلف به صورت زیر می‌باشد:

در زمینه مشکلات آموزشی و علمی، «ضعف دانشکده‌های پزشکی در رابطه با آماده‌سازی پزشکان خانواده و دوره ناکافی کارورزی بهداشت» با ۹ پاسخ (۴۵٪ موارد)، بیشترین مشکل عنوان شده بود که بین این گزینه و جنسیت شرکت‌کنندگان ارتباط نزدیک معنی‌داری مشاهده شد.

در خصوص مشکلات مربوط به پرسنل، «عدم توانایی علمی یا عملی کارکنان در انجام وظایف مربوطه» و نیز «عدم وجود کارکنان کافی در مرکز» هر دو با ۹ پاسخ (۴۵٪) رایج‌ترین چالش‌های مطرح شده از سوی پزشکان بودند.

۷۵٪ پزشکان از «مراجعات بی‌مورد و در وقت نامناسب» شکایت داشتند.

در خصوص مشکلات مربوط به مدیریت شبکه بهداشتی ۵۰٪ به «نبود دستمزد کافی» اشاره داشتند. در نهایت ۷۰٪ پزشکان عنوان کردند که پس از اتمام دوره یا قرارداد مربوطه حاضر به ادامه خدمت به‌عنوان پزشک خانواده نخواهند بود (۴).

### ث) فراوانی عوامل ترک خدمت پزشکان

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	مهم‌ترین یافته‌ها
۱	فراوانی عوامل ترک خدمت پزشکان	وضعیت نامناسب پرداخت‌ها، وضعیت نامناسب حقوق، ساعات کاری زیاد، برخورد نامناسب مردم و بار مراجعه بالا

مطالعه‌ای مقطعی با شرکت تمامی مراکز مجری برنامه پزشک خانواده و تمامی پزشکان طرف قرارداد انجام شده است.

نتایج نشان داد وضعیت نامناسب پرداخت‌ها با ۱۹٪، وضعیت نامناسب حقوق با ۱۸٪، ساعات کاری زیاد با ۱۳/۱٪، برخورد نامناسب مردم با ۱۰/۴٪ و بار مراجعه بالا با ۹٪ به‌عنوان پنج عامل اول ترک خدمت پزشکان شناخته شدند. بر اساس نتایج بررسی، بین مبلغ دریافتی ماهانه، زمان دریافت حقوق ماهانه، ساعات کاری، جمعیت تحت پوشش و بومی بودن با ترک خدمت پزشکان ارتباط معناداری وجود داشت؛ اما بین امکانات تفریحی و آموزشی محل خدمت و فاصله مرکز محل خدمت تا شهر با ترک خدمت پزشکان خانواده ارتباط معناداری وجود نداشت. همچنین وضعیت نامناسب حقوق با ۲۵/۳٪، وضعیت نامناسب پرداخت با ۱۸/۸٪، ساعت کار زیاد با ۱۴٪، ادامه تحصیل با ۱۲/۴٪ و عوامل ناشی از ادامه تحصیل با ۱۲/۲٪ به‌عنوان عوامل اصلی قطع همکاری پزشکان در آینده شناسایی شدند (۵).

### ج) میزان رضایت ماماها از طرح پزشک خانواده

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	میزان رضایت
۱	میزان رضایت ماماها از طرح پزشک خانواده	۴۸،۹

در مطالعه‌ای مقطعی - توصیفی رضایت‌مندی ماماها از شرکت‌کننده در طرح پزشک خانواده بررسی شد. در این مطالعه رضایت‌مندی در زمینه‌های رضایت مالی، مرخصی، تسهیلات و امکانات، زمان و مکان ارائه خدمت، حجم کار و نیروی انسانی محل کار، سازمان‌های بیمه‌گر و متخصصان سطح ۲ ارجاع، تجویز دارو و رضایت کلی بررسی شده است.

نتایج نشان داد که میانگین رضایت‌مندی ماماها از طرح ۴۸/۹۵٪ است. بیشترین رضایت‌مندی ۶۷/۱٪ از « مکان ارائه خدمت » و کمترین رضایت‌مندی ۳۳/۷٪ از « زمان ارائه خدمات » بوده است. همچنین رضایت کل ماماها از اجرای طرح به ترتیب ۵۴/۱۹٪ راضی و ۳۲٪ ناراضی بوده‌اند.

نتایج رضایت‌مندی ماماها از مسائل مالی ۵۲/۴۸٪، رضایت‌مندی از مرخصی ۵۳/۶۲٪، رضایت‌مندی از تسهیلات ۴۶/۷۲، رضایت‌مندی از زمان ارائه خدمت رضایت‌مندی از مکان ارائه خدمت ۶۷/۱، رضایت‌مندی از نیروی انسانی مرتبط ۵۱/۹۱٪، رضایت‌مندی از کیفیت اطلاع‌رسانی به مردم ۴۰/۱۵٪، رضایت‌مندی از سازمان بیمه خدمات درمانی و مؤسسات مرتبط ۴۰/۸۰٪، رضایت‌مندی از تجویز دارو ۴۸/۸۳٪ و رضایت‌مندی به‌طور کلی از طرح ۵۴/۱۹٪ بوده است.

بیشترین رضایت‌مندی ماماها با ۶۷/۱٪ از « مکان ارائه خدمت » بوده است در این بعد سؤالات شامل: فضای کافی در محل ارائه خدمت، برای کار فضای فیزیکی محل کار من‌تمیز و مناسب، وسایل و تجهیزات موردنیاز در محل ارائه خدمت و کیفیت وسایل موجود در محل ارائه خدمت بوده است که میزان رضایت‌مندی به ترتیب ۶۳/۱۶٪، ۱۷/۲، ۸۲/۱۶، و ۴۴/۱۶٪ بوده است (۶).

### چ) مقایسه رضایت ماماها در مراکز مجری و غیر مجری پزشک خانواده

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	میزان رضایت
۱	مقایسه رضایت ماماها در مراکز مجری و غیر مجری پزشک خانواده	رضایت‌مندی ماماهای شاغل در مراکز مجری بیشتر از ماماهای مراکز غیر مجری

در این مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، تعداد ۲۰ مرکز مجری و ۲۰ مرکز غیر مجری و ۹۶ نفر پزشک و ۶۰ نفر ماما به‌عنوان نمونه انتخاب و مورد بررسی قرار گرفته است. پرسشنامه رضایت پزشکان و ماماهای شاغل در مراکز بهداشتی درمانی مجری و غیر مجری برنامه پزشک خانواده را در چهار بخش خدمات آموزشی، خدمات پشتیبانی، رضایت شغلی و پایش و ارزشیابی مورد سنجش و بررسی قرار گرفت.

نتایج تحقیق نشان داد که بین رضایت‌مندی مجریان مراکز بهداشتی درمانی مجری و غیر مجری طرح پزشک خانواده تفاوت معنادار وجود دارد و میزان رضایت‌مندی مجریان مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده بیشتر از مجریان مراکز غیر مجری طرح است.

همچنین بین رضایت‌مندی ماماهای شاغل در مراکز مجری و غیر مجری برنامه پزشک خانواده تفاوت معنادار وجود دارد و میزان رضایت‌مندی ماماهای شاغل در مراکز مجری بیشتر از ماماهای مراکز غیر مجری است (۷).

### ح) میزان رضایت از سامانه سیب از دیدگاه پزشکان خانواده، مراقبین سلامت و بهورزان

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	میزان رضایت
۱	میزان رضایت از سامانه سیب از دیدگاه مراقبان سلامت	متوسط
۲	میزان رضایت از سامانه سیب از دیدگاه بهورزان	متوسط

در این آیتم دو مطالعه مقطعی در سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۹ انجام گرفت. آیتم‌های رضایت‌مندی از سامانه سیب شامل: متناسب بودن حجم و تعدد داده‌ها (حیطه‌ها، تعداد سؤالات و گزینه‌های آن)، ساده و کاربر بودن (عدم پیچیدگی ساختاری)، سرعت وارد شدن داده‌ها در سامانه، در دسترس بودن سامانه (عدم قطع و وصل) در طول ساعات کار، سطح آشنایی با واژه‌های تخصصی موجود در سامانه، علمی و کاربردی بودن سؤالات فنی سامانه در مدیریت سلامت مردم، قابلیت بهره‌برداری علمی و اجرایی از سامانه با توجه به سرعت اینترنت در منطقه بوده است.

نتایج مطالعات نشان داد که میانگین رضایت‌مندی مراقبان سلامت ۲,۷ (از ۵ نمره) بود. بیشترین رضایت‌مندی مراقبان سلامت از سطح آشنایی با واژه‌های تخصصی موجود در سامانه با نمره ۳,۸۹ و کمترین از متناسب بودن حجم و تعدد داده‌ها با نمره ۲,۶۱ بوده است. همچنین نتایج نشان داد بین سن، سابقه فارغ‌التحصیلی، سابقه خدمت پزشکان و مراقبان سلامت در برنامه پزشک خانواده شهری و رضایت‌مندی از سامانه سیب ارتباط معکوس معنی‌دار و با سطح تمایل و علاقه به ماندگاری در برنامه پزشک خانواده شهری پزشکان و مراقبان سلامت ارتباط مستقیم معنی‌دار وجود داشت. (۲۰۶۲).

همچنین میانگین رضایت‌مندی بهورزان ۳/۱۹ (از ۵ نمره) بود. کمترین رضایت‌مندی در بین بهورزان در خصوص در دسترس بودن سامانه در طول ساعات کار و بیشترین رضایت‌مندی در خصوص متناسب بودن حجم و تعدد داده‌ها بوده است. همچنین نتایج نشان داد بین سطح تمایل و علاقه به ماندگاری در برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی روستایی و بهورزان ارتباط مستقیم معنی‌دار وجود دارد و بین شهرستان محل بهورزان و رضایت‌مندی از سامانه‌ی سیب، تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۸).

### خ) چالش‌های پزشک خانواده روستایی از دیدگاه ذینفعان

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	میزان رضایت
۱	چالش‌های پزشک خانواده روستایی از دیدگاه ذینفعان	چالش تولیدی، چالش ارائه خدمت، چالش فرهنگی و آموزشی، چالش نیروی انسانی و چالش زیرساختی

۱. مطالعه به صورت یک مطالعه کیفی انجام شده است. مشارکت‌کنندگان شامل ذینفعان کلیدی برنامه پزشک خانواده روستایی شامل مدیران، کارشناسان، پزشکان و ماماها‌ی شاغل در برنامه پزشک خانواده، پزشکان بخش خصوصی، کارشناسان بیمه سلامت و گیرندگان خدمت بودند. داده‌ها از طریق

مصاحبه ساختاریافته و بحث گروهی متمرکز برای جمع‌آوری شد.

یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی، در ۱۶ زیر طبقه و ۵ طبقه نهایی طبقه‌بندی شدند که شامل چالش‌های تولیدی، چالش‌های ارائه خدمت، چالش‌های فرهنگی و آموزشی، چالش‌های نیروی انسانی و چالش‌های زیرساختی طبقه‌بندی شدند.

چالش‌های تولیدی شامل: ضعف در سیاست‌گذاری، تدوین قوانین و دستورالعمل‌ها (تغییرات مکرر و تعدد برنامه‌ها پزشک خانواده، عدم وجود مکانیسم‌های مناسب برای ماندگاری پزشکان، یک کاسه نبودن وضعیت جذب نیرو)، ضعف در نظارت و کنترل (عدم وجود مکانیسم مناسب نظارت و کنترل‌ها، اعمال سلیقه در اجرای قوانین و دستورالعمل)، ضعف در هماهنگی بین بخش و درون بخشی (ضعف در جلب همکاری بین بخشی، همکاری نامناسب واحدهای درون بخشی)، ضعف عملکرد سازمان بیمه در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (نظارت غیر تخصصی بیمه، نداشتن دید سلامت‌محور بیمه‌ها، نبود ساختار مناسب نظارت در سازمان بیمه) بوده است. چالش‌های ارائه خدمت شامل ضعف نظام ارجاع (عدم رعایت نظام ارجاع توسط مردم، کارکنان و پزشکان، عدم وجود بازخورد ارجاع، طولانی بودن مسیر ارجاع)، مشکلات ده‌گردشی پزشک خانواده (ساعت نامناسب مراجعه به خانه‌های بهداشت، مراجعه نامنظم به خانه‌های بهداشت، ناقص بودن دارو در ده‌گردشی)، مشکلات بیتوته پزشکان (عدم رعایت بیتوته توسط برخی از پزشکان، رد کردن بیماران توسط کارکنان سرایداری، عدم وجود نیرو و امکانات لازم برای درمان بیماران اورژانسی)، پایین بودن سهم بیمار از هزینه‌های ارائه خدمت (مراجعه بی‌رویه به پزشک با پایین بودن هزینه خدمات، پایین آمدن ارزش خدمات پزشک عمومی، درخواست بی‌رویه برای ارجاع به متخصص) بوده است.

چالش‌های فرهنگی و آموزشی شامل: ضعف در بسترسازی فرهنگی و اطلاع‌رسانی به جامعه (آموزش و اطلاع‌رسانی نامناسب به جمعیت، عدم توجه متولیان برنامه به بسترسازی فرهنگی، مشارکت پایین مردم در برنامه‌های بهداشتی) و ضعف در آموزش به ارائه‌دهندگان خدمت (کمبود آموزش دانشگاهی برای کارکنان گروه سلامت، درمان محور بودن آموزش‌ها پزشکی در دانشگاه، ضعف در آموزش بدو خدمت و حین خدمت گروه سلامت) بوده است.

چالش‌های نیروی انسانی شامل ماندگاری پایین پزشکان در برنامه (ماندگاری پایین با شرایط نامناسب محل خدمت، ماندگاری پایین به علت تمایل به ادامه تحصیل، ماندگاری پایین به دلیل بومی نبودن پزشکان)، مکانیسم‌های انگیزشی نامناسب (وضعیت نامناسب پرداختی به کارکنان، عدم توجه به حجم و کیفیت ارائه خدمت در پرداختی‌ها، عدم توجه کافی به همه نیروها در پرداختی، امنیت شغلی پایین پزشکان شاغل در برنامه)، کمبود کمی و کیفی نیرو (کمبود پزشک خانواده به نسبت جمعیت، کمبود نیروهای بهداشتی همکار پزشک‌ها، عدم دسترسی به متخصص در شهرستان، تعهد ناکافی پزشکان و سایر کارکنان به برنامه) بوده است.

چالش‌هایی زیرساختی شامل مشکلات مالی (تأخیر در تأمین اعتبارات و اعمال کسورات توسط بیمه)، کمبود منابع فیزیکی (نبود امکانات کافی در مراکز جامع سلامت و عدم وجود خدمات پاراکلینیکی در مراکز)، ضعف نظام اطلاعاتی (عدم وجود پرونده سلامت جامع و منسجم، عدم وجود زیرساخت‌های پرونده الکترونیک، عدم ارسال صحیح اطلاعات به سطوح بالاتر) بوده است (۹).

## بحث و نتیجه‌گیری

با عنایت به نتایج مطالعات برای اجرای مناسب این طرح فراهم آوردن شرایط کاری مناسب، توجه به مؤلفه‌های تأثیرگذار برای ورود به طرح می‌توان تمایل برای عضویت در طرح را افزایش داد و برطرف کردن مشکلات ضروری به نظر می‌رسد. همچنین با توجه به بررسی انجام شده رضایت مراکز مجری این طرح از سایر مراکز بالاتر بوده است؛ لذا پیشنهاد می‌شود با برطرف کردن مشکلات موجود نسبت به ارتقا اقدام شود.

۱. مؤلفه‌های اثرگذار بر عضویت پزشکان در طرح پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان عمومی؛

۲. میزان تمایل پزشکان خصوصی برای شرکت در طرح پزشک خانواده؛

۳. دیدگاه ارائه‌دهندگان در طرح پزشک خانواده در مورد شرایط کاری؛

۴. مشکلات پزشکان خانواده از دیدگاه پزشکان عمومی؛

۵. فراوانی عوامل ترک خدمت پزشکان؛

۶. میزان رضایت ماماها از طرح پزشک خانواده؛

۷. مقایسه رضایت ماماها در مراکز مجری و غیر مجری پزشک خانواده؛

۸. میزان رضایت از سامانه سبب از دیدگاه پزشکان خانواده، مراقبان سلامت و بهورزان؛

۹. چالش‌های پزشک خانواده روستایی از دیدگاه ذینفعان.



## منابع

1. Ebadi J, Mehrara M, Tameli S, Sobhanian H. A Survey on Preferences and Factors Influencing the Decision of the Physicians Working in Public Centers of Tehran University of Medical Sciences to enter Family Physician. *Journal of Health Administration*. 2014;95-107:(56)17.
2. Aligol M, Mohammadbeigi A. Assessment of Private Sector Physicians' Willingness to Participate in Family Physician Program Using the Diffusion of Innovation Model, Qom, 2012, Iran. *Qom Univ Med Sci J*. 2014;27-34:(1)8.
3. Keshvari M, Mohammadi E, Boroujeni AZ, Farajzadegan Z. Burnout: interpreting the perception of Iranian primary rural health care providers from working and organizational conditions. *International journal of preventive medicine*. 2012;3:(Suppl 1):S79-S88.
۴. مردانی آ، سردار ا. بررسی مشکلات پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی - درمانی روستایی استان خراسان رضوی: یک بررسی مقدماتی. *مجله سازمان نظام پزشکی مشهد*. ۲۰۱۴؛ ۱۸(۱): ۱۷-۲۰.
۵. عاطفی ع، آقامحمدی س، جمشیدیگی ع، ضرابی م، پوررضا، شریعتی م. بررسی عوامل مؤثر بر ترک خدمت پزشکان خانواده در مناطق روستایی استان‌های با ضریب محرومیت کمتر از ۱۰۴ (برخوردار) کشور. *تحقیقات نظام سلامت حکیم (حکیم)*. ۱۳۹۳؛ ۱۷(۱) (پیاپی ۶۴): -.
6. Asgari H, Kheirmand M, Rohani M, Sadoughi S, Malekpour Z. Satisfaction of physicians and midwives participating in the rural family physician and insurance scheme with the plan in Isfahan province, 2010. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2012;11-20:(2)10.
۷. محمود صمدی ل. مقایسه رضایت مندی مجریان و مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی. *مهندسی مدیریت*. ۱۳۹۰؛ سال چهارم (۴۰): ۵۸-.
۸. احمدی ر، احمدی ح، سارانی م. مقایسه‌ی تطبیقی عوامل مؤثر بر رضایت مندی پزشکان و بهورزان از سامانه‌ی سیب. *مجله دانشکده پزشکی زابل*. ۱۰۲: ۲۰۲۰-۸.
9. Mohammadi Bolbanabad J, Mohammadi Bolbanabad A, Valiee S, Esmailnasab N, Bidarpour F, Moradi G. The Views of Stakeholders about the Challenges of Rural Family Physician in Kurdistan Province: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2019;47-56:(1)15.

# دیدگاه و رضایت تشکل‌های مردم‌نهاد

## مقدمه

نظام مراقبت سلامت در کشورهای مختلف با تأثیرپذیری از شرایط سیاسی، اقتصادی و فرهنگی برای ارائه خدمات ویژه ارتقای، پیشگیری، درمانی و باز توانی افراد به شکل‌های متفاوت سازمان‌دهی می‌شود. امروزه جلب نظرات و دیدگاه‌های نمایندگان محلی و مردم مهم‌ترین راهکار توسعه بخش‌های مختلف اجتماعی تلقی می‌شود. مقوله سلامت به‌عنوان محور توسعه از این قاعده مستثنا نبوده و ارتقای آن نیازمند مشارکت بخش‌های مختلف توسعه جامعه است. تغییر سیمای معضلات سلامت، نیاز به اصلاح رفتارهای اجتماعی و شیوه‌های زندگی را الزامی می‌سازد و بدون شک برای نیل به این منظور باید راهبردهای جدیدی را در عرصه سلامت جستجو کرد. بهره‌مندی از ظرفیت‌های محلی در نظام سلامت ایران سابقه دیرینه دارد. تعهد به عملیاتی کردن اعلامیه جهانی آلماتا در خصوص مراقبت‌های اولیه سلامت، اجرای طرح رابطان بهداشتی با هدف جلب مشارکت زنان، اجرای پروژه چتر مراقبت‌های بهداشتی اولیه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان جهانی بهداشت با ۹ هدف که دو هدف آن توسعه مشارکت جامعه و مشارکت بین بخشی بوده، ایده تأسیس پایگاه تحقیقات جمعیت در سال ۱۳۷۹ با هدف جلب مشارکت مردم، سازمان‌های مردم‌نهاد و افراد خیر داخل و خارج جهت ارتقای سلامت جامعه و تأکید تشکیل هیئت امناء در تمامی مراکز مجری برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی همگی بر ضرورت بهره‌مندی از ظرفیت‌های جامعه تأکید دارند. مردم و نهادهای محلی زمانی مشارکت لازم را در اعتلای برنامه سلامت خواهد داشت که از عوامل اجرایی و خدمات ارائه‌شده آن احساس رضایت نمایند و در برنامه همکاری و مشارکت نزدیک داشته باشند و اطلاعات در اختیار آنان گذاشته شود. مشارکت و رضایت‌مندی موجب ارتقاء و پاسخگویی دستگاه‌های اجرایی و اعتماد عمومی به عملکرد سازمان‌ها و کارایی و اثربخشی بخش دولتی و خصوصی خواهد شد. موفقیت اجرای برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی با توجه به ضوابط و الزاماتی که دارد قسمتی وابسته به حمایت، پشتیبانی و همکاری نهادهای محلی و مردم می‌باشد. طبیعی است که هرچه میزان رضایت اعضای نهادهای محلی بیشتر باشد، تمایل آن‌ها برای همکاری بالاتر خواهد رفت؛ لذا هدف این گزارش ارزشیابی دیدگاه و رضایت تشکل‌های مردم‌نهاد از اجرای طرح پزشکی خانواده می‌باشد.

با بررسی مستندات به‌دست آمده در این عنصر تعداد ۲ مطالعه به دست آمد و داده‌های آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعات اطلاعات اعضای نهادهای محلی شامل اعضای شورای حل اختلاف، شورای اسلامی، شورای بهداشتی، دهیار، مدیر و معلم بومی مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج در قسمت‌های مختلف در قالب موارد زیر ارائه شده است:

الف) رضایت اعضای نهادهای محلی از بهورزان و خانه‌های بهداشت؛

ب) رضایت اعضای نهادهای محلی از مراکز مجری برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی؛

ج) شناخت اعضای نهادهای محلی از پزشک خانواده، ساعات و شرایط بهره‌مندی از دفترچه بیمه روستایی؛

د) شناخت اعضای نهادهای محلی استان‌های شمالی کشور از ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی؛

و) شناخت اعضای نهادهای محلی استان‌های شمالی کشور از سهم پرداخت بیمار به ازای دریافت خدمات با استفاده از دفترچه بیمه روستایی؛

ه) میانگین آشنایی اعضای نهادهای محلی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی در برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی.

## نتایج

### الف) رضایت اعضای نهادهای محلی از بهورزان و خانه‌های بهداشت

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱	رضایت‌مندی از بهورزان و خانه‌های بهداشت	بالا

سطح رضایت‌مندی اعضای نهادهای محلی از بهورزان و خانه‌های بهداشت در استان‌های شمالی ایران شامل مواردی: نظافت و تمیزی خانه بهداشت، حضور به‌موقع و کامل بهورز یا بهورزان در خانه بهداشت، نحوه برخورد و برقراری ارتباط بهورز یا بهورزان، دانش و مهارت بهورز یا بهورزان و میزان آموزش و توصیه‌ها یا راهنمایی‌هایی که بهورز یا بهورزان جهت حفظ و ارتقاء سلامتی به مردم بوده است. نتایج نشان داد که رضایت‌مندی افراد مورد مطالعه در همه موارد بالاتر از ۸۰٪ بوده است. بیشترین رضایت از نحوه برخورد و برقراری ارتباط بهورز با ۹۳/۷٪ و کمترین رضایت از میزان آموزش و توصیه‌ها یا راهنمایی‌هایی که بهورز جهت حفظ و ارتقاء سلامتی به مردم با ۸۲/۸٪ بوده است (۱).

### ب) رضایت اعضای نهادهای محلی از مراکز مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱	رضایت‌مندی اعضای نهادهای محلی از مراکز مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی	بالا

نتایج سطح رضایت‌مندی اعضای نهادهای محلی از مراکز مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی شامل مواردی مانند نظافت و تمیزی مرکز، مدت‌زمان صرف شده در مرکز برای دریافت خدمات موردنیاز، حضور به‌موقع و کامل پزشک خانواده در مرکز، نحوه برخورد و برقراری ارتباط پزشک خانواده با مردم، نحوه برخورد و برقراری ارتباط سایر کارکنان مرکز با مردم، دانش و مهارت پزشک خانواده، میزان آموزش و توصیه‌ها یا راهنمایی‌هایی که پزشک خانواده برای حفظ و ارتقاء سلامتی به مردم، کامل بودن خدمات موردنیاز (مشاوره و راهنمایی، دریافت دارو، انجام آزمایش و ...)، هزینه پرداخت‌شده در مرکز بهداشتی درمانی نسبت به خدمات دریافت شده و امکانات و تجهیزات درمانی موجود در مرکز بوده است. نتایج در این بخش نشان داد که بیشترین رضایت‌مندی اعضا از نحوه برخورد و برقراری ارتباط پزشک خانواده با مردم با ۷۸/۳٪ و کمترین درصد رضایت‌مندی از امکانات و تجهیزات درمانی موجود در مرکز با ۲۰/۹٪ بوده است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که سطح رضایت اعضای نهادهای محلی از خدمات خانه بهداشت بسیار بالا و از مجری برنامه پزشک خانواده نسبتاً بالا بوده است (۱).

### ج) شناخت اعضای نهادهای محلی از پزشک خانواده، ساعات و شرایط بهره‌مندی از دفترچه بیمه روستایی

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱	شناخت اعضای نهادهای محلی از ضوابط طرح پزشک خانواده	کم

آیتم‌های آشنایی شرکت‌کنندگان شامل: جنس پزشک، نام پزشک، ساعات کار رسمی، محل اجرای برنامه کشیک شب و روزهای تعطیل، الزام پرونده سلامت همه مردم، انجام معاینات دوره‌ای، ارائه بازخورد پزشک متخصص به پزشک خانواده و قید نتایج ویزیت در برگ ارجاع، مراجعه مجدد بیمار به پزشک خانواده برای ثبت بازخورد، الزام ده‌گردشی، شناخت ترکیب اعضای هیئت‌امناء، اعتبار دستور ارجاع و میانگین تجویز دارو بوده است.

میانگین نمره آشنایی افراد مورد مطالعه از کل ۱۴ نمره مربوط به پزشک خانواده و بیمه روستایی  $5 \pm 2/6$  بوده است. بیشترین شناخت اعضای نهادهای محلی در خصوص جنس پزشک خانواده و کمترین شناخت انجام معاینات دوره‌ای می‌باشد (۲).

### د) شناخت اعضای نهادهای محلی استان‌های شمالی کشور از ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱	شناخت اعضای نهادهای محلی استان‌های شمالی کشور از ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی	بالاتر از حد متوسط

سؤالات مربوط به ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی شامل: مراجعه به پزشک خانواده، با ارجاع از خانه بهداشت، دریافت دارو فقط در داروخانه‌های طرف قرارداد، انجام آزمایش در آزمایشگاه سطح اول، انجام آزمایش، رادیولوژی و سونوگرافی در مراکز تشخیصی طرف قرارداد، ویزیت در بیمارستان‌های دولتی و مطب‌های تخصصی طرف قرارداد، بستری در بیمارستان‌های دولتی (سطح دوم و سوم) می‌باشد. میزان شناخت اعضای نهادهای محلی از ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی همگی بالاتر از حد متوسط قرار دارد و تفاوت چشمگیری در موارد مختلف وجود ندارد. میانگین نمره آشنایی افراد مورد مطالعه از کل ۶ نمره مربوط به ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی  $3,9 \pm 3/2$  بوده است (۲).

## و) شناخت اعضای نهادهای محلی استان‌های شمالی کشور از سهم پرداخت بیمار به ازای دریافت خدمات با استفاده از دفترچه بیمه روستایی خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره
۱	شناخت اعضای نهادهای محلی از سهم پرداخت بیمار به ازای دریافت خدمات با استفاده از دفترچه بیمه روستایی	خیلی پایین

سؤالات مربوط به ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی شامل: مراجعه به پزشک خانواده، با ارجاع از خانه بهداشت، دریافت دارو فقط در داروخانه‌های طرف قرارداد، انجام آزمایش در آزمایشگاه سطح اول، انجام آزمایش، رادیولوژی و سونوگرافی در مراکز تشخیصی طرف قرارداد، ویزیت در بیمارستان‌های دولتی و مطب‌های تخصصی طرف قرارداد، بستری در بیمارستان‌های دولتی (سطح دوم و سوم) می‌باشد. میزان شناخت اعضای نهادهای محلی از سهم پرداخت بیمار به ازای دریافت خدمات با استفاده از دفترچه بیمه روستایی خیلی پایین می‌باشد. میانگین نمره آشنایی افراد مورد مطالعه از کل ۷ نمره مربوط به فرانشیزها  $1 \pm 1/3$  بوده است (۲).

## ه) میانگین آشنایی اعضای نهادهای محلی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره
۱	میانگین آشنایی اعضای نهادهای محلی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی	خیلی پایین

میانگین آشنایی افراد مورد بررسی از کل ۲۷ نمره در خصوص برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی نشان می‌دهد که میانگین آشنایی اعضای نهادهای محلی از پزشک خانواده و ساعات کار آن و شرایط بهره‌مندی از دفترچه بیمه روستایی، از ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی، از سهم پرداخت بیمار به ازای دریافت خدمات  $4,8 \pm 9,8$  بوده است. همچنین دهیاران بیشترین آشنایی و معلمان بومی کمترین آشنایی را داشتند (۲). نتایج مطالعه نتایج نشان داد که عوامل مرتبط با شناخت و آگاهی شامل موارد زیر می‌باشد:

- میزان آشنایی اعضای نهادهای محلی یا نوع عضویت با بالاتر بودن میزان آشنایی در دهیاران و بعد اعضای شورای بهداشتی رابطه معنی‌دار وجود داشت؛
- بین آشنایی کلی اعضای نهادهای محلی و تعداد مراجعه به خانه بهداشت رابطه معنی‌دار وجود داشت؛
- آشنایی کلی اعضای نهادهای محلی و تعداد مراجعه به مرکز بهداشتی درمانی رابطه معنی‌دار وجود داشت؛
- بین آشنایی کلی اعضای نهادهای محلی و سنشان رابطه معنی‌دار وجود داشت؛
- بین آشنایی کلی اعضای نهادهای محلی و سنشان رابطه معنی‌دار وجود داشت. بین آشنایی کلی و نوع نهاد محلی (با بالاتر بودن میزان شناخت دهیاران، شورای بهداشتی و شورای اسلامی) رابطه معنی‌دار وجود داشت؛

- بین آشنایی کلی اعضای نهادهای محلی و جنس (با بالاتر بودن میزان شناخت مردان) رابطه معنی‌دار داشت (۲).
- نتایج مطالعه نتایج نشان داد که عوامل مرتبط با رضایت‌مندی شامل موارد زیر می‌باشد:
- بین میزان مراجعه اعضای نهادهای محلی به خانه‌های بهداشت و به مرکز بهداشتی درمانی و رضایت تفاوت معنی‌دار وجود دارد؛
- بین عضویت در نوع نهاد محلی و رضایت کلی از خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی رابطه معنی‌دار وجود دارد؛
- میانگین رضایت‌مندی اعضای نهادهای محلی از خانه بهداشت بیشتر از مرکز بهداشتی درمانی بود؛
- بین سن افراد مورد مطالعه و رضایت کلی از خانه بهداشت رابطه مستقیم معنی‌دار وجود داشت؛
- بین تعداد مراجعه افراد به خانه بهداشت و رضایت کلی از خانه بهداشت رابطه مستقیم معنی‌دار وجود داشت؛
- بین سطح تحصیلات اعضای نهادهای محلی و رضایت کلی از خدمات خانه بهداشت رابطه معکوس معنی‌دار وجود داشت؛
- بین سن و رضایت کلی اعضای نهادهای محلی از خانه بهداشت رابطه مستقیم معنی‌دار وجود داشت. همچنین نتایج نشان داد رابطه مستقیم معنی‌داری بین تعداد خدمت دریافت شده و رضایت کلی اعضای نهادهای محلی از خدمات خانه بهداشت مشاهده شد؛
- یکی از موارد پایین بودن رضایت‌مندی مربوط به هزینه‌های پرداخت شده نسبت به خدمات دریافت شده می‌باشد.
- پژوهش حاضر مناسب بودن برخورد و برقراری ارتباط پزشک خانواده با مردم می‌باشد که این می‌تواند عامل مهم در جامعیت بخشیدن خدمات سلامت به خصوص خدمات پیشگیری به حساب آید (۱).

## بحث و نتیجه‌گیری

مطالعات نشان می‌دهد رضایت اعضای نهادهای محلی از ارائه‌دهندگان و مراکز مجری طرح بالای ۷۵٪ می‌باشد؛ اما شناخت از طرح پزشک خانواده و بهره‌مندی از آن از وضعیت مناسبی برخوردار نمی‌باشد؛ اما با گذشت بیش از ۷ سال از اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، اعضای نهادهای محلی آشنایی لازم را از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی مردم در برنامه را ندارند. در دستورالعمل کشوری انتظارات عمده‌ای که از هیئت‌امنای روستا مطرح شد مواردی از قبیل: برگزاری نشست‌های جمعی با مردم روستا به منظور اطلاع‌رسانی و آموزش برنامه بیمه روستایی، هماهنگی با بخشدار، فرماندار و اطلاع‌رسانی به آنها در مورد وضعیت ساختار جمعیت و شاخص‌های سلامت منطقه توسط پزشک و جلب مشارکت‌های مردمی، در مواردی که مشکلات اجرایی ایجاد شده است مثل تهیه مکان مناسب برای بیتوته پزشک و کارکنان، طبیعی است که اگر افراد بانفوذ محلی خودشان از جزئیات و نفس کار آگاه نباشند، انگیزه لازم را برای مشارکت نخواهند داشت و اگر هم مشارکت کنند، اثربخشی آن احتمالاً مناسب نخواهد بود. پژوهش

حاضر نشان داد که شناخت اعضای نهادهای محلی از تعرفه و فرانشیزهای خدمات کمتر از سایر موارد برنامه پزشکی خانواده بوده است که از دلایل می‌توان به عدم پایداری نرخ تعرفه و فرانشیزها ذکر نمود که معمولاً فقط یک سال ثابت می‌مانند و در سال بعد دستخوش تغییر می‌شود و دلیل بعدی می‌تواند عدم مواجهه برای دریافت خدمات مثلاً در روزهای تعطیل و یا عدم اطلاع‌رسانی واحد ارائه‌دهنده خدمات باشد. با توجه به اینکه این مطالعات محدودی در این زمینه انجام شده است پیشنهاد می‌شود که با انجام مطالعات جامع نسبت به آگاهی مردم، اطلاعات جامع جمع‌آوری و با مشخص شدن دلایل عدم آگاهی نسبت به بهبود این حیطة اقدام شود.

## منابع

۱. امیری ح، میکائیکی ا، شیروانی س، کبیر م، جعفری ن، میرزایی م، رضایت‌مندی اعضای نهادهای محلی استان‌های شمالی ایران از مراکز مجری برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی. مجله تحقیقات نظام سلامت. ۲۰۱۵؛ ۱۰(۴): ۷۰۸-.
۲. کبیر م، جعفری ن، طبعی م، امیری ح، میکائیکی ا، شیروانی س. میزان آشنایی اعضای نهادهای محلی استان‌های شمالی ایران از ضوابط طرح پزشکی خانواده و بیمه روستایی در سال ۱۳۹۱. نشریه طلوع بهداشت. ۲۰۱۵؛ ۱۴(۳): ۱۲-۲۴.

# دیدگاه و رضایت نمایندگان مجلس شورای اسلامی

## مقدمه

برنامه پزشکی خانواده با هدف اصلاح رفتار خود ارجاعی بیماران و افزایش عدالت دسترسی به خدمات سلامت و امکان کنترل مناسب بیماری‌های مزمن و حتی همه‌گیری‌ها در کشور انجام شده است. اجرای مناسب این برنامه در کشور با وجود پشتوانه‌های قانونی از طرف ذینفعان، با چالش‌های اساسی روبرو شده است که موجب تأخیر و یا عدم پیشرفت برنامه شده است. اجرای برنامه متأثر از عوامل مختلف سیاسی، فرهنگی، اقتصادی و مدیریتی در کشور می‌باشد که لازم است سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران نظام سلامت با در نظر گرفتن موانع و چالش‌های مطرح شده به اصلاح محتوا و روش‌های اجرای برنامه اهتمام ورزند. در این راستا، تحلیل خط‌مشی‌های نظام ارجاع و برنامه پزشکی خانواده به جهت اهمیت برنامه و وابستگی بسیار زیاد با سایر اجزای نظام سلامت و تاکیدات قانون‌گذار، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. نمایندگان مجلس شورای اسلامی به عنوان یکی از ذینفعان اصلی برنامه هستند که دیدگاه و رضایت آنها نیز بر نحوه اجرای برنامه تأثیر می‌گذارد که باید مورد توجه باشد. در واقع، مجلس شورای اسلامی از بازیگران موثر بر برنامه است که نقش آن قانون‌گذاری و نظارت بر اجرای قوانین است. در این قسمت از گزارش به بررسی رضایت و دیدگاه نمایندگان مجلس شورای اسلامی در مورد برنامه پزشکی خانواده خواهیم پرداخت.

## نتایج

مطالعه‌ای در استان‌های شمالی کشور به بررسی رضایت‌مندی اعضای نهادهای محلی از برنامه پزشکی خانواده انجام شد. در این مطالعه، میانگین رضایت‌مندی اعضای شورای اسلامی از بهروزان، خانه‌های بهداشت، مراکز مجری و پزشکان خانواده در استان‌های شمالی ایران برابر ۴/۴ (از حداکثر امتیاز ۵) بود که در سطح خوبی قرار داشت. همچنین، پایین‌ترین سطح رضایت اعضای شورای اسلامی مربوط به کامل نبودن امکانات و خدمات قابل ارائه و بالا بودن هزینه خدمات دریافت شده بوده است. بنابراین، این مطالعه نشان داد اعضای شورای اسلامی از واحدهای سطح اول نظام شبکه به جزء در ۲ مورد (کامل بودن امکانات و هزینه خدمات) راضی بودند. پیشنهاد می‌شود شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها با جلب مشارکت اعضای نهادهای محلی از جمله نمایندگان شورای اسلامی ظرفیت‌های موجود برای اعتلای سلامت بهره‌برداری کنند (۱).

برنامه پزشکی خانواده از مهم‌ترین تلاش‌های نظام سلامت ایران برای ایجاد نظام ارجاع در کشور است که عوامل متعددی بر اجرای آن موثر هستند. در پژوهشی با مشارکت نمایندگان مجلس شورای اسلامی، عوامل زمینه‌ای موثر بر برنامه پزشکی خانواده در دو مضمون شرایط محیطی (شامل طبقات نگرش درمان محوری در ذینفعان، توجه ناکافی به فرهنگ سازی، سبک زندگی و عوامل سیاسی از جمله تحریم‌ها) و ضعف عوامل مدیریتی (شامل طبقات تضاد منافع، مسائل ساختاری، مسائل مدیریتی کلان و مدیریت منابع) طبقه‌بندی شد (۲).

مسئله دیگر در برنامه پزشکی خانواده خط‌مشی‌گذاری برای اجرای این برنامه است. فرآیند خط‌مشی‌گذاری به مراحل مختلف تعیین مشکل (مسئله‌یابی)، تدوین خط‌مشی و تصمیم‌گیری، اجرا، پایش و ارزیابی تقسیم



می‌شود. در پژوهشی با مشارکت نمایندگان مجلس شورای اسلامی، نزدیک به همه مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که برای تدوین خط‌مشی‌های نظام سلامت پژوهش‌ها ناکافی بودند. بنابراین، باید نیازها و شرایط جامعه به صورت مستمر پایش شده و گزارشات این پایش‌ها برای تدوین یا بازبینی برنامه‌ها مورد استفاده قرار گیرند. مشکل دیگر اختصاص بودجه ناکافی به پژوهش بود که باید همانند کشور تایلند مشاوران خط‌مشی‌گذاری در این زمینه وجود داشته باشد. همچنین، بیان شد که خط‌مشی‌گذاران درک درستی از مسائل نظام سلامت نداشتند و علت آن در تک بعدی نگرستن به مسئله و عدم توجه به ماهیت پیچیده مسائل مربوط به سلامت، تخصیص ناکافی خط‌مشی‌گذاری، کم توجهی به تجربیات گذشته و تجربیات بین‌المللی، منافع صنفی و وجود اهداف ضمنی در هریک از برنامه‌ها بود. پایین بودن مهارت، دانش، تخصص و تجربه خط‌مشی‌گذاران، نبود همکاری مناسب بین وزارت رفاه و وزارت بهداشت در جریان برنامه پزشکی خانواده، عدم توجه کافی به نقش و ظرفیت سایر نهادها در سلامت جامعه، نبود نگرهبان خاص در اجرای برنامه، عدم توجه به زمینه جامعه، آموزش مجریان اصلی (پزشکان و پرستاران) از دیگر مشکلات بیان شده است (۲).

در اجرا و ارزیابی برنامه، عزم ملی / سیاسی و تعهد مجریان و تعهدات دولت در قبال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز اجرای تعهدات مالی به پزشکان مطرح شده است. همچنین، در حوزه سازوکارهای اجرا، ماهیت مشارکتی برنامه و روش اجرا مطرح شده است که باید به آن توجه گردد. به طور کلی برای اجرای این برنامه که ماهیتاً یک برنامه مشارکتی است، نیاز به جلب مشارکت آحاد مردم و همچنین اصناف مختلف می‌باشد که این مشارکت محقق نشده است. همچنین، در شیوه‌های اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی براساس فرهنگ‌های بومی مناطق اقدامات موثری انجام نشده است. در واقع، مشکلات روش اجرای این برنامه شامل پیچیدگی فرآیند اجرا، شتاب‌زدگی در اجرا و عدم ارزیابی وسیع در اجرای بیمه همگانی می‌باشد. از نظر محتوا نیز، برنامه پزشکی خانواده دارای چالش‌های زیر است: عدم تناسب رویکرد اجرایی اتخاذ شده با ماهیت برنامه، شفافیت ناکافی و ابهام در اهداف، وظایف و مسئولیت‌ها، عدم بومی‌سازی با توجه به وسعت جغرافیایی و تنوع زیستی و فرهنگی ایرانی، جامعیت ناکافی در برنامه و انتخاب ابزارهای اجرایی نامناسب (۲).

بازیگران مجموعه‌ای از افراد و سازمان‌های دولتی و غیردولتی هستند که بر فرآیند خط‌مشی‌گذاری برنامه پزشکی خانواده تأثیرگذار می‌باشند؛ اما از میزان علاقه و قدرت متفاوتی برای تأثیرگذاری برخوردارند. با توجه به تحلیل ذینفعان، وزارت بهداشت، مجلس شورای اسلامی، شورای عالی بیمه، بیمه‌ها (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت) و نظام پزشکی بازیکنان کلیدی برنامه هستند چون دارای قدرت بالا و سطح بالایی از خواسته و علاقه هستند و واکنش خود را نسبت به پروژه‌ها و اصلاحات با توجه به اولویت‌های اصلی شکل می‌دهند و منافع و اولویت‌های آنان بسیار در خط‌مشی‌گذاری و اجرای اصلاحات موثر است. بنابراین، مشارکت کامل آنها در تدوین و جلب حمایت آنان در اجرای خط‌مشی شرط اصلی بقای برنامه‌ها است (۲).

در مطالعه دیگری، به منظور شناسایی محورها و چارچوب حاکمیت بالینی که نمایندگان مجلس شورای اسلامی نیز مشارکت کرده بودند، زمینه‌های مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC<sup>۱</sup>) مبتنی بر پزشکی خانواده در درون مایه‌های اصلی و فرعی زیر طبقه‌بندی شد:

1. Primary Health Care

ابعاد حاکمیت بالینی (مشارکت جامعه، ممیزی بالینی، اثربخشی بالینی، مدیریت کارکنان، آموزش، استفاده از اطلاعات و مدیریت خطر).

پیش نیازها و ساختارها (راهنماها و دستورالعمل‌ها، ارتقاء شاخص‌های سلامت، تجهیزات و امکانات، نظام ارجاع و تأمین مالی).

متولیان تصمیم‌گیر (متولیان دخیل در سیاست‌گذاری که در تدوین و اجرای سیاست‌ها و تصمیمات باید مشارکت داشته باشند).

ابعاد سنجش خدمات (اثربخشی، کارایی، انسانی بودن خدمات و عدالت) (۳).

## بحث و نتیجه‌گیری

نمایندگان مجلس شورای اسلامی از دین‌فغان اصلی در اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده در کشور هستند که از واحدهای سطح اول نظام شبکه بهداشت و درمان به جزء در ۲ مورد (کامل بودن امکانات و هزینه خدمات) رضایت داشتند. از دیدگاه نمایندگان مجلس، در فرآیند خط‌مشی‌گذاری برنامه پزشک خانواده مشکلاتی همچون ناکافی بودن پژوهش و بودجه، نگرش تک‌بعدی خط‌مشی‌گذاران به برنامه و درک نادرست آن، تخصیص ناکافی خط‌مشی‌گذاری، کم‌توجهی به تجربیات گذشته و تجربیات بین‌المللی، وجود منافع صنفی و اهداف ضمنی، پایین بودن مهارت و دانش خط‌مشی‌گذاران و نبود همکاری بین سازمان‌ها، نبود ناظر و عدم توجه به نیاز جامعه عنوان شده است. در راستای حل این مشکلات باید به تعهدات مالی در قبال اجرای برنامه به خصوص نسبت به پزشکان و ماهیت مشارکتی برنامه توجه شود. همچنین، به شیوه‌های اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی نیز توجه شده و از شتاب‌زدگی پرهیز شود. توجه به شرایط محیطی و عوامل مدیریتی و همچنین مشکلات محتوایی برنامه نیز ضروری به نظر می‌رسد. نمایندگان مجلس شورای اسلامی به دلیل قدرت بالایی که دارند در تدوین و حمایت خط‌مشی برنامه مشارکت کامل داشته باشند. همچنین، جهت تسهیل اجرای حاکمیت بالینی، راهکارهایی مانند زیرساخت‌های مناسب، تعهد مدیران، فرهنگ حمایتی، دانش کافی، پایش و ارزشیابی، فرهنگ‌سازی مناسب، امکانات و تجهیزات و منابع مالی کافی در برنامه پزشک خانواده پیشنهاد شده است.

## منابع

۱. حسن اشرفیان ا، ابراهیم م، سید داود نعلو پور ش، محمد جواد ک، ناهید ج، محمدرضا م، et al. رضایت مندی اعضای نهادهای محلی استان‌های شمالی ایران از مراکز مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی. مجله تحقیقات نظام سلامت. ۱۳۹۳؛ ۱۰(۴): ۷۰۸.
۲. علائی، رشیدی اق، نیلوفر، امیری. تحلیل کیفی برنامه پزشک خانواده به منظور شناسایی علل و چالش‌های عدم پیشرفت برنامه. بیمارستان. ۲۰۲۰؛ ۱۹(۳): ۶۵-۷۶.
۳. آباد حق، مقدم و، عباس، زابلی، اعرابی، محسن. محورهای حاکمیت بالینی در مراقبت‌های اولیه سلامت مبتنی بر پزشک خانواده در استان مازندران: دیدگاه ذی‌نفعان. فصلنامه بیمارستان. ۲۰۲۰؛ ۱۹(۴): ۳۱-۴۴.

# دیدگاه و رضایت مدیران محیطی

## مقدمه

از جمله اجزایی که می‌توان به واسطه آن شناخت بسیار خوبی از وضعیت اجرایی طرح‌های سلامت بدست آورد، بررسی دیدگاه و رضایت مدیران محیطی نظام سلامت می‌باشد که شامل مدیران میانی و ارشد می‌باشد که وظیفه نظارت و پشتیبانی مستقیم و غیرمستقیم بر مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت را بر عهده دارند؛ لذا در این بخش سعی بر آن است تا نظرات و دیدگاه مدیران محیطی در چهار زیرمجموعه به شرح ذیل ارائه شود:

الف) بررسی میزان رضایت مدیران؛

ب) دیدگاه مدیران نسبت به عملکرد تیم سلامت؛

ج) چالش‌ها؛

د) ادغام سایر برنامه‌ها در طرح پزشکی خانواده.

## نتایج

در ادامه هر یک از موارد بالا به تفصیل ارائه شده است.

### الف) بررسی میزان رضایت مدیران

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱	رضایت از مدیریت عملکرد پزشکان	خوب
۲	رضایت از عملکرد پزشکان	متوسط
۳	رضایت از عملکرد پزشکان	متوسط
۴	زمان انتظار	متوسط
۵	فرانشیز خدمات	متوسط

۱. میزان رضایت مدیران محیطی از مدیریت عملکرد پزشکان ۷۹/۶٪ بوده است که بالاتر از میانگین و قابل قبول می‌باشد (۱).

۲. سطح عملکرد برنامه پزشک خانواده شهری از دیدگاه اکثر مدیران و مجریان در حد متوسط بود (۲).  
 ۳. به‌رغم این که ابعاد آموزش، ارائه خدمات، مدیریت عملکرد و ارتباط با بیمار وضعیت مناسبی دارد ولی ابعاد مشارکت جامعه و مدیریت سلامت منطقه ضعیف ارزیابی شده و نیاز به بهبود دارد (۳).

۴. میانگین زمان ویزیت پزشکان ۵ تا ۱۰ دقیقه برآورد شده است. این مدت زمان از نظر حدود ۴۵٪ پزشکان کافی به نظر نمی‌رسد. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که زمان ویزیت در طرح پزشک

خانواده و نظام ارجاع تا حدودی منطقی به نظر می‌رسد. مدیریت تقاضا و انتخاب یک جمعیت تحت پوشش مناسب برای هریک از مراکز ارائه دهنده گام مهمی در بهبود زمان ویزیت بیماران به خصوص در توسعه این طرح در مناطق شهری به شمار می‌آید. این امر در مورد ویزیت پزشکان که تعداد قابل توجهی آن را ناکافی می‌دانند اهمیت بیشتری می‌یابد (۴).

۵. بیشتر مدیران مخالف رایگان بودن تمامی خدمات پزشک خانواده شهری بودند، از این رو پیشنهاد شده در مورد برقراری فرانشیز برای برخی از خدمات بازنگری مجدد صورت گیرد (۵).

### ب) دیدگاه مدیران نسبت به عملکرد گروه سلامت

#### خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱	عملکرد پزشکان	خوب
۲	عملکرد پزشکان خانواده شهری	متوسط
۳	عملکرد پزشکان	بد
۴	انطباق طرح با ابعاد سیاست‌گذاری	متوسط
۵	بازخورد و آگذاری مدیریت مراکز بهداشتی به پزشکان	خوب

۱. عملکرد پزشکان خانواده در پنج بعد مدیریتی به ترتیب در حیطه‌های مدیریت سلامت ۶۰٪، همکاری‌های برون بخشی ۵۴٪، ارتقای سلامت ۵۶٪، خدمات پیشگیری و بهداشتی ۶۴٪، خدمات درمانی و ارجاع ۶۰٪ می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که در سه حیطه عملکرد بالاتر از حد متوسط بوده است (۶).
۲. سطح عملکرد برنامه پزشک خانواده شهری از دیدگاه اکثر مدیران و مدیران در حد متوسط است (۷).
۳. میانگین سطح عملکرد در دو حیطه عملکرد خارجی و ارتقای سلامت پایین تر از حد متوسط بوده و در حیطه‌های مدیریت سلامت، پیشگیری و بهداشت و مراقبت‌های سلامت و ارجاع متوسط بوده است (۸).
۴. برنامه پزشک خانواده بیشترین انطباق را با ابعاد اثر بخشی، 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 مستلزم توجه بیشتری است (۹).
۵. به کارگیری پزشکان خانواده‌ی متخصص در جایگاه‌هایی همچون پزشک مسئول مجتمع سلامت و ارائه‌ی خدمت در مراکز جامع سلامت می‌تواند پیامدهایی همچون واقعی شدن ارجاع‌ها، کاهش هزینه‌ها و جلوگیری از خدمات غیر ضروری و کاهش بار کاری سطوح ۲ و ۳ ارائه‌ی خدمت را به دنبال داشته باشد (۱۰).

### ج) چالش‌ها

۱. بزرگترین چالش نبود برنامه‌ریزی جامع بود. از دیدگاه مدیران به تنهایی مهم‌ترین چالش در حوزه تأمین مالی بود. با توجه به اینکه اکثر چالش‌های شناسایی شده در این مطالعه با اهمیت هستند و مدیران و پزشکان آن‌ها را تأیید کرده‌اند، می‌توان از طریق توجه به شفافیت بیشتر در دستورالعمل‌ها و تفاهم‌نامه‌های اجرایی سیاست، توجه به نیازهای انگیزشی و نیازهای آموزشی پزشکان خانواده،

- بازنگری و بهبود روش‌های جمع‌آوری اطلاعات محیطی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد به رفع مسائل و چالش‌های مطرح شده پرداخت (۹).
۲. چالش‌ها و موانع اجرایی برنامه پزشکی خانواده روستایی در ۱۶ زیر طبقه و ۵ طبقه اصلی دسته‌بندی شده است. چالش‌های تولیتی، چالش‌های ارائه خدمت، چالش‌های فرهنگی و آموزشی، چالش‌های نیروی انسانی، و چالش‌های زیر ساختی طبقه‌های اصلی بودند. مهم‌ترین زیر طبقه‌های چالش‌ها نیز شامل: ضعف سیاست‌گذاری، تدوین قوانین و مقررات، ضعف در کارکرد بیمه‌ها، ضعف هماهنگی درون‌بخشی و بین‌بخشی، ضعف نظام ارجاع، ضعف در بسترسازی فرهنگی و اطلاع‌رسانی برنامه به جامعه، ماندگاری پایین پزشکان، مکانیسم‌های انگیزشی نامناسب، و ضعف نظام اطلاعاتی بودند (۱۱).
۳. یافته‌های این مطالعه منجر به شناسایی مشکلاتی در زمینه اجرای برنامه پزشکی خانواده شهری در ایران شد. مشکلات مربوط به تأمین و توزیع منابع مالی برنامه که با بسترسازی مناسب مالی و طراحی مالی مناسب قابل حل خواهد بود. مشکلات فرهنگی که با آموزش مردم و کارکنان و مشارکت رسانه‌ها قابل مداخله است. مشکلات آموزشی که با اصلاح کوریکولوم آموزش پزشکی موثر خواهد بود. مشکلات انگیزشی که با جلب مشارکت بخش خصوصی و متخصصان و تضمین تداوم برنامه قابل مداخله خواهد بود. مشکلات ساختاری و برنامه نویسی که با طراحی مناسب ساختاری و تهیه دستورالعمل‌ها قابل مداخله است. مشکلات اجرایی و مشکلات زمینه‌ای که با هماهنگی بین بخشی و با حمایت طلبی سیاست‌گذاران قابل مداخله خواهد بود (۱۲).
۴. بسیاری از زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی که لازمه اجرای برنامه بودند، مهیا نبوده، زمینه‌هایی که نقش کلیدی در موفقیت و شکست هر برنامه‌ای داشته و در عرصه سیاست‌گذاری ضروری است تا به آن‌ها توجه شود. از جمله این عوامل می‌توان اشاره کرد به چهار مقوله: قائم به فرد بودن برنامه‌ها، تأثیر تغییرات مدیریت و دولت بر برنامه ملی، چالش‌های ناشی از نحوه حمایت دولت دهم از پزشکی خانواده، چالش‌های فرهنگی، قانون‌گریزی، عدم اراده و تعهد (۱۳).
۵. بیشترین چالش‌های طرح پزشکی خانواده در مطالعه مورد بررسی مربوط به عوامل فرهنگی، اقتصادی، محیطی و شرایط کاری است. این پژوهش مشکلات را در نه بعد مورد بررسی قرار داد: برنامه ریزی: چالش‌های این بعد شامل: نبود پایلوت صحیح قبل از اجرا، عدم هماهنگی بین بخشی، تمرکز در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی و ساعت کاری نامناسب بود. نظام بیمه سلامت: در این حیطة، بسته خدمتی ناقص، معیار نامناسب در تعیین حق سرانه، کسورات بالا و تأخیر زیاد پرداخت‌ها توسط بیمه از چالش‌های مطرح شده بودند. در حیطة جبران خدمات، ناکافی بودن حقوق، تأخیر در پرداخت حقوق، عدم تناسب اختیار و مسئولیت پزشکان در حوزه جبران خدمات مطرح شدند. در حیطة ارزیابی عملکرد چالش‌های پایش توسط وزارتخانه و روا و پایا نبودن بازبینی‌ها مشکل ساز بودند. در حیطة امکانات و تسهیلات رفاهی زیرساخت نامناسب اقامتی، حمل و نقل و رفاهی در حوزه امکانات و تسهیلات رفاهی شناسایی شدند. در حیطة جذب و حفظ نیروی انسانی ناکافی بودن تعداد پزشکان دائمی، امنیت شغلی پایین و عدم استقبال پزشکان در حوزه جذب و حفظ نیروی انسانی شناسایی شدند. در حیطة فرهنگ

- سازی آگاهی ناکافی مردم و آموزش ناکافی ارائه کنندگان در حوزه فرهنگ سازی شناسایی شدند و در نهایت در حیطه تأمین مالی عدم پرداخت به پزشکان متخصص، مشارکت محدود بخش خصوصی و عدم استقبال پزشکان در حوزه تأمین مالی شناسایی شدند (۱۴).
۶. عدم پرداخت به موقع به عنوان بزرگترین چالش و افزایش میزان بیماریابی به عنوان مهمترین دستاورد طرح مطرح شده است (۱۵).
۷. چالش‌های اجرای پزشک خانواده تحت پنج مقوله اصلی شناسایی شدند، که عبارتند از: «چالش ناشی از ساختار حاکم بر نظام سلامت»، «ماهیت چالش برانگیز پزشک خانواده»، «پزشکی کردن مدیریت»، «تضاد منافع»، «روابط حاکم بر وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دخیل در برنامه پزشک خانواده». چالش‌های اجرای پزشک خانواده در شرایط تنش، تضاد و ناهماهنگی بین اجزای مختلف نظام سلامت در ابعاد مختلف، بهتر فهمیده می‌شوند. در واقع از میان سه نظریه مطرح در جامعه‌شناسی پزشکی، چالش‌های پزشک خانواده در قالب نظریه تضاد بهتر قابل فهم بوده، هر چند که گاه برخی از یافته‌ها فراتر از نظریه تضاد هستند (۱۶).
۸. چالش‌های مراکز جامع خدمات سلامت شهری در چهار طبقه اصلی: «منابع انسانی، سازمانی، کارکردی و مراجعان» شناسایی شده است. از طریق راهکارهایی همچون اصلاح نظام پرداخت و نظام انگیزش، گسترش فضاهای فیزیکی مراکز، بازنگری برنامه‌ها و اجرای موثر طرح پزشک خانواده، می‌توان تا حدودی این مشکلات را تخفیف داد (۱۷).
۹. اهم عوامل تهدیدکننده شامل: تغییر مسئولان وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت، اصرار بیمار برای ارجاع به متخصص، عدم مراجعه بیمار به پزشک متخصص به‌رغم نوبت گرفتن، اطلاع‌رسانی ضعیف، تأخیر در پرداخت‌ها به پزشکان و زیرساخت‌های ارتباطی ضعیف بودند. اهم فرصت‌های موجود شامل وجود اسناد و قوانین بالادستی، اختصاص یک درصد ارزش افزوده برای تأمین هزینه‌ها، وجود سامانه مستقل ناب در استان و کاهش پرداخت از جیب مردم بودند. انتخاب استراتژی‌های مناسب با بهره‌گیری از فرصت‌ها می‌تواند منجر به تسهیل فرآیند اجرای نظام ارجاع الکترونیک شود. اتخاذ راهکارهایی مانند تدوین سیاست‌های کشوری، اصلاح نظام پرداخت سرپایی و کاهش پرداخت از جیب می‌تواند در بهبود وضعیت موجود کمک‌کننده باشد (۱۸).
۱۰. تأمین منابع پایدار و تخصیص نشاندار اعتبارات مالی، طراحی و اجرای نظام پاداش و تنبیه، اصلاح سیستم نوبت دهی، توانمندسازی دانشجویان پزشکی، تجهیز متخصصان با قلم الکترونیکی برای نوشتن پسخوراند می‌تواند موجب بهبود وضعیت ارجاع شود (۱۹).
۱۱. لزوم توجه بیشتر به چالش‌های مدیریتی حاصل از مطالعه و انتخاب استراتژی‌های مناسب برای بهبود وضعیت موجود، می‌تواند منجر به ارتقای کمی و کیفی نظام ارجاع بیمار شود (۲۰).
۱۲. تعریف و تثبیت منابع مالی و طراحی قوانین مناسب برای پرداخت‌ها برای حل مشکلات مالی، آموزش مردم و کارکنان و مشارکت رسانه‌ها در آموزش برای حل مشکلات فرهنگی پیشنهاد شده است. اصلاح کوریکولوم آموزش پزشکی برای حل مشکلات آموزشی، جلب مشارکت بخش خصوصی و متخصصان

و تضمین تداوم برنامه برای حل مشکلات انگیزشی، پیشنهاد شده. طراحی تشکیلات مناسب و تهیه دستورالعمل‌ها برای حل مشکلات ساختاری، و هماهنگی بین بخشی و درون بخشی و حمایت طلبی سیاست‌گذاران برای حل مشکلات زمینه‌ای پیشنهاد شده است (۲۱).

۱۳. بزرگترین چالش‌ها در حوزه‌های جبران خدمات (عدم تطابق حقوق پزشکان و تورم، تاخیر در پرداخت حقوق، عدم تطابق بین اختیار و مسئولیت پزشکان)، سیستم بیمه خدمات درمانی (کسورات بالا توسط شرکت‌های بیمه، عدم تطابق بین بسته خدمات و اندازه جمعیت، بسته خدمات بومی نشده، عدم احتساب اتباع خارجی مثل افغانه در پرداخت‌ها، سرانه پایین برای جمعیت تحت پوشش)، جذب و نگهداری منابع انسانی و مالی (تعداد ناکافی پزشک دائمی، فسخ قرارداد توسط پزشکان، عدم جذابیت برای ماندگاری پزشکان، تمایل کم پزشکان برای شرکت در برنامه، کم بودن امنیت شغلی پزشکان، عدم تمایل پزشکان به همکاری با این برنامه، مشارکت محدود بخش خصوصی، عدم علاقه پزشکان به شرکت در برنامه) است (۲۲).

۱۴. اجرای برنامه پزشک خانواده متأثر از عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و مدیریتی است. بنابراین لازم است سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران نظام سلامت با در نظر گرفتن موانع و چالش‌های مطرح شده به اصلاح محتوا و روش‌های اجرای برنامه اهتمام ورزند (۲۳).

۱۵. الزامات مورد نیاز برای پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده در ۵ عنوان اصلی (سیاسی، فرهنگی - اجتماعی، اقتصادی، مدیریتی و اجرایی) و ۲۲ عنوان فرعی طبقه‌بندی شد. بعد سیاسی شامل عزم و اراده حوزه‌های مختلف سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در راستای تاب‌آوری نظام سلامت عزم و باور مدیران ارشد در قوای سه‌گانه به منظور فراهم آوردن الزامات مورد نیاز اصلاح نظام سلامت، تعهد برای تأمین منابع پایدار در راستای اصلاحات مورد نیاز نظام سلامت، تأکید بر رویکرد اصلاح نظام سلامت، عزم و اراده و تعهد سیاسی مدیران ارشد (سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مدیران سطوح مختلف). بعد فرهنگی اجتماعی شامل بهره‌گیری از ظرفیت حداکثری اصحاب رسانه در فرهنگ‌سازی و آموزش عمومی به منظور جلب مشارکت مردم و فراهم آوردن بستر مورد نیاز تدوین دستورالعمل سیاستی و اجرایی بین دستگاه‌های تأثیرگذار در اصلاح نظام سلامت از طریق تقویت همکاری‌های بین بخشی، هماهنگی و هم‌سپویی در سطوح سیاست‌گذاران، کارگزاران سلامت و عامه مردم، تأکید بر استراتژی‌هایی که می‌تواند از طریق اعتباربخشی موجب اعتدالی جایگاه و منزلت اجتماعی جامعه پزشکی، پزشکان خانواده و اعضای گروه سلامت شود. تدوین دستورالعمل‌های سیاستی و اجرایی که بتواند به صورت ضابطه‌مند زمینه مشارکت تشکل‌های مردم نهاد و گروه‌های مرجع اجتماعی را در حوزه برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت تقویت و به رسمیت بشناسد. در بعد اقتصادی می‌توان اشاره کرد به محاسبه منابع مورد نیاز به منظور تعیین سرانه قابل تخصیص به برنامه، شناسایی منابع قابل تخصیص از محل در آمد عمومی، مالیات، بیمه، خیرین و تعیین میزان سهم حق بیمه و فرانشیز پرداخت آن توسط مردم، فراهم آوردن الزامات مورد نیاز در راستای پیاده‌سازی آیین‌نامه پوشش بیمه همگانی و اجباری سلامت، تعیین روش‌های اجرایی در پایدار کردن و نشان دار کردن منابع تعریف شده، ترسیم چرخه تخصیص منابع و فرآیند اجرایی آیین‌نامه سازمان برنامه و بودجه، وزارت بهداشت و بیمه سلامت، عملیاتی کردن فرآیندهای مرتبط با تجمیع و انباشت منابع با بهره‌گیری حداکثری از ظرفیت نظام بیمه، تعیین ابزار ارزیابی مدیریت

هزینه مبتنی بر منابع تخصیص یافته، به رسمیت شناختن فرآیند خرید خدمات توسط سازمان‌های بیمه‌گر و کارآمدسازی ضمانت اجرایی در الزام پزشکان به همکاری با سازمان‌های بیمه‌گر، ساماندهی خدمات پزشکی (ویزیت و نسخه نویسی و ...) که طرف قرارداد سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشند، تعیین دستورالعمل سیاستی و اجرایی مورد نیاز در خرید هوشمند و هدفمند توسط سازمان‌های بیمه‌گر، تعیین دستورالعمل سیاستی و اجرایی در راستای اصلاح و منطقی کردن نظام پرداخت مبتنی بر قیمت تمام شده، استقرار نظام رصد و دیده بانی مدیریت هزینه مبتنی بر اهداف پیش بینی شده. در بعد مدیریت هم این موارد ذکر شده؛ تعیین ظرفیت‌ها و اولویت‌های حوزه‌های مدیریتی سطوح مختلف نظام سلامت که عهده‌دار اصلاح نظام ارائه خدمت از طریق اجرای برنامه پزشکی خانواده و پیاده سازی زنجیره ارجاع هستند، تهیه و تدوین سازو کار مناسب سیاستی و اجرایی در راستای پیاده سازی برنامه‌هایی که موجب توسعه کمی و کیفی دانش و مهارت مدیران سطوح مختلف و فراهم آوردن امکان تبادل تجربیات مورد نیاز و موفق برای مدیران اجرایی می‌شود، تأکید بر پیاده سازی نظام ارزیابی عملکرد مدیران با تأکید بر عوامل اثرگذار بر خلاقیت و نوآوری، تعهد سازمانی، صیانت از منابع، اخلاق حرفه‌ای و اهتمام و ممارست در انجام تکالیف پیش بینی شده در برنامه‌های ابلاغی، اتخاذ سازوکار مورد نیاز در پیاده‌سازی رویکرد عدم تمرکز و تفویض اختیار و مسئولیت در مدیریت سطوح مختلف نظام ارائه خدمت مبتنی بر استراتژی‌های ابلاغی، اتخاذ سازوکار لازم در فراهم آوردن هم‌سویی و هماهنگی بیشتر در مدیریت اجرایی از طریق شکل‌گیری فرماندهی واحد مدیریت اجرایی با محوریت مرکز بهداشت استان و تفویض اختیار کامل به آن در اجرای توسعه مراقبت‌های سلامت، برنامه پزشکی خانواده و پیاده سازی زنجیره ارجاع. در نهایت در بعد الزامات اجرایی این موارد ذکر شده؛ بازنگری و ارتقای کمی و کیفی مراقبت‌های تعریف شده در بسته خدمات مبتنی بر نیازهای روز جامعه با بهره‌گیری از ظرفیت بخش دولتی و خصوصی، ابلاغ دستورالعمل اجرایی باهدف افزایش پاسخگویی اجتماعی سلامت مبتنی بر استراتژی‌های اجرایی تعیین شده در سطوح شبکه بهداشتی درمانی کشور، ابلاغ چارچوب مناسب به منظور پیاده‌سازی برنامه‌های عملیاتی و تفصیلی مبتنی بر جدول زمان بندی پیش بینی شده فعالیت‌ها، ارزیابی مستمر در روند پیاده سازی پرونده الکترونیک سلامت به منظور روان سازی تبادل داده‌ها در سامانه‌ها و در سطوح مختلف نظام ارائه خدمت، ابلاغ دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های مورد نیاز بین بخشی در چارچوب الزامات برنامه به صورت هم سو و هم افزا، ابلاغ چارچوب نظام پایش و ارزشیابی به صورت سطح به سطح با بهره‌گیری از ابزارهای معتبر و مناسب مبتنی بر سنجش‌های قابل اندازه‌گیری با بهره‌گیری از بستر فناوری اطلاعات (۲۴).

۱۶. برنامه پزشک خانواده شهری با چالش‌های متعددی در اهداف و حوزه‌های تولید، نحوه ارائه خدمات و تأمین منابع مالی، انسانی و اطلاعاتی روبرو بوده است. هر چند که اجرای طرح در دو استان با دستاوردهایی در زمینه افزایش دسترسی به خدمات، بهبود هماهنگی سازمان‌های بیمه‌گر پایه و دانشگاه‌ها، و ساماندهی پرونده‌های سلامت همراه بوده است. بنابراین بهتر است از توسعه برنامه به استان‌های دیگر پیش از بازطراحی آن جلوگیری کرد تا ارزش این کار بزرگ حفظ شده و اطمینان، تعهد و ضمانت کافی برای همه ذینفعان به وجود آید (۲۵).



## د) ادغام سایر برنامه‌ها در طرح پزشکی خانواده

## خلاصه یافته‌ها

ردیف	عنوان مورد ارزیابی	نمره عملکرد
۱	نظر مدیران در مورد ادغام طب سنتی در طرح	-
۲	سطح آشنایی پزشکان با طب سنتی	متوسط
۳	پیش نیازهای ادغام حاکمیت بالینی در پزشکی خانواده	-
۴	پیش نیازهای اجرای طرح در قالب PHC	-
۵	نظرات در مورد جدایی خریدار از ارائه‌کننده خدمات	-

- مدیران ضمن امیدواری به دستاوردهای ترویج و توسعه بهره‌مندی از طب سنتی در برنامه پزشک خانواده، نگرانی‌های زیادی از استفاده نابجا و نبود زیرساخت‌های لازم دارند. مهمترین و وسیع‌ترین دستاورد ترویج و توسعه بهره‌مندی از طب سنتی کاهش هزینه‌های درمانی برای دولت/ سازمان‌های بیمه‌گر و مردم خواهد بود. احتمالاً یکی از دلایل مهمی که باعث شده سازمان جهانی بهداشت توسعه و ترویج بهره‌مندی از طب سنتی را در کشورهای در حال توسعه و با درآمد پایین متمرکز کند همین پایین بودن هزینه‌های آن نسبت به طب رایج می‌باشد. البته زمانی می‌توان از دستاورد مذکور اطمینان حاصل کرد که خدمات طب سنتی توسط افراد حرفه‌ای و آموزش دیده و با رعایت اصول و موازین بهداشتی ارائه شود. مهیا نبودن زیرساخت‌های لازم (کمبود مراکز آموزشی، ناکافی بودن افراد متخصص و پایین بودن سطح آگاهی پزشکان) می‌تواند چالش‌های وسیعی را در ارائه خدمات طب سنتی در سطح اول نظام شبکه ایجاد کند. مشکلاتی مانند سودجویی دلالان و افراد غیرحرفه‌ای، عدم آموزش مناسب پزشکان در زمینه طب سنتی، تداخل درمان طب سنتی با طب مدرن، پیشرفت برخی از بیماری‌ها به خاطر احتمال عدم پاسخ به درمان طب سنتی و احتمال سوءتشخیص و درمان نامناسب و ایجاد عوارض بیماری‌ها. بنابراین با این راهکارها می‌توان چالش‌ها را برطرف کرد: تأمین تسهیلات لازم آموزشی برای افزایش دانش و مهارت پزشکان و سایر اعضای گروه سلامت، تدوین ساز و کارهای اجرایی و قوانین و مقررات موثر، بهره‌مندی از تجارب کشورهای پیشرو در توسعه بهره‌مندی از طب سنتی و برقراری نظام کارآمد پایش و ارزشیابی اقدامات اساسی. در ضمن بکارگیری استراتژی‌های سازمان جهانی بهداشت برای ارتقاء و توسعه طب سنتی می‌تواند کمک موثری در این خصوص کند (۲۶).
- سطح آشنایی پزشکان از طب سنتی کم و نگرش آنان در سطح متوسطی قرار دارد. بنابراین اجرای برنامه‌های مداخله‌ای در این زمینه ضروری است (۱۵).
- برای تسهیل اجرای حاکمیت بالینی راهکارهایی مانند: زیرساخت‌های مناسب، تعهد مدیران، فرهنگ حمایتی، دانش کافی، پایش و ارزشیابی، فرهنگ‌سازی مناسب، امکانات و تجهیزات و منابع مالی کافی پیشنهاد شده است (۲۷).
- یک شبکه ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه خوب می‌تواند بستر خوبی برای اجرای پزشک خانواده باشد.

از پیش نیازهای لازم برای اجرای طرح پزشکی خانواده در قالب PHC می‌توان به یک شبکه کارآمد PHC، پوشش جغرافیایی مناسب، نظام ارجاع مناسب، چالش بودن بیماری‌های مزمن در مناطق مورد نظر، نقش دروازه‌بانی پزشک عمومی و آمادگی بخش خصوصی برای ورود به طرح اشاره کرد (۲۸).

۵. اجرای طرح پزشک خانواده موفقیت‌چندانی در جدایی ارائه‌کننده از خریدار خدمات ایجاد نکرد و از طرفی باعث افزایش اختلافات پزشکان با سازمان‌های بیمه‌گر شد. به‌رغم تلاش‌های طولانی مدت برای بستن قرارداد با بخش خصوصی، پزشکان خصوصی زیادی در پزشک خانواده شرکت نداشتند. علاوه بر این، مسئولیت‌ها و وظایف ارائه‌دهندگان خدمات، به ویژه در رابطه با جنبه پیشگیرانه خدمات مراقبت‌های بهداشتی، شفاف نبود و انجام پیگیری‌ها و نگهداری سوابق پزشکی توسط پزشکان بخش خصوصی به درستی انجام نمی‌شد. قالب و محتوای قراردادها با پزشکان بسیاری از آنها را تشویق به شرکت در برنامه FP نمی‌کرد. بسیاری از پزشکان و پرستاران مجبور به امضای قراردادهایی شدند که از نظر آنها ناعادلانه و خلاف شأن و منافع آنها شناخته می‌شد. با پزشکان به عنوان پیمان‌کاران رفتار می‌کردند، نه شرکا و ذینفعان کلیدی. برای پیشبرد برنامه پزشک خانواده، پزشکان مراقبت‌های بهداشتی، به ویژه در ابتدای اجرای پزشک خانواده از هیچ‌گونه مرخصی استعلاجی، تعطیلات، مستمری و بیمه برخوردار نبودند که باعث ناراحتی آنها می‌شد. در مراحل اولیه برنامه پزشک خانواده، برای اعطای قرارداد، از پزشکان (نه سایر پزشکان) خواسته شد وثیقه‌های مالی را به وزارت بهداشت و درمان ارائه دهند. زبان مشترک بین خریدار (سازمان تأمین اجتماعی) و ارائه‌دهنده (وزارت بهداشت) وجود نداشت. محیط کار تیمی شکننده در ایران و برداشتهای خصمانه متقابل خریدار و ارائه‌دهنده از یکدیگر، وضعیت تعامل ضعیف آنها را بدتر می‌کرد. دو سازمان تأمین اجتماعی و وزارت بهداشت تا حدودی اهداف متفاوتی را دنبال می‌کردند (۲۹).

## نتیجه‌گیری

رضایت از عملکرد پزشکان، زمان انتظار بیماران و فرانشیز خدمات در سطح متوسطی برآورد شده است. بنابراین می‌توان گفت میزان رضایت مدیران در سطح متوسطی قرار دارد. عملکرد پزشکان بالای متوسط و میزان انطباق طرح با ابعاد سیاست‌گذاری نظام سلامت متوسط برآورد شده است.

عمده‌ترین چالشی که در اکثر مطالعات هم به آن اشاره شده، عدم ماندگاری پزشکان در طرح می‌باشد که بیشتر ناشی از مسائل مالی و عدم حمایت‌های فنی می‌باشد. البته در چند مورد از مطالعات کیفی به خوبی این مسائل ریشه‌یابی شده است.

پزشکی خانواده فرصتی را فراهم می‌نماید تا در صورت ایجاد پیش‌نیازهای لازم، بتوان پروژه‌های مختلف مانند طب سنتی، حاکمیت بالینی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه را در طرح ادغام کرد.

در مجموع رضایت مدیران محیطی از عملکرد گروه سلامت و به‌ویژه پزشکان در سطح متوسطی برآورد شده است.

## منابع

1. Babazadeh Gashti A, Jafari N, Kabir MJ, Heidari A, Behnampour N, Honarvar MR, et al. Assessing rural family physicians performance according to healthcare managers, family physicians, and patients in Golestan province, Iran. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2016;23-32:(132)25۴.
۲. کشاورزی، کبیر، امیری ا، ربیعی، سیدمظفر، حسینی، et al. ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری ایران از دیدگاه مدیران و مجریان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل*. ۲۰۱۷؛ ۱۹(۱۱): ۶۷-۷۵.
۳. گشتی، بابازاده ا، جعفری، کبیر، حیدری، پور ب، et al. بررسی عملکرد پزشکان خانواده روستایی استان گلستان از دیدگاه مدیران، پزشکان خانواده و بیماران. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences (JMUMS)*. 2016;(132)25۴.
۴. مفتون ف، فرزندی ف، پرست آ. بررسی زمان ویزیت در طرح پزشک خانواده از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات. *پایش*. ۲۰۱۵؛ ۱۴(۶): ۶۲۳-۸.
۵. کبیر، امیری ا، حسن، ربیعی، مظفر س، کشاورزی، et al. آیا باید همه خدمات قابل ارائه در برنامه پزشک خانواده شهری رایگان باشد؟ دیدگاه مدیران و مجریان. *مجله تحقیقات سلامت در جامعه*. ۲۰۱۹؛ ۴(۴): ۱-۱۲.
۶. امیری ا، حسن، کبیر، شیروانی نپ، سیدداود، زاده م. دیدگاه مدیران و کارشناسان استان‌های شمالی ایران در خصوص سطح عملکرد پزشکان خانواده. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل*. ۲۰۱۵؛ ۱۷(۴): ۷۹-۸۵.
7. Keshavarzi A, Kabir M, Ashrafian H, Rabiee S, Hoseini S, Nasrollahpour Shirvani S. An assessment of the urban family physician program in Iran from the viewpoint of managers and administrators. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2017;67-75:(11)19۴.
8. Najar AV, Tehrani H, Imamian H, Hakak HM, Vahedian-Shahroodi M. Impact of establishing a communication network of family physicians on level of Hba 1c and FBS in patients with diabetes: A randomized clinical trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2017;11(19)۴).
۹. محمدیان، محترم، نجار و، عیدگاهی نر، جاجرمی، هوشمند. بررسی چالش‌های طرح پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و پزشکان در استان خراسان شمالی، ۱۳۹۵. *فصلنامه علمی-پژوهشی علوم پیراپزشکی و توانبخشی*. ۲۰۱۸؛ ۷(۱): ۱۴-۲۴.
10. Akhgar AN, Alizadeh M, Hossein JB. Expected Outcomes from Family Medicine Specialized Graduates in Iranian Health System from the Viewpoints of Stakeholders: A Qualitative Study. *Depiction of Health*. 2020;14-22:(3)11۴.

۱۱. آباد مب, جمیل, آباد مب, امجد, ولیئی, سینا, et al. چالش‌ها و موانع برنامه پزشکی خانواده روستایی از دیدگاه ذی‌نفعان در استان کردستان: مطالعه کیفی. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران. ۲۰۱۹؛ ۱۵(۱): ۴۷-۵۶.
12. Farzadfar F, Jafari S, Rahmani K, Valiee S, Bidarpour F, Molasheikhi M, et al. Views of managers, health care providers, and clients about problems in implementation of urban family physician program in Iran: A qualitative study. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2017;66-83;(5):22۹.
۱۳. شیانی, رشیدیان, محمدی, محمدی آ. جایگاه و موانع اجرایی طرح پزشکی خانواده در نظام سلامت ایران. فصلنامه رفاه اجتماعی. ۲۰۱۶؛ ۱۶(۶۲): ۵۹-۱۰۲.
۱۴. الهه ه, زهره نر, حسین اپ, اله اح, علی ون. چالش‌های نظام پزشکی خانواده روستایی شمال شرق ایران از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در طرح.
۱۵. کبیر, امیری ا, زاده‌رستمی ح, ممتن, ظفرمند, شیروانی نپ, et al. دستاوردها و چالش‌های اجرای برنامه پزشکی خانواده شهری در ایران: دیدگاه مدیران و مجریان. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت. ۲۰۱۹؛ ۴(۲): ۱۴۸-۵۹.
۱۶. شیانی م, رشیدیان آ, محمدی آ. مطالعه چالش‌های اجرای پزشکی خانواده در نظام سلامت ایران. فصلنامه پژوهش حکیم. ۲۰۱۶؛ ۱۸(۴): ۲۶۴-۷۴.
۱۷. امیراسماعیلی, صابری, وزیر نپ, برخورداری. چالش‌های مراکز جامع خدمات سلامت شهری. مدیریت اطلاعات سلامت. ۲۰۲۰؛ ۱۷(۱): ۸-۱۳.
۱۸. کبیر, حیدری, هنرور, خطیرنامنی, بدخشان, عباس, et al. استقرار نظام ارجاع الکترونیک در استان گلستان: فرصت‌ها و تهدیدها. نشریه پژوهش‌های سلامت محور. ۲۰۲۰؛ ۶(۲): ۱۵۱-۶۷.
۱۹. کبیر, حیدری, هنرور, خطیرنامنی, بدخشان, عباس, et al. چالش‌های اجرایی نظام ارجاع الکترونیک استان گلستان: یک مطالعه کیفی. فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۲۰۲۱؛ ۱۹(۲): ۱۵۷-۷۲.
۲۰. کبیر, حیدری, هنرور, خطیرنامنی, بدخشان, عباس, et al. چالش‌های مدیریتی پیاده‌سازی نظام ارجاع الکترونیک بیمار؛ یک مطالعه کیفی. مجله پژوهش سلامت. -۰.
۲۱. فرزادفر, فرشاد, جعفری, رحمانی, خالد, ولیئی, et al. دیدگاه مدیران, گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات سلامت در زمینه مشکلات اجرای برنامه پزشکی خانواده شهری در ایران: یک مطالعه کیفی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. ۲۰۱۷؛ ۲۲(۵): ۶۶-۸۳.
22. Hooshmand E, Nejatizadegan Z, Ebrahimipour H, Bakhshi M, Esmaili H, Vafae-

- najar A. Rural family physician system in Iran: Key challenges from the perspective of managers and physicians, 2016. *International Journal of Healthcare Management*. 2019;123-30:(2)12.
23. Taheri M, Mohammadi M, Amani A, Zahiri R, Mohammadbeigi A. Family physician program in Iran, patients satisfaction in a multicenter study. *Pakistan journal of biological sciences: PJBs*. 2014;227-33:(2)17.
۲۴. کبیر، ملک‌افضلی، محقق، حیدری، بیدهندی ج، تبریزی، et al. اجرای اثربخش برنامه پزشکی خانواده در ایران: الزامات و راهبردها. *نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت*. ۲۰۲۱؛ ۵(۳): ۳۵۱-۸.
۲۵. دمار، مقدم و، عباس، گوران ر، کبیر ج، محمد. ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان‌های فارس و مازندران: پیشینه، دستاوردها، چالش‌ها و راه حل‌ها. *Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research*. 2016;(2)14.
۲۶. امیری ا، ربیعی، مظفر س، کبیر، ممتن، رستمی ح، et al. دستاوردها و چالش‌های ترویج و توسعه بهره‌مندی از طب سنتی در برنامه پزشک خانواده‌ی ایران. *نشریه اسلام و سلامت*. ۲۰۱۶؛ ۳(۱): ۱۳-۲۱.
۲۷. آباد حق، مقدم و، عباس، زابلی، اعرابی. محورهای حاکمیت بالینی در مراقبت‌های اولیه سلامت مبتنی بر پزشک خانواده در استان مازندران: دیدگاه ذی‌نفعان. *فصلنامه بیمارستان*. ۲۰۲۰؛ ۱۹(۴): ۳۱-۴۴.
28. Takian A, Doshmangir L, Rashidian A. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. *Family practice*. 2013;551-9:(5)30.
29. Takian A, Rashidian A, Doshmangir L. The experience of purchaser-provider split in the implementation of family physician and rural health insurance in Iran: an institutional approach. *Health policy and planning*. 2015;1261-71:(10)30.

# دیدگاه و رضایت مدیران ستادی و سیاست‌گذاران

## مقدمه

اهمیت برنامه پزشکی خانواده در نظام سلامت ایران مورد توجه سیاست‌گذاران و مدیران عرصه سلامت بوده است به طوری که ضرورت و اهتمام به اجرای آن در اسناد بالادستی آورده شده است. بیش از یک دهه است که نظام سلامت ایران در خصوص ادغام و یا عدم ادغام پزشکی خانواده درگیر است. در سال ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ در ایران تلاش زیادی برای استقرار برنامه پزشکی خانواده شهری در شهرها انجام شد که البته تداوم نداشت. از آنجایی که با اجرای برنامه پزشکی خانواده همه اقشار جامعه به نحوی ذینفع می‌باشند در همین راستا، کشف دیدگاه‌ها و توجه به نقطه نظرات آن‌ها در برنامه می‌تواند به اجرای بهتر این طرح کمک کند؛ لذا در این مطالعه بررسی نظرات و دیدگاه‌های سیاست‌گذاران و دست‌اندرکاران سطح کلان نظام سلامت در مورد طرح پزشکی خانواده در پژوهش‌های انجام شده می‌باشد.

مطالعات متعددی به ارزیابی دیدگاه و رضایت سیاست‌گذاران در برنامه پزشکی خانواده پرداخته‌اند. نتایج حاصل از این مطالعات را میتوان در ۸ قسمت دسته‌بندی کرد:

الف) ضرورت پزشکی خانواده؛

ب) نقاط ضعف و قوت پزشکی خانواده؛

ج) چالش‌ها و فرصت‌های پزشکی خانواده؛

د) راهکارهای پزشکی خانواده؛

و) الزامات پزشکی خانواده؛

ه) راهبردهای پزشکی خانواده.

## نتایج

در ادامه نتایج مطالعات مربوط به هر دسته به تفصیل ارائه شده است.

### الف) ضرورت پزشکی خانواده

در این مطالعه کیفی به شناسایی چالش‌های پزشکی خانواده از دیدگاه سیاست‌گذاران نظام سلامت پرداخته و در این راستا داده‌ها از طریق تعداد ۲۷ مصاحبه نیمه ساختاریافته با سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران جمع‌آوری شده است. در نهایت سه تم اصلی و ۸ تم فرعی به دست آمد.

تم‌های اصلی شامل توسعه سیستم ارجاع، دسترسی بهتر به مراقبت‌های بهداشتی و مدیریت بیماری‌های مزمن می‌باشد. در تم توسعه سیستم ارجاع شرکت‌کنندگان بیان کردند که توسعه مسیر ارجاع در نظام سلامت ایران یک ضرورت است. شرکت‌کنندگان تأکید کردند که توسعه نظام ارجاع از وظایف اصلی برنامه‌های توسعه ایران است و پزشکی خانواده ابزاری است که از طریق آن می‌توان به این هدف دست یافت. همچنین بسیاری از شرکت‌کنندگان بیان کردند که جایگاه فعلی پزشکان عمومی (به‌عنوان منابع انسانی اصلی سلامت) در کشور برای جذب افراد و انگیزش یا حفظ انگیزه پزشکان برای ادامه ارائه خدمات در این رشته مناسب

نیست. آن‌ها بیان داشتند که پزشک خانواده به پزشکان عمومی کمک می‌کند تا نقش غالب در ارائه خدمات بهداشتی را ایفا کنند و به احیای این نقش نیز کمک کند. همچنین مصاحبه‌شوندگان همچنین اظهار داشتند که تخصص، نقش برجسته‌ای در رفتارهای سلامت طلبانه افراد دارد و بیماران ترجیح می‌دهند حتی در اولین تماس توسط متخصصان ویزیت شوند. شرکت‌کنندگان ما معتقد بودند که این روند، روش‌های درمانی پرهزینه را به بیماران تحمیل می‌کند و آن‌ها اصرار داشتند که با اجرای پزشک خانواده، پزشک عمومی به‌عنوان تماس سطح اول با جامعه باشد.

در حیطه دسترسی بهتر به مراقبت‌های بهداشتی شرکت‌کنندگان بر این باور بودند که در برخی موارد، به بیماران به‌درستی پاسخ داده نمی‌شود و در جستجوی رفع نیازهای خود سرگردان رها می‌شوند. آن‌ها گزارش دادند که با ایجاد یک رابطه طولانی مردم با پزشک و تسهیل راهنمایی پزشک خانواده از بیماران، پزشکی خانواده می‌تواند آرامش خاطر بیشتری را برای بیماران فراهم کند. همچنین پاسخگویان معتقد بودند که اجرای این طرح دسترسی مردم به مشاوره پزشکی را آسان‌تر می‌کند و در این بین، مراقبت‌های بهداشتی ضروری به‌طور یکسان به تمام مناطق شهری و روستایی گسترش می‌یابد. شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که با راه‌اندازی پروژه پزشک خانواده می‌توان پرداخت از جیب خود را به‌نوعی کاهش داد. پزشک خانواده درمان بیمار را مدیریت می‌کند و از بسیاری از هزینه‌های موازی به‌ویژه در آزمایش‌های تشخیص تخصصی جلوگیری می‌کند. آن‌ها همچنین ادعا کردند که پزشکان خانواده تشخیص زودهنگام بیماری را بهبود می‌بخشند و از هزینه‌های فاجعه‌بار در وضعیت پیچیده جلوگیری می‌کنند.

در حیطه مدیریت بیماری‌های مزمن پزشکان بر این باور بودند پزشکی خانواده می‌تواند مکمل آن باشد، تقویت مدل فعلی PHC در برابر بار فزاینده بیماری‌های غیر واگیر و شرایط مزمن بود. آن‌ها استدلال می‌کنند که مراقبت‌های اولیه غیرفعال فعلی در مناطق شهری نمی‌تواند پاسخگوی بار بالای بیماری‌های مزمن باشد و نیاز مبرمی به اجرای پزشکی خانواده به‌عنوان وسیله‌ای برای مسلح کردن شبکه بهداشت فعلی در برابر مشخصات بیماری وجود دارد (۱).

### ب) نقاط ضعف و قوت پزشک خانواده

۱. در مطالعه‌ای نقاط ضعف و قوت طرح پزشک خانواده در شهرستان مراغه مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه پژوهش، شامل ۵ مدیر، ۲۳ نفر پزشک عمومی، ۲۳ نفر ماما و ۴۷ بهورز مورد پرسش واقع شدند. نتایج مصاحبه نیم ساختاریافته با مدیران و سیاست‌گذاران در مورد نقاط قوت و ضعف طرح پزشک خانواده نشان داد نقاط قوت طرح پزشک خانواده از نگاه آنان شامل: معاینات سالیانه و تشکیل پرونده خانوار، ارتقای سطح سلامت، دسترسی آسان روستاییان به پزشک و دارو و دلگرمی بهورزان و مربیان خانه‌های بهداشت و نقاط ضعف شایع پزشک خانواده شامل: عدم تأمین شغلی ثابت، عدم توجیه پزشکان و متخصصان از طرح، عدم آموزش کافی مسائل بهداشتی به پزشکان و عدم پرداخت به‌موقع حقوق پزشکان و ماماها می‌باشد (۲).

۲. مطالعه کیفی با تبیین دیدگاه مدیران، گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در زمینه مشکلات اجرای برنامه پزشک خانواده شهری انجام شده است. داده‌ها از طریق ۳۷ مصاحبه فردی با مدیران و

۲۱ بحث گروهی با گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در بخش دولتی و خصوصی در سه استان البرز، آذربایجان غربی و کردستان جمع‌آوری شده است.

یافته‌های مطالعه حاضر ۷ تم درباره مشکلات در زمینه اجرای پزشک خانواده شهری در ایران را شناسایی کرده است که شامل: مشکلات مالی، مشکلات فرهنگی، مشکلات آموزشی، مشکلات انگیزشی، مشکلات ساختاری و برنامه‌نویسی، مشکلات اجرایی و مشکلات زمینه‌ای بوده است.

مشکلات مالی شامل وجود مشکل در تأمین بودجه و اعتبارات طرح، مشکلات مرتبط با پرداخت (واضح نبودن نحوه پرداخت‌ها) و وجود نواقص در نظام پرداختی موجود (تأخیر در پرداخت‌ها، وجود بی‌عدالتی در پرداخت‌های فعلی وزارت بهداشت) بوده است.

وجود مشکلات فرهنگی شامل سطح آگاهی پایین در جامعه (پایین بودن اطلاعات مردم نسبت به مسئله بهداشت)، عدم پذیرش پزشک عمومی (اطلاع‌رسانی و تبلیغات ضعیف در جهت شناساندن طرح، حاکم شدن فرهنگ تخصص‌گرایی در جامعه، حاکم شدن فرهنگ خوددرمانی در جامعه) بوده است.

وجود مشکلات آموزشی شامل: عدم تربیت و پرورش پزشک خانواده در دانشگاه (عدم تطابق کربکولوم آموزشی پزشک عمومی با پزشک خانواده)، آموزش‌های غیر آکادمیک رایج در جامعه (آموزش‌های مبتنی بر درمان نه پیشگیری)، عدم آموزش و بازآموزی کارکنان می‌باشد.

وجود مشکلات انگیزشی شامل: عدم وجود انگیزه مناسب (به خطر افتادن منابع مالی گروه‌های خاصی از ارائه‌دهندگان خدمت)، دیده نشدن امنیت شغلی تیم پزشک خانواده (افزایش ساعت کاری)، جو بی‌اعتمادی حاکم بر جامعه (افزایش بارکاری، بی‌اعتمادی مردم به ارائه‌دهندگان خدمت، بی‌اعتمادی ارائه‌دهندگان خدمت به دولت) می‌باشد.

وجود مشکلات ساختاری و برنامه‌نویسی شامل: طراحی تک روانه برنامه (نگاه تک‌بعدی در نوشتن پروتکل اجرایی طرح)، شفاف نبودن دستورالعمل اجرایی (واضح نبودن شرح وظایف)، عدم وجود برنامه پایش اصولی (واضح نبودن ساعات کاری)، وجود نواقص در بسته‌های خدمت (عدم تعریف سیستم پایش و مشخص نبودن نحوه ارزشیابی برنامه) می‌باشد.

وجود مشکلات اجرائی شامل: عدم وجود نیروی انسانی مناسب (کمبود نیروی انسانی)، عدم وجود امکانات و تجهیزات مناسب (مقیم نبودن پزشکان در منطقه)، عدم وجود همکاری و هماهنگی‌های درون بخشی و بین بخشی (کمبود مراکز درمانی و تجهیزات و فرسودگی آن‌ها، ارجاع معکوس)، ضعیف عمل کردن زنجیره ارجاع (عدم ارائه پسخوراند متخصص به پزشک خانواده، عدم تبعیت متخصصان از زنجیره ارجاع) بوده است.

وجود مشکلات زمینه‌ای شامل پابرجایی ابهامات در امر بیمه (عدم وجود تجمیع منابع در ارائه خدمات از سوی اداره بیمه)، وجود ناکامی در عناصر پیشبردی (تعویض زودبزه‌زود مدیران ارشد، مشخص نبودن نتایج مطالعات پایلوت، عدم رفع نواقص مشکلات پزشک خانواده روستایی) بوده است (۳).

۳. مطالعه کیفی به شناسایی چالش‌ها و فرصت‌های (قوت) پزشک خانواده از دیدگاه سیاست‌گذاران سلامت، مدیران ارشد و کارکنان بهداشتی پرداخته است داده‌ها از طریق نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی انتخاب



شدند. در این مطالعه ۲۰ مصاحبه نیمه ساختاریافته با سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران انجام گرفت و در نهایت ۶ تم اصلی و ۱۷ تم فرعی به دست آمد. فرصت‌ها این طرح نیز شامل سه تم پاسخگویی (رسانه‌های جمعی، اطلاعیه پزشکی خانواده، مشوق‌های مالی)، حل مشکلات اجرایی (تأمین کارکنان کافی، حذف ارجاعات غیر ضروری)، نظارت (سامانه الکترونیکی سیب و کمیته نظارتی) می‌باشد. در زمینه فرصت‌ها شرکت‌کنندگان در تم پاسخگویی به موارد زیر اشاره کردند:

- بسیاری از شرکت‌کنندگان اذعان داشتند که رسانه‌های جمعی تأثیر زیادی بر آگاهی و پذیرش عمومی داشتند؛
- شرکت‌کنندگان به اطلاعیه‌ها به‌عنوان راهی برای مقابله با مقاومت پزشک اشاره کردند؛
- یک عامل مهم توسط شرکت‌کنندگان، مشوق‌های مالی بود که به کاهش مقاومت کمک کرده است.
- در زمینه فرصت‌ها شرکت‌کنندگان در تم حل مشکلات اجرایی به موارد زیر اشاره کردند:
- تأمین کارکنان کافی برخی از شرکت‌کنندگان به کمبود کارکنان اشاره کردند که با این طرح تا حدودی برطرف شده است؛
- یکی از مشکلاتی که بیشتر توسط شرکت‌کنندگان به‌عنوان بیان شد ارجاعات غیر ضروری عظیم بود که با کمک پزشک خانواده برطرف شده است.
- در زمینه راهکارها و فرصت‌ها شرکت‌کنندگان در تم حل نظارت به موارد زیر اشاره کردند:
- سامانه سیب تمام داده‌های بیماران و همچنین فعالیت‌های بالینی پزشک خانواده را برای جمعیت ثبت‌نام شده تحت پوشش گروه آن‌ها ثبت می‌کرد؛
- شرکت‌کنندگان گزارش دادند که در ابتدای اجرای این طرح شکایات زیادی وجود داشت که کمیته نظارت برای حل این اختلافات شروع به کار کرد (۴).

۴. یک مطالعه کیفی با هدف ارزیابی نقش برنامه پزشکی خانواده در آموزش و اقتصاد و مسائل اجتماعی جمعیت تحت پوشش، از دیدگاه مدیران و تصمیم‌گیران و مردم انجام شد. روش مطالعه کیفی بوده است که در سه دانشگاه علوم پزشکی منتخب، بر اساس نظرسنجی از افراد کلیدی صاحب‌نظر انجام شد. نتایج در هفت طبقه شامل اهداف برنامه پزشکی خانواده، نقش برنامه بر اقتصاد و رفاه جامعه، نقش برنامه در فرهنگ و سبک زندگی شامل تغییر باورها و فرهنگ، تغذیه سالم، تحصیلات، برنامه پزشکی خانواده و تعیین‌کننده‌های اجتماعی، برنامه پزشکی خانواده و سرمایه اجتماعی شامل عدالت و مشارکت مردم و نهادها استخراج شد. از نظر شرکت‌کنندگان، بیشترین نقش برنامه در کاهش هزینه‌های درمانی و دسترسی آسان به خدمات است و از این طریق، موجبات بهبود کیفیت زندگی و رفاه افراد جامعه را فراهم کرده است (۵).

### پ) چالش‌ها و فرصت‌های پزشکی خانواده

۱. مطالعه‌ای با هدف شناسایی چالش‌ها و نقاط قوت پزشکی خانواده از دیدگاه سیاست‌گذاران سلامت، مدیران ارشد و کارکنان بهداشتی درگیر انجام شد. در این مطالعه ۲۰ مصاحبه نیمه ساختاریافته با سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران انجام گرفت و در نهایت ۶ تم اصلی و ۱۷ تم فرعی به دست آمد. چالش‌های این طرح شامل: مشکلات اجتماعی (مسائل نوظهور و نارضایتی عمومی)، ساختاری (عدم

- وجود سوابق الکترونیکی، قانون‌شکنی، مشکلات پزشک خانواده، تبعیض، مقاومت در برابر اجرا) و مالی (انتقال پول بین اقلام بودجه، پرداخت با تأخیر، صندوق‌های بیمه متعدد) می‌باشد.
- در زمینه مشکلات اجتماعی شرکت‌کنندگان به موارد زیر اشاره کردند:
- برخی از شرکت‌کنندگان از مسائلی نوظهوری اشاره کردند مانند نرخ ثابت نام دو برابر بیشتر از برآورد تعداد واقعی افراد بدون بیمه؛
  - نارضایتی عمومی شامل رشد جمعیت، افزایش توقع عمومی، ناآشنایی با پزشک خانواده، مقاومت فرهنگی و... از جمله مشکلاتی بود که اکثر شرکت‌کنندگان در این زمینه بیان کردند.
  - در زمینه مشکلات ساختاری شرکت‌کنندگان به موارد زیر اشاره کردند:
    - عدم وجود سوابق الکترونیکی؛
    - در مورد قانون‌شکنی شامل مواردی مانند نقض قانون و نادیده گرفتن قوانین توسط برخی از شرکت‌کنندگان و... بوده است؛
    - مشکلات تیم پزشکی خانواده به مواردی مانند مشکلات ارجاع و همچنین ناآگاهی پزشکان خانواده از جمله مشکلات مربوط به پزشک خانواده بود که توسط شرکت‌کنندگان بیان شد؛
    - برخی از شرکت‌کنندگان به تبعیض و بی‌عدالتی اشاره کردند که چه در بین پزشکان عمومی و متخصص و چه در کارکنان و متخصصان بهداشت وجود دارد؛
    - اکثریت شرکت‌کنندگان به مقاومت عمومی و همچنین مقاومت پزشکان در برابر این طرح، به‌ویژه در شروع برنامه اشاره کردند.
    - در زمینه مشکلات مالی شرکت‌کنندگان به موارد زیر اشاره کردند:
      - برخی از شرکت‌کنندگان معتقد بودند که مانع مالی برای این از نقل و انتقالات ردیف بودجه ناشی می‌شود. از این موارد می‌توان به عدم اختصاص کامل بودجه و یا مصرف پول در جایی دیگر اشاره کرد؛
      - شرکت‌کنندگان اذعان کردند که پرداخت‌ها در این برنامه به‌موقع نبوده است؛
      - اکثر شرکت‌کنندگان به صندوق‌های بیمه متعدد به‌عنوان یک معضل بزرگ در سلامت ایران به‌ویژه در طرح پزشک خانواده اشاره کردند (۴).
۲. مطالعه‌ای با هدف بررسی کیفی چالش‌های اجرای سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان کرمان انجام گرفته است. داده‌ها با استفاده از بحث گروهی متمرکز و مصاحبه نیمه ساختارمند و مرور اسنادی انجام پذیرفته است. تعداد ۱۰ نفر از مجریان سیاست در دانشگاه علوم پزشکی، بیمه خدمات درمانی و پزشکان خانواده استان مورد پژوهش قرار گرفتند.
- در این مطالعه ۷ تم شناسایی شد که شامل: مکانیزم‌های انگیزشی نامناسب (نامناسب بودن پرداخت حقوق، عدم ثبات شغلی، حجم بالای کار، تسهیلات رفاهی ناکافی، امنیت نسبتاً پایین روستا)، ضعف در اثربخشی آموزشی (عدم وجود دیدگاه جامعه‌نگر در نظام آموزشی، ضعف در برنامه‌های بازآموزی، فاصله بین آموزش‌های تئوری و عملی)، ضعف در جامعیت و اجرای دستورالعمل‌ها (نبود الزامات قانونی اجرایی، عدم وجود عوامل تسهیل‌کننده در قوانین، تأخیر در ابلاغ تفاهم‌نامه‌ها، عدم اجرای سیاست

مطابق با مفاد دستورالعمل‌ها و قوانین)، ضعف در کفایت سرانه و تخصیص آن (عدم تخصیص سرانه کافی به جمعیت توسط وزارت بهداشت، ضعف در نظام جذب پزشک و عدم تخصیص سرانه طبق استاندارد تعریف‌شده در مناطق محروم، عدم برخورداری برخی روستانشینان از بیمه روستایی و عدم تخصیص سرانه به آن‌ها)، نقص در نظام مدیریت اطلاعات سلامت (به‌روز نبودن اطلاعات جمعیتی مناطق و اعضای تیم سلامت، عدم تکمیل مناسب فرم‌های جمع‌آوری اطلاعات، عدم تشکیل پرونده خانوار به‌صورت الکترونیک، استفاده ناکافی از اطلاعات تولیدشده در تصمیم‌گیری)، ضعف در زنجیره ارجاع (عدم رعایت اصول نظام ارجاع توسط برخی بیماران، پزشکان خانواده و پزشکان متخصص، جریان ضعیف اطلاعات دوسویه بین پزشک متخصص و خانواده، توجه نبودن مسئولین سیاسی)، بسط‌سازی فرهنگی ناکافی (مشارکت پایین جامعه در اجرای سیاست، اعتماد کم مردم به خدمات پزشک عمومی) می‌باشد (۶).

۳. پژوهشی کیفی است از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۲۳ نفر از سیاست‌گذاران، مجریان و صاحب‌نظران پزشک خانواده در وزارت بهداشت، سازمان بیمه خدمات درمانی، کمیسیون بهداشت مجلس، سازمان نظام پزشکی و دانشگاه‌های تهران و شهید بهشتی انجام شده است. چالش‌های پزشک خانواده در قالب ۹ مقوله اصلی شامل: چالش ناشی از ساختار حاکم بر نظام سلامت (نشانگان بیماری و ساختار آنومیک نظام سلامت، فرابخشی بودن و چندگانگی حاکم بر نظام سلامت، کژ کارکردی نظام آموزشی نظام سلامت)، ماهیت چالش‌برانگیز پزشک خانواده (هرمنوتیک پزشک خانواده، ویژگی‌های چالش‌برانگیز پزشک خانواده، رویکرد دستوری در تضاد با ماهیت فرابخشی و مشارکتی پزشک خانواده، لازمه ماهیت زمان‌بری پزشک خانواده واقع‌بینی است یا ملعبه‌ای برای مخالفت)، پزشکی کردن مدیریت (نیاز به نگاه حرفه‌ای به مدیریت و سیاست‌گذاری، پزشک خوب لزوماً مدیر یا سیاست‌گذار خوبی نیست، ذینفع بودن سیاست‌گذار / تضاد منافع و شفاف نبودن مرزها)، تضاد منافع (تضاد و ناهماهنگی بدنه وزارت بهداشت، تضاد برنامه با منافع صنفی پزشکان و بخش خصوصی، پیشی گرفتن منفعت شخصی بر منفعت اجتماعی، قدرت مانوردهی مخالفان صاحب منافع، تضاد منافع به‌عنوان چالش اصلی یا ابزاری برای فرافکنی مجریان)، قائم به فرد بودن برنامه‌ها و تأثیر تغییرات مدیریت و دولت بر برنامه ملی (قائم به فرد بودن برنامه‌ها، خودمحوری به‌جای تجربه محوری، تأثیر تغییر دولت و مدیریت بر برنامه ملی، اتلاف و گپ زمانی)، چالش ناشی از نحوه حمایت دولت دهم از پزشک خانواده، تعهد دولت دهم در حمایت از پزشک خانواده یا رویکرد ابزاری، عدم تخصیص منابع مالی توسط دولت دهم، فشار زمانی شروع عجزلانه طرح، روابط حاکم بر وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دخیل در برنامه پزشک خانواده (تضاد یا همکاری حاکم بر روابط وزارت بهداشت با وزارت رفاه)، تعصب سازمانی و سازمانی شدن نگاه فنی، چالش‌های فرهنگی و قانون‌گریزی، عدم اراده و تعهد سیاسی مسئولان ارشد کشوری دسته‌بندی شدند (۷).

۴. مطالعه‌ای هدف بررسی کیفی چالش‌ها و راهکارهای اجرای سیاست پزشک خانواده روستایی انجام گرفته است. داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختارمند و مرور اسنادی انجام پذیرفته است. جامعه

مورد مطالعه در این تحقیق تمامی سیاست‌گذاران، دانشگاهیان، مدیران، برنامه‌ریزان حوزه سلامت، پزشکان، کارشناسان و کارکنان فعال حوزه سلامت در سطوح ملی (ستاد وزارت بهداشت- ستاد، دانشکده‌ها و معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های مختلف کشور)، استانی (ستاد دانشگاه علوم پزشکی، معاونت‌ها، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، شبکه‌های بهداشت و مراکز بهداشت استان و شهرستان‌های مختلف) و شهرستانی (ستاد شبکه و مرکز بهداشت شهرستان مراکز بهداشتی و درمانی و خانه‌های بهداشت) بودند. مجموع ۲۶ مصاحبه عمیق فردی صورت گرفت.

در نهایت کدهای استخراجی در ۶ تم اصلی و ۲۸ زیرتم دسته‌بندی شده است که شامل: رهبری و حکمرانی (طراحی و اجرای پزشک خانواده روستایی، طراحی و اجرای نظام ارجاع، نقش بخش خصوصی در برنامه پزشک خانواده روستایی، پوشش خدمات توسط سازمان‌های بیمه‌ای بر اساس سطح‌بندی، مکانیسم به‌کارگیری اعضای تیم‌های سلامت، قوانین پشتیبان رعایت برنامه توسط مردم و سطوح ارائه خدمات، میزان مهیا شدن زیرساخت‌های برنامه پزشک خانواده، آگاهی مسئولان سیاسی اجرایی از برنامه)، آموزش و فرهنگ‌رسانی (اطلاع‌رسانی به مردم در خصوص برنامه پزشک خانواده، آشنایی و هماهنگی متولیان برنامه با اهداف پزشک خانواده، میزان هماهنگی محتوای آموزش پزشکی با پزشک خانواده روستایی، توانمندی پزشکان عمومی برای فعالیت به‌عنوان پزشک خانواده)، تأمین مالی (وضعیت پرداخت به اعضای گروه سلامت، میزان تأثیر نحوه فعالیت پزشک بر دریافتی)، عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات (تعهد پزشک خانواده روستایی در قبال سلامت جمعیت، تعاملات بین پزشک و گروه سلامت، میزان رغبت پزشکان خانواده به برنامه‌های مراقبتی، میزان اعتقاد سطوح تخصصی خدمات (دو و سه) به خدمات سطح یک)، رفتار گیرندگان خدمات (میزان تمایل به استقرار نظام ارجاع، رعایت مسیر ارجاع توسط جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده روستایی، میزان مراجعات مردم به پزشکان خانواده) و نظارت و ارزیابی (تأمین منابع مادی و انسانی موردنیاز برای ارزیابی همه‌جانبه برنامه، اختیارات و حمایت‌های قانونی موردنیاز سازمان ناظر برنامه، ارزیابی جامع توسط سازمان خریدار خدمت، استقلال کافی خریدار خدمت از ارائه‌دهنده خدمت) بوده است (۸).

۵. پژوهش کیفی از نوع مطالعات تحلیل سیاست‌گذاری سلامت و با هدف تحلیل برنامه پزشک خانواده در دو مرحله صورت گرفته است. مرحله اول شامل: بررسی متون و اسناد و گزارش‌های مرتبط و مرحله دوم مصاحبه‌هایی با افراد کلیدی تأثیرگذار در خط‌مشی‌گذاری پزشک خانواده می‌باشد. برای تحلیل از چارچوب تحلیل والت و گیلسون استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش نشان داد که:

۱- عوامل زمینه‌ای مؤثر بر برنامه پزشک خانواده در دو مضمون شرایط محیط عمومی (شامل طبقات نگرش ذینفعان، توجه ناکافی به فرهنگ‌سازی، سبک زندگی و عوامل سیاسی) و ضعف مدیریتی (شامل طبقات تضاد منافع، مسائل ساختاری، مسائل مدیریتی کلان و مدیریت منابع) طبقه‌بندی شد. نگرش درمان‌مدار یکی از چالش‌های بزرگ برنامه به‌باور مصاحبه‌شوندگان بود؛ چراکه برنامه به‌شدت به همراهی مردم نیازمند است؛ لذا فرهنگ درمان‌مدار مانع پیشرفت نظام ارجاع می‌باشد. همچنین عده‌ای

از مصاحبه‌شوندگان معتقدند اعتماد مردم به دانش پزشکان عمومی ارائه‌دهندگان اصلی خدمات پزشک خانواده از عوامل مهم تسهیل‌گر در اجرای برنامه است و از آنجاکه این اعتماد در بین مردم کافی نیست، مردم ترجیح می‌دهند در اولین مراجعه نزد پزشک متخصص بروند.

توجه ناکافی به فرهنگ‌سازی یکی از مواردی بود که حدود ۷۰٪ مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند. عدم توجه به ظرفیت‌های آموزش و پرورش برای فرهنگ‌سازی و عدم استفاده مناسب و کافی از رسانه‌ها بخصوص تلویزیون از مهم‌ترین نکات طبقه است. همچنین جابه‌جایی جمعیت و تغییر سبک زندگی اتفاقی است که در سال‌های اخیر اتفاق افتاده است.

از جمله عوامل سیاسی مؤثر بر برنامه، تحریم‌های اقتصادی است. این تحریم‌ها منجر به رشد هزینه‌های خدمات سلامت شد؛ از طرفی نیز با تغییر دولت، برنامه تحول نظام سلامت به‌عنوان یکی از وعده‌های انتخاباتی مطرح شد؛ لذا تغییر اولویت‌های دولت در نظام سلامت اجرای پزشک خانواده بدون پیشرفت باقی ماند.

ضعف مدیریتی با ۴ طبقه‌ی تضاد منافع، مسائل ساختاری، مسائل کلان مدیریتی و مدیریت منابع؛ مضمون بعدی عوامل زمینه‌ای می‌باشد. یکی از پرتعدادترین موارد مطرح شده (۸۴٪)، موضوع تضاد منافع بود. مواردی از قبیل وزیر بهداشت و خط‌مشی‌گذاران پزشک که منافع آن‌ها تحت تأثیر برنامه‌ها و خط‌مشی‌هایی است که تصویب می‌کنند، تضاد منافع متخصصان و پزشکان، تفاوت منافع دو وزارتخانه بهداشت و رفاه و ایجاد برنامه رقیب (پزشک امین) و مواردی از این قبیل.

مسائل ساختاری و مدیریتی وزارت بهداشت از دیگر مواردی است که به کرات در مصاحبه‌ها به آن اشاره شد؛ عدم تسلط پزشکان به دانش مدیریتی و نبود نگاه نظام‌مند از موارد مهم این طبقه است که به کرات در مصاحبه‌ها به آن اشاره شد. تقلیل مسائل به حوزه سلامت و نبود رویکرد فرابخشی در نظام تصمیم‌گیری منجر به هدر رفت منابع در اجرای برنامه‌ها می‌شود. به باور برخی مصاحبه‌شوندگان یکی از موانع اصلاحات وجود افراد یا گروه‌های دارای قدرت در وزارت بهداشت می‌باشد که به علت تضاد منافعشان با لابی‌گری و گاهی مقاومت در برابر اصلاحات چرخ اصلاحات در نظام سلامت را متوقف می‌کنند.

عدم ثبات در برنامه‌ها و اقدامات و بی‌ثباتی مدیریتی موارد دیگری هستند که توسط مصاحبه‌شوندگان با آن اشاره شد. مصاحبه‌شوندگان با اشاره به ثبات مدیریت در کشورهایی مثل ترکیه و تایلند، آن را از مشکلات نظام سلامت ایران برشمردند.

کار کردن جزیره‌ای، پیچیدگی‌های نظام سلامت و ساختار نامتناسب با پیچیدگی‌ها و وجود ناهماهنگی‌های سازمانی در از سایر عوامل می‌باشند.

پس از گذشت دهه‌ها برنامه‌ریزی توسعه، علیرغم وجود رویکرد برنامه‌ها به بحث سلامت با تدوین فعل سلامت در برنامه‌های توسعه و صدور احکام ذیل آن، نبود سیستم نظارتی و عدم پایش مصوبات و احکام برنامه‌ها یکی از عواملی است که مانع اجرای صحیح برنامه‌های توسعه شده است.

عدم پایبندی دولت به تعهدات مالی خود در قبال بیمه‌ها و تأمین اعتبارات طرح‌ها و تخصیص بودجه از جمله مشکلات بزرگ جلوی راه اصلاحات نظام سلامت می‌باشد.

نیاز به مدیریت ملی برنامه نیز از مواردی بود که تعداد قابل توجهی از مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند.

وجود مغز متفکر، نگهبان برنامه، نظارت ملی، وجود مراکز یا دپارتمان‌هایی برای تهیه گزارش‌های ملی منظم از جمله مواردی بود که اشاره شد

آنچه در خصوص برنامه‌های اصلاحی وزارت بهداشت بخصوص پزشک خانواده به نظر می‌رسد این است که این برنامه‌ها قائم به فرد یا دولت‌ها هستند و با عوض شدن دولت‌ها با وزرا اولویت‌های وزرا و تیم‌شان تغییر کرده و اصلاحات تغییرات اساسی می‌کند

همچنین تمایل مسئولان خط‌مشی گذار در کشور به تدوین برنامه‌های زودبازده از دیگر مسائل طبقه است. در طبقه مدیریت منابع مباحثی از قبیل منابع مالی و فیزیکی مطرح می‌باشد. مصاحبه‌شوندگان معتقد به ضعف‌های جدی از جمله کمبود نیرو و نامناسب بودن نحوه آموزش و تربیت نیروی انسانی هستند. بسیاری از مصاحبه‌شوندگان هم‌رأی هستند که آموزش در نظام سلامت درمان محور است و پزشکان با پیشگیری مأنوس نیستند. همچنین به نظر می‌رسد آموزش و تربیت منابع انسانی فاقد آینده‌نگری کافی است

گروهی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند امکانات رفاهی مناسبی برای افراد ارائه‌دهنده خدمات پزشک خانواده فراهم نشده و این خود باعث کاهش کارایی و ایجاد مشکلات در مدیریت نیروی انسانی می‌شود. اشتغال هم‌زمان پزشکان در بخش‌های دولتی و خصوصی منجر به مشکلاتی از قبیل تقاضای القایی، شیفت بیماران به بخش خصوصی، کاهش عملکرد پزشکان در بخش دولتی و کمبود نیرو در بخش دولتی می‌شود.

در خصوص منابع فیزیکی و زیرساخت نیز اعتقاد بر این است که در همه طرح‌های اصلاحی سلامت توجه کافی به زیرساخت نشده از زیرساخت‌های فیزیکی گرفته تا سایر زیرساخت‌ها یکی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بود خط‌مشی‌گذاران در هنگام تدوین برنامه‌ها، آگاهی و تعریف مشخصی از همه زیرساخت‌های لازم نداشتند مصاحبه‌شوندگان همچنین به موارد دیگری از جمله کمبود سهم سلامت از بودجه و تخصیص ناکافی، محدودیت‌ها و کمبودهای اعتبارات بیمه‌ای و عدم وجود سیاست کلان در تعرفه گذاری اشاره کردند.

۲- فرآیند خط‌مشی گذاری پزشک خانواده: فرآیند خط‌مشی گذاری به مراحل مختلف تعیین مشکل (مسئله یابی)، تدوین خط‌مشی و تصمیم‌گیری، اجزاء پایش و ارزیابی تقسیم می‌شود.

تقریباً همه مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که برای تدوین خط‌مشی‌های نظام سلامت پژوهش‌ها ناکافی بوده‌اند. باید نیازها و شرایط جامعه به صورت مستمر پایش شده و گزارش‌های این پایش‌ها برای تدوین یا بازبینی برنامه‌ها مورد استفاده قرار گیرد، کاری که اکنون بسیار کم و سطحی انجام می‌شود. مصاحبه‌شوندگان از اختصاص بودجه ناکافی به پژوهش گلایه‌مند بودند.

تعدادی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که خط‌مشی‌گذاران درک درستی از مسائل نظام سلامت نداشتند و علت آن در تک‌بعدی نگریستن به مسئله و عدم توجه به ماهیت پیچیده مسائل مربوط به سلامت، تخصص ناکافی خط‌مشی‌گذاران، کم‌توجهی به تجربیات گذشته و تجربیات بین‌المللی، منافع صنفی و وجود اهداف ضمنی در هر یک از برنامه‌ها می‌دانستند.

بر اساس آنچه در خصوص مرحله تدوین خط‌مشی‌های نظام سلامت بیان شد؛ مسائل این مرحله در دو طبقه فرعی عوامل برنامه و عوامل خط‌مشی گذار قرار گرفت. اگرچه پیچیدگی‌های مسائل مربوط به سلامت نیازمند برنامه‌هایی است که از عهده این پیچیدگی‌ها برآید ولی مواردی از قبیل بی‌توجهی به

مؤلفه‌های متعدد مؤثر بر سلامت، استفاده از ابزار نامناسب، نداشتن سناریوهای جایگزین برای اجرا و نداشتن تئوری مناسب در زمان تدوین، باعث تدوین برنامه‌های اشتباه شده و یا اینکه از ظرفیت‌های اجرایی برنامه می‌کاهد. از طرف دیگر بی‌توجهی به ماهیت مشارکتی برنامه‌ها و توجه ناکافی به محوریت سلامت به‌جای درمان از دیگر مشکلات مربوط به تدوین می‌باشد.

همچنین مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که یکی از دلایل عدم استقبال مردم از پزشک خانواده شهری ایجاد محدودیت در انتخاب‌های آنان بود.

کدهای عوامل مربوط به خط‌مشی‌گذاران به مهارت، دانش تخصص و تجربه خط‌مشی‌گذاران برمی‌گردد که محل تردید بوده است.

نبود همکاری مناسب بین وزارت رفاه و وزارت بهداشت در جریان برنامه یکی از مشکل‌سازترین موارد بود به طوری که این همکاری نامناسب در برهه‌ای منجر به تدوین برنامه پزشک امین توسط وزارت رفاه در شمال ایران شد. همچنین تعدادی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند در تدوین برنامه‌ها به نقش و ظرفیت سایر نهادها در سلامت جامعه توجه کافی نشد.

موارد دیگری که در مصاحبه‌ها به آن اشاره شد عبارت بودند از:

تعیین نگرهبان برای برنامه؛ وجود ساختاری در وزارت بهداشت به‌عنوان هماهنگ‌کننده برنامه‌ها به‌زعم مصاحبه‌شوندگان می‌تواند بسیار مؤثر باشد چراکه مجریان برنامه‌ها متعدد و متنوع هستند و گاهی مجریان خارج سازمانی هم وجود دارد.

عدم توجه به زمینه جامعه، در نظر نگرفتن مشخصات فرهنگی و اجتماعی نواحی مختلف ایران و نبود شورای اجتماعی مناسب به‌زعم مصاحبه‌شوندگان یکی از عوامل چالش‌برانگیز برنامه بود.

تعریف منابع مؤثر در اصلاحات: تعدادی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که در تدوین خط‌مشی‌ها به نقش همه افرادی که بالقوه می‌توانستند در اجرای خط‌مشی مؤثر باشند توجه نشد.

اکثریت مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که ترکیب خط‌مشی‌گذاران کافی نبوده و اینکه با شناسایی نیروهایی که می‌توانند بخشی از اقدامات مربوط به پزشک را در اجرا انجام دهند کارایی برنامه‌ها افزایش یافته و نتیجه بهتری حاصل می‌شود.

همچنین آموزش مجریان اصلی (پزشک و پرستار) از جمله چالش‌های برنامه‌ها می‌باشد. آموزش‌های درمان محور، عدم آشنایی پزشکان با ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی، تخصص‌گرایی، عدم وجود آموزش‌های مهارتی و ... از جمله مواردی بود که به آن اشاره شد.

طیف ضعف‌های اجرا و ارزیابی شامل طبقات حمایت از خط‌مشی، سازوکارهای اجرا و نظام ارزیابی است. در طبقه حمایت از خط‌مشی، عزم ملی سیاسی و فردی تعهد مجریان و تعهدات دولت در قبال وزارت بهداشت و نیز اجرای تعهدات مالی به پزشکان مطرح شد.

در طبقه سازوکارهای اجرا، ماهیت مشارکتی برنامه و روش اجرا مطرح شد. به‌طورکلی برای اجرای این برنامه که در ماهیت یک برنامه مشارکتی است نیاز به جلب مشارکت آحاد مردم و اصناف مختلف می‌باشد که این مشارکت محقق نشد. همچنین در شیوه‌های اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی بر اساس فرهنگ‌های

بومی مناطق غفلت شد.

روش اجرا شامل: پیچیدگی فرآیند اجزاء شتابزدگی در اجرا و عدم ارزیابی وسع در اجرای بیمه همگانی می باشد مصاحبه شونده‌گان با اشاره به تعداد سؤالات پرونده سلامت در برنامه پزشک خانواده و تعدد کارهای اجرایی توسط پزشک معتقد بودند که روش اجرا در برنامه سخت بود.

اجرای شتابزده مورد دیگری بود که مصاحبه شونده‌گان به آن اشاره کردند.

### ۳- محتوای پزشک خانواده

بر اساس اسناد و پژوهش‌های مطالعه شده و نظر مصاحبه شونده‌گان محتوای برنامه پزشک خانواده دارای چالش‌هایی به شرح زیر می باشد:

عدم تناسب رویکرد اجرایی اتخاذ شده با ماهیت برنامه رویکرد وزارت بهداشت در برنامه برای اجرا رویکرد دستوری بالا به پایین است. این رویکرد با روح برنامه در تضاد است. همچنین اگرچه این برنامه می بایست سلامت محور باشد ولی در عمل در محتوا و در اجرا رویکرد درمان محوری دارد بطوری که طرح‌های انگیزشی مناسبی برای ارتقای سطح سلامت منطقه و بهبود شاخص‌های سلامتی و پیشگیری از بیماریها برای ارائه دهنده‌گان خدمت و برای دریافت کنندگان خدمت وجود ندارد.

شفافیت ناکافی و ابهام در اهداف، وظایف و مسئولیت‌ها. مصاحبه شونده‌گان معتقد بودند که اهداف برنامه مشخص نیست به نظر می رسد که خود برنامه گذار نیز دقیقا نمی دانسته هدفش چیست؟ آیا پیشگیری است؟ نظام ارجاع است؟ حمایت از پزشک عمومی است؟ با پرونده الکترونیک است؟ چند هدف را در یک برنامه می خواهند محقق کنند بدون اینکه اولویت گذاری در اهداف وجود داشته باشد.

ابهام در تقسیم وظایف وزارتخانه‌های دخیل در اجرای برنامه و نیز سازوکار ارتباط بین بخشی در برنامه به خوبی مشخص نشده است.

عدم بومی سازی: یکی از موارد مهمی بود که کارشناسان به آن اشاره کردند، با توجه به وسعت جغرافیایی و تنوع زیستی و فرهنگی ایران، کارشناسان معتقدند برای اجرای برنامه می بایست نسخه بومی مختص مناطق تدوین می شد. الگو و بار بیماریها، روش‌های اطلاع رسانی و فرهنگ سازی، ترکیب گروه درمان و ... مواردی است که باید در نسخه بومی مدنظر قرار گیرد.

جامعیت ناکافی: از نظر مصاحبه شونده‌گان برنامه از جامعیت کافی برخوردار نیست و ابعاد روانی و معنوی و اجتماعی بیماریها نادیده گرفته شده است. همچنین برنامه‌های انگیزشی مصرح در برنامه، پیشگیری و اقدامات خلاقانه را به خوبی پوشش می دهد.

انتخاب ابزار نامناسب با توجه به تغییرات مربوط به الگوی بیماریها و اهداف برنامه‌ها لازم بود ابزارهای اجرا تنوع بیشتری داشته باشد.

### ۴- بازیگران خط مشی گذاری اصلاحات نظام سلامت

می توان گفت موفقیت یک خط مشی به شناخت نیازها و منافع ذی نفعان آن بستگی دارد.

جایگاه ذینفعان:



وزارت بهداشت، مجلس شورای اسلامی، شوراهای عالی بیمه‌ها (تأمین اجتماعی و بیمه سلامت) و نظام پزشکی بازیکنان کلیدی برنامه هستند چون دارای قدرت بالا و سطح بالایی از خواسته و علاقه هستند و واکنش خود را نسبت به پروژه‌ها و اصلاحات با توجه به اولویت‌های اصلی شکل می‌دهند و منافع و اولویت‌های آنان بسیار در خطمشی گذاری و اجرای اصلاحات مؤثر است؛ بنابراین مشارکت کامل آن‌ها در تدوین و جلب حمایت آنان در اجرای خطمشی شرط اصلی بقای برنامه‌ها می‌باشد. نهادها عبارت‌اند از مردم، کارکنان بخش درمان پرستاران و سازمان نظام پرستاری، سازمان بهزیستی انجمن‌های علمی، کمیته امداد و سمن‌ها که دارای قدرت کم و سطح بالایی از علاقه هستند. اگرچه بر اساس مدل این گروه باید مطلع نگه داشته شوند؛ اما مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که این گروه باید مشارکت بیشتری در تدوین برنامه‌ها داشته باشند؛ بنابراین باید راهبردهای شفافی برای بازیگران این گروه تدوین شود که ضمن مطلع بودن آن‌ها از تمام زوایای اصلاحات، بتوان از ظرفیت‌های آنان در مسئله‌یابی و تدوین برنامه‌ها و نیز فرهنگ‌سازی استفاده کرد.

وزارت آموزش و پرورش اگرچه دارای تعاملاتی با وزارت بهداشت است؛ ولی نقش این وزارتخانه در فرهنگ‌سازی، اطلاع‌رسانی و آگاهی بخشی توسط خطمشی گذاران نادیده گرفته شده است، بازیگران خارجی شامل بازیگران سیاسی و غیرسیاسی می‌باشند. بازیگران خارجی سیاسی از قدرت بالایی در تأثیرگذاری در شرایط اقتصادی و سیاسی کشور و به تبع آن بر نظام سلامت دارند. از یک طرف کاهش برخی از تجهیزات و داروها و افزایش قیمت آن‌ها متعاقب تحریم‌ها و کاهش درآمدهای نفتی و از طرف دیگر محدودیت‌های مالی نظام سلامت اصلاحات را با مشکل تأمین منابع مواجه کرد واضح است تهدیدات خارجی (اقتصادی، نظامی و ...) با تأثیر مستقیم بر مسائل اجتماعی و ایجاد مشکلاتی نظیر فقر، بیکاری و سه به گروه‌های آسیب‌پذیر کشور، صدمه وارد می‌آورد؛ بنابراین خطمشی گذاران حوزه سلامت بایستی نسبت به رخدادهای سیاسی بسیار حساس بوده و برای کاهش اثرات آن‌ها در بلندمدت آینده‌نگری مناسبی داشته باشند. بازیگران غیرسیاسی شامل سازمان‌های سلامت، مؤسسات تحقیقاتی و شرکت‌های تولید ملزومات پزشکی و داروها هستند. این گروه با خطمشی گذاری بین‌المللی، ارائه خطوط راهنما و برنامه‌های آموزش نیروی انسانی کشورها، تبادل اطلاعات، تأمین لوازم و تجهیزات ضروری و هدایت‌کننده نظام‌های سلامت می‌باشند، همچنین مؤسسات تحقیقاتی و شرکت‌های تولیدی اگرچه دارای ظرفیت بالایی در سرمایه‌گذاری در حوزه‌های سلامت می‌باشند؛ اما به دلیل کافی نبودن بسترهای لازم برای همکاری با این مؤسسات هنوز از این ظرفیت‌ها به‌طور مناسب و کافی استفاده نشده است (۹).

مطالعه‌ای کیفی در استان گلستان انجام شد. ۴۶ مصاحبه فردی با ۱۰ نفر از مدیران ستادی دانشگاه و اداره کل بیمه سلامت، ۴ نفر مدیر شبکه، ۱۲ نفر کارشناس مسئول معاونت‌های دانشگاه، ۷ نفر پزشک خانواده، ۴ نفر پزشک متخصص و ۹ نفر بیمار ارجاع شده از پزشک خانواده به پزشک متخصص انجام شده است. مهم‌ترین چالش‌های این مطالعه شامل:

چالش نوبت‌دهی شامل کمبود وقت پزشکان خانواده برای نوبت‌گیری، نبود پزشک متخصص در نوبت تعیین شده، محدودیت ظرفیت تعداد ویزیت پزشک متخصص، سخت بودن فرآیند نوبت‌گیری الکترونیک

برای بیمار، نوبت‌گیری توسط کافی‌نت، عدم درج کد ارجاع در دفترچه بیمه و ارجاع معکوس (حضور بیماران در سطح تخصصی بدون آنکه در سطح یک پذیرش شده باشند) بودند.

چالش‌های مراجعه و زمان انتظار در درمانگاه تخصصی شامل افزایش بار مراجعه و نبود ظرفیت پذیرش کافی بعد از لغو قرارداد بیمه سلامت با بخش خصوصی، تأخیر پزشکان برای حضور در درمانگاه، زمان طولانی برای رسیدن نوبت و زمان طولانی تایپ پسخوراند توسط متخصص بود.

مهم‌ترین چالش‌های ویزیت و تشخیص شامل زمان کوتاه ویزیت برای هر بیمار، کیفیت بالاتر ویزیت پزشکان در بخش خصوصی از نظر بیماران و عدم وجود شیوه‌نامه‌های شفاف برای متخصصان بودند.

مهم‌ترین چالش‌های پسخوراند پزشک متخصص به پزشک شامل عدم تمایل و تعهد برخی متخصصان به ارائه پسخوراند، کیفیت پایین و قابل استفاده نبودن پسخوراند و نوشتن پسخوراند توسط فرد دیگری غیر از خود متخصص بودند (۱۰).

یک مطالعه کیفی از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته در سطح ملی (۱۹ مصاحبه)، استانی (۹) و محلی (۴۳) و از طریق تجزیه و تحلیل اسنادی هدفمند انجام شد نتایج نشان داد که چالش‌های زیر در پزشک خانواده وجود دارد:

اولاً، اگرچه مفهوم پزشک خانواده توسط بسیاری پشتیبانی شد؛ اما برای پاسخگویی به الزامات مختلف طرحی دیده نشده بود. نظارت اندکی بر سیاست‌ها برای اطمینان از سازگاری بین دو وزارتخانه وزارت بهداشت و رفاه وجود داشت. در واقع این سیاست توسط گروه کوچکی تدوین و بر دیگران تحمیل شد. سیاست پزشک خانواده تلاشی برای پاسخگویی به چندین کاستی دیرینه در نظام سلامت بود و در نهایت همراه با سیاست دیگری به نام طرح بسیج بیمه همگانی اجرا شد. با این حال، ادغام شکست خورد؛ زیرا این دو سیاست از اهداف متفاوتی پیروی کردند. این طرح را باید در چارچوب نظام سلامت در ایران تفسیر کرد که در آن بیشتر خدمات مراقبت‌های اولیه توسط وزارت بهداشت ارائه می‌شود. سازمان‌های بیمه برای دسترسی به مراقبت‌های بیمارستانی و مراقبت‌های مبتنی بر مطب پزشک پشتیبانی می‌کنند. این گروه‌های اخیر به معنای واقعی کلمه در ایران به عنوان خدمات «درمان» شناخته می‌شوند و نه «بهداشت».

ثانیاً، نظام سلامت آمادگی لازم برای پذیرش اصلاحات را نداشت. فاقد یک فلسفه حکمرانی در سطح کلان تعریف شده بود که هدایت پزشک خانواده را به سمت یک مقصد روشن دشوار می‌کرد و آن را در برابر صلاحیت افراد آسیب‌پذیر می‌کرد.

علاوه بر این، گذشته سازمانی آن‌ها (بیمه سلامت تا سال ۲۰۰۴ تحت وزارت بهداشت بود و درست قبل از اجرای پزشک خانواده به وزارتخانه تازه تأسیس دیگری به نام وزارت رفاه نقل مکان کرد) به تنش منجر شد، زیرا هر کدام تلاش کردند برتری خود را بر دیگری ثابت کنند. آن‌ها به یکدیگر به عنوان رقیبی نگاه می‌کردند نه شریک در رسیدن به یک هدف مشترک.

اکثر بازیگران از پزشک خانواده انتقاد داشتند. کادر بهداشت و درمان اصلاحات را جدی و به عنوان یک وظیفه همیشگی تلقی نکردند. آن‌ها نگران بودند که به دلیل بودجه ناپایدار و عدم حمایت سیاسی به زودی متوقف شود. چنین وضعیتی منجر به فقدان مالکیت، اعتماد و همکاری در میان دست‌اندرکاران مراقبت‌های

بهداشتی شد که به نارضایتی، ناامیدی و ائتلاف منابع ختم شد. علاوه بر این، روستائیان که هدفشان رضایت و ارائه خدمات عادلانه‌تر بود، از جیره‌بندی خدمات، عدم آزادی انتخاب و تفاوت با هم‌تایان شهری خود ناراضی بودند. روش فعلی اجرا، ویژگی‌های اصلی مراقبت‌های اولیه از جمله پیشگیری و ارتقای سلامت را نادیده می‌گرفت و ممکن است تا حدی مفهوم پزشک خانواده را تهدید کند (۱۱).

### ت) راهکارهای پزشک خانواده

۱. مطالعه‌ای با هدف بررسی کیفی چالش‌ها و راهکارهای اجرای سیاست پزشک خانواده روستایی انجام گرفته است. داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختارمند و مرور اسنادی انجام پذیرفته است. جامعه مورد مطالعه در این تحقیق تمامی سیاست‌گذاران، دانشگاهیان، مدیران، برنامه‌ریزان حوزه سلامت، پزشکان، کارشناسان و کارکنان فعال حوزه سلامت در سطوح ملی (ستاد وزارت بهداشت- ستاد، دانشکده‌ها و معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های مختلف کشور)، استانی (ستاد دانشگاه علوم پزشکی، معاونت-ها، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، شبکه‌های بهداشت و مراکز بهداشت استان و شهرستان‌های مختلف) و شهرستانی (ستاد شبکه و مرکز بهداشت شهرستان مراکز بهداشتی و درمانی و خانه‌های بهداشت) بوده است. پیشنهادهای زیر برای بهبود این طرح مطرح شده است:

۱. لازم است به صورت متناوب مطالعاتی در خصوص پزشک خانواده روستایی در حیطه ساختار و خدمات ارائه شده صورت گیرد تا با شناخت به موقع چالش‌ها، مداخلات مناسبی طراحی و اعمال شود؛
۲. برای اعضای تیم‌های سلامت، پزشکان، کارشناسان سازمان‌ها و مراکز متولی برنامه دوره‌های بازآموزی و توجیهی و برای مردم برنامه‌های اطلاع‌رسانی و آموزشی با استفاده از رسانه‌های ارتباط جمعی برگزار شود؛
۳. ضمن توجیه و جلب حمایت مقامات سیاسی، قوانین پشتیبان و الزام‌آور بر رعایت نظام ارجاع برای مردم و سطوح تخصصی تصویب شود؛
۴. مکانیسم خرید خدمت از بخش خصوصی در برنامه پزشک خانواده روستایی طراحی و اجرا شود؛
۵. در برنامه درسی آموزش پزشکی، سهم آموزش‌های مرتبط با پزشک خانواده تقویت شود؛
۶. ارزیابی برنامه پزشک خانواده به یک نهاد مستقل و خارج از مجموعه‌های مجری برنامه واگذار شود (۸).

### ث) الزامات پزشک خانواده

۱. یک مطالعه کیفی با مشارکت سیاست‌گذاران و مدیران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر و اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام شد. داده از طریق مصاحبه و بحث گروهی متمرکز جمع‌آوری شد.
- الزامات موردنیاز برای پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده در ۶ عنوان اصلی (سیاسی، فرهنگی-اجتماعی، اقتصادی، آموزشی، مدیریتی و اجرایی) و ۲۷ عنوان فرعی طبقه‌بندی شد. راهبردهای موردنیاز نیز در ۳ عنوان اصلی (مدیریت شبکه‌های بهداشتی، درمانی شهرستان و استان، اجرای برنامه‌های سلامت

و آموزش پزشکان خانواده، مدیران و جامعه) و ۲۸ عنوان فرعی استخراج شد. الزامات به تفصیل در زیر آمده است:

### حکمرانی (حاکمیتی):

۱. عزم و اراده حوزه‌های مختلف سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در راستای تاب‌آوری نظام سلامت عزم و باور مدیران ارشد در قوای سه‌گانه به‌منظور فراهم آوردن الزامات موردنیاز اصلاح نظام سلامت؛
۲. تعهد برای تأمین منابع پایدار در راستای اصلاحات موردنیاز نظام سلامت تأکید بر رویکرد اصلاح نظام سلامت؛
۳. عزم و اراده و تعهد سیاسی مدیران ارشد (سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مدیران سطوح مختلف)، رؤسا و مدیران ستادی دانشگاه.

### فرهنگی و اجتماعی

۱. بهره‌گیری از ظرفیت حداکثری اصحاب رسانه در فرهنگ‌سازی و آموزش عمومی به‌منظور جلب مشارکت مردم و فراهم آوردن بستر موردنیاز؛
۲. تدوین دستورالعمل سیاستی و اجرایی بین دستگاه‌های اثرگذار در اصلاح نظام سلامت از طریق تقویت همکاری‌های بین بخشی، هماهنگی و همسویی در سطوح سیاست‌گذاران، کارگزاران سلامت و عامه مردم؛
۳. تأکید بر استراتژی‌هایی که می‌تواند از طریق اعتباربخشی موجب اعتلای جایگاه و منزلت اجتماعی جامعه پزشکی، پزشکان خانواده و اعضای تیم سلامت شود؛
۴. تدوین دستورالعمل‌های سیاستی و اجرایی که بتواند به‌صورت ضابطه‌مند زمینه مشارکت تشکل‌های مردم‌نهاد و گروه‌های مرجع اجتماعی را در حوزه برنامه‌ریزی اجرا و نظارت تقویت و به رسمیت بشناسد.

### اقتصادی

۱. محاسبه منابع موردنیاز به‌منظور تعیین سرانه قابل تخصیص به برنامه؛
۲. شناسایی منابع قابل تخصیص از محل درآمد عمومی، مالیات، بیمه، تعیین میزان سهم حق بیمه و فرانشیز پرداخت توسط مردم؛
۳. فراهم آوردن الزامات موردنیاز در راستای پیاده‌سازی آیین‌نامه پوشش بیمه همگانی و اجباری سلامت؛
۴. تعیین روش‌های اجرایی در پایدار کردن و نشان‌دار کردن منابع تعریف‌شده؛
۵. ترسیم چرخه تخصیص منابع و فرآیند اجرایی بین سازمان برنامه‌و بودجه، وزارت بهداشت و بیمه سلامت عملیاتی کردن فرآیندهای مرتبط با تجمیع و انباشت منابع با بهره‌گیری حداکثری از ظرفیت نظام بیمه؛
۶. تعیین ابزار ارزیابی مدیریت هزینه مبتنی بر منابع تخصیص‌یافته؛
۷. به رسمیت شناختن فرآیند خرید خدمات توسط سازمان‌های بیمه‌گر و کارآمدسازی ضمانت اجرایی در الزام پزشکان به همکاری با سازمان‌های بیمه‌گر؛
۸. ساماندهی خدمات پزشکی (ویزیت و نسخه‌نویسی و ...)؛ که طرف قرارداد سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشند؛

۹. تعیین دستورالعمل سیاستی و اجرایی موردنیاز در خرید هوشمند و هدفمند توسط سازمان‌های بیمه‌گر تعیین دستورالعمل سیاستی و اجرایی در راستای اصلاح و منطقی کردن نظام پرداخت مبتنی بر قیمت تمام‌شده؛
۱۰. استقرار نظام رصد و دیده‌بانی مدیریت هزینه مبتنی بر اهداف پیش‌بینی شده.

### آموزشی

۱. تهیه و تدوین دستورالعمل سیاستی و اجرایی در ایفای نقش حوزه آموزش (دانشکده‌های مرتبط) در تقویت و توسعه برنامه‌های مهارت‌آموزی در محیط دانشکده‌ها و عرصه‌های آموزشی به‌نحوی که اعضای هیئت‌علمی مشارکت اثربخش و کارآمد داشته باشند؛
۲. اصلاح برنامه پایش و نظارت در فرآیند اعتباربخشی دانشکده‌ها و مراکز آموزشی در راستای تقویت و ارتقای ضمانت اجرایی برای تحقق تعهدات و تکالیفی که می‌تواند منجر به تقویت فعالیت‌های آموزشی اثرگذار در برنامه پزشکی خانواده و زنجیره ارجاع شود؛
۳. بازنگری جدی در فرآیند ارزیابی فعالیت‌های گروه‌های آموزشی در برنامه‌های مداخله‌ای به‌نحوی که بتوان با سنجش‌های روشن و قابل‌اندازه‌گیری میزان مداخله گروه‌های آموزشی را در ارتقای کمیت و کیفیت برنامه‌های ابلاغی سلامت موردتوجه قرارداد؛
۴. تهیه و تدوین سازوکار مناسب در اصلاح آیین‌نامه ارتقای اعضای هیئت‌علمی با تأکید بر ارزش‌گذاری فعالیت‌های انجام شده در پاسخگویی به نیازهای سلامت و کمک به توسعه کمی و کیفی برنامه پزشکی خانواده و مداخلات سلامت‌محور جامعه؛
۵. تهیه و تدوین سازوکار مناسب در راستای تشویق و ترغیب اعضای محترم هیئت‌علمی که دارای تجارب و موفقیت‌های خوبی در ارتقای کمی و کیفی نظام ارائه خدمت داشته و در این مسیر توانسته‌اند کار ارزشمندی را تولید و منتشر کنند؛
۶. تهیه و تدوین سازوکار مناسب در راستای تأمین منابع موردنیاز برای گزینش‌های تحقیقات کاربردی که در راستای حل مشکلات سلامتی توسط اعضای محترم هیئت‌علمی موردتوجه قرار گرفته است؛
۷. تهیه و تدوین سازوکار مناسب در راستای تأمین نیازهای پشتیبانی و مالی در راستای فراهم آمدن مداخلات موردنیاز در عرصه‌های آموزشی به‌نحوی که بتواند تناسب لازم را با نیازها داشته باشد.

### مدیریتی

۱. تعیین ظرفیت‌ها و اولویت‌های حوزه‌های مدیریتی سطوح مختلف نظام سلامت که عهده‌دار اصلاح نظام ارائه خدمت از طریق اجرای برنامه پزشکی خانواده و پیاده‌سازی زنجیره ارجاع هستند؛
۲. تهیه و تدوین سازوکار مناسب سیاستی و اجرایی در راستای پیاده‌سازی برنامه‌هایی که موجب توسعه کمی و کیفی دانش و مهارت مدیران سطوح مختلف و فراهم آوردن امکان تبادل تجربیات موردنیاز و موفق برای مدیران اجرایی می‌شود؛
۳. تأکید بر پیاده‌سازی نظام ارزیابی عملکرد مدیران با تأکید بر عوامل اثرگذار بر خلاقیت و نوآوری، تعهد سازمانی، صیانت از منابع، اخلاق حرفه‌ای و اهتمام و ممارست در انجام تکالیف پیش‌بینی شده در برنامه‌های ابلاغی؛

۴. اتخاذ سازوکار موردنیاز در پیاده‌سازی رویکرد عدم تمرکز و تفویض اختیار و مسئولیت در مدیریت سطوح مختلف نظام ارائه خدمت مبتنی بر استراتژی‌های ابلاغی؛
۵. اتخاذ سازوکار لازم در فراهم آوردن همسویی و هماهنگی بیشتر در مدیریت اجرایی از طریق شکل‌گیری فرماندهی واحد مدیریت اجرایی با محوریت مرکز بهداشت استان و تفویض اختیار کامل به آن در اجرای توسعه مراقبت‌های سلامت، برنامه پزشکی خانواده و پیاده‌سازی زنجیره ارجاع.

### اجرایی

۱. بازنگری و ارتقای کمی و کیفی مراقبت‌های تعریف‌شده در بسته خدمات مبتنی بر نیازهای روز جامعه با بهره‌گیری از ظرفیت بخش دولتی و خصوصی؛
۲. ابلاغ دستورالعمل اجرایی باهدف افزایش پاسخگویی اجتماعی سلامت مبتنی بر استراتژی‌های اجرایی تعیین شده در سطوح شبکه بهداشتی درمانی کشور؛
۳. ابلاغ چارچوب مناسب به‌منظور پیاده‌سازی برنامه‌های عملیاتی و تفصیلی مبتنی بر جدول زمان‌بندی پیش‌بینی‌شده فعالیت‌ها؛
۴. ارزیابی مستمر در روند پیاده‌سازی پرونده الکترونیک سلامت به‌منظور روان‌سازی تبادل داده‌ها در سامانه‌ها و در سطوح مختلف نظام ارائه خدمت؛
۵. ابلاغ دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های موردنیاز بین بخشی در چارچوب الزامات برنامه به‌صورت هم‌سو و هم‌افزا؛
۶. ابلاغ چارچوب نظام پایش و ارزشیابی به‌صورت سطح به سطح با بهره‌گیری از ابزارهای معتبر و مناسب مبتنی بر سنجش‌های قابل اندازه‌گیری با بهره‌گیری از بستر فناوری اطلاعات (۱۲).

### ج) راهبردهای پزشک خانواده

۱. یک مطالعه کیفی با مشارکت سیاست‌گذاران و مدیران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر و اعضای هیئت‌علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام شد. داده از طریق مصاحبه و بحث گروهی متمرکز جمع‌آوری شد.
- راهبردهای موردنیاز نیز در ۳ عنوان اصلی (مدیریت شبکه‌های بهداشتی، درمانی شهرستان و استان، اجرای برنامه‌های سلامت و آموزش پزشکان خانواده، مدیران و جامعه) و ۲۸ عنوان فرعی استخراج شد. استراتژی‌های اجرایی و اثرگذار در پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده و زنجیره ارجاع در سطوح مختلف نظام ارائه خدمات سلامت ایران شامل موارد زیر است:
۱. انتخاب شهرستان به‌عنوان محیطی‌ترین سطح تعریف‌شده در ساختار اجرایی مدیریت نظام سلامت کشور؛
۲. تعیین و تعریف محدوده جغرافیایی شهرستان به تفکیک جمعیت در حوزه‌های شهری و روستایی در محدوده شهرستان؛
۳. برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی مدیران و کارشناسان ستادی در راستای اجرای برنامه، استراتژی‌ها و فعالیت‌های پیش‌بینی‌شده با تقویم زمانی مشخص؛
۴. ارزیابی سریع وضعیت جمعیت تحت پوشش به تفکیک گروه‌های سنی، اماکن عمومی و سایر

- بخش‌ها، وضعیت نظام ارائه خدمات سلامت شهرستان در بخش دولتی و غیردولتی در چارچوب ساختار شبکه‌های بهداشتی درمانی؛
۵. شناسایی و تعیین عوامل اجتماعی-فرهنگی-سیاسی و اثرگذار اقتصادی در برنامه پیاده‌سازی پزشکی خانواده در محدوده شهرستان و روش ایفای نقش آنان در فرآیند اجرایی؛
  ۶. تعیین وظایف و ترسیم فرآیندهای اجرایی موردنیاز در ایفای نقش دستگاه‌های اثرگذار در اجرای برنامه برای همکاری‌های بین بخشی و جلب مشارکت بخش غیردولتی؛
  ۷. ترسیم فرآیند عملیاتی شیوه همکاری و مشارکت مردم با بهره‌گیری از ظرفیت تشکل‌های مردم‌نهاد و حوزه‌های اثرگذار اجتماعی مبتنی در چارچوب محلات و مناطق و نواحی تعریف‌شده حوزه شهری؛
  ۸. ترسیم فرآیند اجرایی و ابلاغ وظایف تعیین‌شده در حوزه‌های درون بخشی (بهداشت، درمان، غذا و دارو، توسعه و مدیریت منابع، آموزش، تحقیقات) در ایفای نقش برای انجام وظایف ابلاغی در برنامه پزشکی خانواده و زنجیره ارجاع در سطوح مختلف نظام ارائه خدمات؛
  ۹. چیدمان واحدهای ارائه خدمت بر اساس وظایف پیش‌بینی‌شده در بسته خدمتی و تناسب سازی تنوع، فراوانی و حجم عملیات اجرایی با تعداد جمعیت تحت پوشش تعریف‌شده در محدوده شهرستان مبتنی بر ساختار عملیاتی برنامه پزشکی خانواده؛
  ۱۰. ترسیم نقشه استقرار واحدهای ارائه خدمات سلامت در محدوده شهرستان مبتنی بر نظام سطح‌بندی از خانه بهداشت، پایگاه سلامت شهری، مراکز جامع سلامت شهری و روستایی، مطب و کلینیک‌های بخش دولتی و غیردولتی؛
  ۱۱. اجرای برنامه آموزش و بازآموزی اعضای تیم سلامت و پزشکان خانواده در راستای توجیه وظایف و فعالیت‌های پیش‌بینی‌شده؛
  ۱۲. اقدام سریع برای تعیین و تأمین ملزومات نظام ثبت و گزارش دهی و بهره‌گیری از بستر فناوری اطلاعات و رفع نیازها؛
  ۱۳. تأمین و تخصیص به هنگام منابع موردنیاز با توجه به سرانه تعریف‌شده جمعیت تحت پوشش شهرستان به سازمان‌های بیمه‌گر پایه و پیاده‌سازی چرخه مدیریت منابع؛
  ۱۴. تعیین و ابلاغ محدوده اختیارات و مسئولیت به مدیریت شهرستان.

### چ) مدیریت فنی در پیاده‌سازی برنامه‌های سلامت

۱. آشنایی مدیران سطوح مختلف نظام ارائه خدمات سلامت به اهمیت اولویت‌گذاری در شیوه تدوین، ترکیب و اجرای بسته خدمات پایه به‌عنوان مهم‌ترین رکن مداخله نظام ارائه خدمات سلامت برای جمعیت تحت پوشش و گروه‌های هدف؛
۲. ترسیم فرآیند دوسویه بین سطوح نظام ارائه خدمات در راستای تعیین اولویت‌های خدمات سلامت مبتنی بر مستندات و شواهد حاصل از نظام ثبت و گزارش دهی و پیمایش‌های ملی و استانی و ارزیابی اقتصادی مداخلات با توجه به بار ناشی از بیماری، بار مراجعه، بار هزینه‌ای؛
۳. آشنایی و تأکید بر ضوابط و مقررات و استانداردهای تعریف‌شده در ساختار شبکه بهداشتی درمانی کشور و

- جانمایی بخش‌های دولتی و غیردولتی در نظام ارائه خدمت؛
۴. ترسیم فرآیند و ابلاغ مداخلات پیش‌بینی‌شده در بسته خدمات پایه برای سطوح مختلف نظام ارائه خدمت؛
۵. ترسیم و تعیین و ابلاغ فرآیندهای موردنیاز در تدوین استانداردهای نیروی انسانی متناسب با اجزای تعریف‌شده در بسته خدمات پایه؛
۶. ترسیم و تعیین و ابلاغ فرآیندهای اجرایی موردنیاز در ادغام فعالیت‌ها و برنامه‌ها بر اساس گروه‌های سنی با تأکید بر الزامات موردنیاز در نظام مراقبت فعال؛
۷. ترسیم و تعیین چرخه نظام ثبت و گزارش دهی با بهره‌گیری از بستر فناوری اطلاعات و محوریت پرونده الکترونیک سلامت؛
۸. ترسیم و تعیین و ابلاغ چرخه تبادل داده‌ها بین سامانه‌های نظام ثبت و گزارش دهی در سطوح مختلف نظام ارائه خدمت با محوریت پرونده الکترونیک سلامت؛
۹. ترسیم و تعیین چرخه نظام پایش و ارزشیابی با بهره‌گیری از داشبوردهای مدیریتی حاصل از فناوری اطلاعات سلامت در سطوح مختلف نظام ارائه خدمت؛
۱۰. برنامه‌ریزی در راستای تشویق و ترغیب و ارتقای سطح علمی و اجرایی مدیران موفق در پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده.

### ح) برنامه‌ریزی و مدیریت آموزش برنامه پزشکی خانواده برای پزشکان خانواده، اعضای گروه سلامت، مدیران اجرایی و گروه‌های مرجع اجتماعی:

۱. تعیین سرفصل‌های آموزشی موردنیاز مبتنی بر حیطه‌های مهارتی و رفتاری؛
۲. ترسیم و تعیین و ابلاغ چرخه اصلاح برنامه‌های آموزشی از طریق مشارکت و حمایت همه‌جانبه معاونان محترم آموزش، بهداشت، درمان، غذا و دارو و تحقیقات و توسعه؛
۳. ابلاغ برنامه‌های اصلاحی برای تطبیق‌سازی حیطه‌های دانشی و مهارتی اعضای گروه سلامت از طریق تدوین بسته‌های آموزشی مهارتی کوتاه‌مدت، میان‌مدت برای اعضای تیم سلامت و پزشکان عمومی؛
۴. ترسیم و تعیین و ابلاغ برنامه‌های آموزشی ویژه اعضای هیئت‌علمی و کارشناسان ارشد حوزه فنی اثرگذار در سطوح مدیریتی آموزش دانشگاه‌های علوم پزشکی به صورت حضوری و غیرحضوری؛
۵. آماده‌سازی عرصه‌های آموزشی در واحدهای پیش بیمارستانی و بیمارستانی در راستای توسعه کمی و کیفی مهارت‌های موردنیاز؛
۶. تهیه و تدوین و ابلاغ بسته‌های آموزشی برای اعضای هیئت‌علمی؛
۷. ساماندهی سریع و هدفمند کردن آموزش‌های مصوب حین خدمت؛
۸. تهیه و تدوین و ابلاغ ضوابط و مقررات مربوط به اجرای دستورالعمل‌های حاصل از راهنمای بالینی مبتنی بر استانداردهای تعریف‌شده در بسته خدمت؛
۹. تعیین روش اجرایی در راستای پیاده‌سازی فرآیندهای موردنیاز در زمینه کسب مهارت‌های اخلاق حرفه‌ای در علوم پزشکی، توجه به اهمیت و جایگاه و نقش مداخلات مربوط به پیشگیری از بیماری‌ها، انسجام‌بخشی مراقبت‌های سلامت، تأکید بر فرامین سلامت معنوی، شنایی برای کسب مهارت در



- بهره‌گیری از عوامل اجتماعی تعیین‌کننده و اثرگذار بر سلامت، تقویت و توسعه همکاری‌های بین بخشی، توجه به نشانگرهای اثرگذار عدالت در سلامت، جلب مشارکت مردم در برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت، فراهم آوردن بستر موردنیاز در ایجاد کار گروهی و همراهی اعضای گروه سلامت؛
۱۰. تهیه، تدوین و ابلاغ بسته‌های آموزشی موردنیاز برای اعضای گروه سلامت به‌خصوص کارشناسان، مراقبان سلامت، بهورزان و سایر همکاران در شبکه بهداشتی درمانی؛
۱۱. تهیه، تدوین و ابلاغ بسته‌های آموزشی در کسب دانش و مهارت‌های موردنیاز در مقررات اداری و مالی و مدیریتی برای پزشکان خانواده در راستای ارتقای مداخلات آنان در امر برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، اجرا، کنترل، بودجه‌ریزی؛
۱۲. تهیه، تدوین و ابلاغ بسته‌های آموزشی برای مدیران سطوح مختلف در راستای کسب دانش و مهارت‌های موردنیاز در اجرای برنامه پزشکی خانواده و زنجیره ارجاع و شنایی آنان با چگونگی ایفای نقش در فرآیندهای پیش‌بینی شده؛
۱۳. تهیه، تدوین و ابلاغ بسته‌های آموزشی در راستای ارتقای سطح دانش و مهارت‌های موردنیاز برای گروه‌های مرجع اجتماعی و تشکل‌های مردم‌نهاد.

### خ) فرآیندهای اجرایی در مدیریت اداری و مالی و پشتیبانی مورد نیاز برای پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده و زنجیره ارجاع:

۱. ارزیابی سریع منابع موجود در راستای تطبیق سازی و برآورد منابع موردنیاز برای پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده و زنجیره ارجاع؛
۲. ترسیم و ابلاغ فرآیند برآورد، شناسایی و تأمین منابع موردنیاز برنامه پزشکی خانواده و زنجیره ارجاع؛
۳. تشکیل ستاد ملی؛
۴. تهیه و تدوین دستورالعمل و ابلاغ آن در راستای روش تأمین نیازهای زیرساختی از جمله فضای فیزیکی، فناوری اطلاعات و تجهیزات و ملزومات موردنیاز؛
۵. تهیه و تدوین دستورالعمل اجرایی و ابلاغ آن در راستای شیوه مدیریت بر منابع تخصیص یافته و چرخه اجرایی آن در سطح استان و شهرستان؛
۶. تهیه و تدوین دستورالعمل اجرایی و ابلاغ آن در راستای تأمین، جذب و به‌کارگیری نیروی انسانی موردنیاز در سطوح مختلف نظام ارائه خدمت؛
۷. تهیه و تدوین دستورالعمل اجرایی و ابلاغ آن در راستای شیوه بهره‌گیری از ظرفیت بخش غیردولتی و فرآیند عقد قرارداد با سازوکار بیمه‌ای؛
۸. تهیه و تدوین دستورالعمل اجرایی و ابلاغ آن در راستای الزامات موردنیاز در تأمین و تخصیص به‌هنگام منابع مالی؛
۹. تهیه و تدوین دستورالعمل اجرایی و ابلاغ آن در راستای ارزیابی عملکرد و مکانیزم پرداخت با بهره‌گیری از سازوکار بیمه‌ای؛

۱۰. تهیه و تدوین دستورالعمل اجرایی و ابلاغ آن در راستای تأمین اختیارات موردنیاز مرکز بهداشت استان و شبکه بهداشت و درمان شهرستان در ایفای نقش مدیریت اجرایی با سازوکار بیمه‌ای (۱۲).

## بحث و نتیجه‌گیری

در این گزارش به بررسی دیدگاه مدیران ستادی و سیاست‌گذاران در مورد طرح پزشک خانواده پرداخته شده است. از دیدگاه سیاست‌گذاران توسعه پزشک خانواده منجر به توسعه نظام ارجاع، دسترسی بهتر به مراقبت‌های بهداشتی و مدیریت بیماری‌های مزمن شده است. با اجرای این طرح معاینات سالیانه و تشکیل پرونده خانوار، ارتقای سطح سلامت، دسترسی آسان روستاییان به پزشک و دارو و دلگرمی بهورزان بهبود یافته است. از نقاط ضعف این طرح از دیدگاه سیاست‌گذاران به مواردی مانند عدم تأمین شغلی ثابت، عدم توجیه پزشکان و متخصصان از طرح، عدم آموزش کافی مسائل بهداشتی به پزشکان و عدم پرداخت به موقع حقوق پزشکان و ماماها، شاغل، مشکلات مالی، مشکلات فرهنگی، مشکلات آموزشی، مشکلات انگیزشی، مشکلات ساختاری و برنامه‌نویسی، مشکلات اجرایی و مشکلات زمینه‌ای اشاره کرده بودند.

برای بهبود این طرح و غلبه بر چالش‌هایی مانند چالش ناشی از ساختار حاکم بر نظام سلامت، پزشکی کردن مدیریت، تضاد منافع، قائم به فرد بودن برنامه‌ها و تأثیر تغییرات مدیریت و دولت بر برنامه ملی، چالش ناشی از نحوه حمایت دولت دهم از پزشک خانواده، روابط حاکم بر وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دخیل در برنامه پزشک خانواده، چالش‌های فرهنگی و قانون‌گریزی، عدم اراده و تعهد سیاسی مسئولان ارشد کشوری سیاست‌گذاران الزاماتی را در زمینه‌های مختلف سیاسی، فرهنگی - اجتماعی، اقتصادی، آموزشی، مدیریتی و اجرایی و راهکارهایی را پیشنهاد کرده‌اند. از راهکارهای سیاست‌گذاران می‌توان به انجام مطالعات مستمر و کاربردی، برگزاری دوره‌های بازآموزی و توجیهی و اطلاع‌رسانی به مردم، جلب حمایت مقامات سیاسی، طراحی مکانیسم خرید خدمت از بخش خصوصی و ارزیابی برنامه پزشک خانواده توسط یک نهاد مستقل اشاره کرد.

## منابع

1. Esmaili R, Hadian M, Rashidian A, Shariati M, Ghaderi H. Family medicine in Iran: facing the health system challenges. *Global journal of health science*. 2015;260(3):7۴.
۲. جنتی ع، ملکی م، زاده مق، نریمانی م، وکیلی س. ارزیابی نقاط قوت و نقاط ضعف طرح پزشک خانواده. *مجله دانش و تندرستی در علوم پایه پزشکی*. ۲۰۱۰؛ ۴(۴): ۳۹-.
۳. فرزادفر ف، جعفری س، رحمانی خ، ولیئی س، بیدارپور ف، ملاشیخی م، et al. دیدگاه مدیران، گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در زمینه مشکلات اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران: یک مطالعه کیفی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*. ۲۰۱۷؛ ۲۲(۵): ۶۶-۸۳.
4. Fardid M, Jafari M, Moghaddam AV, Ravaghi H. Challenges and strengths of im-

plementing urban family physician program in Fars Province, Iran. J Educ Health Promot. 2019;8(3):36.

۵. شوشتری زج، دژمان م، محمودی ز، افتخاری مب، نیا شج، شجاعی پ، et al. برنامه پزشکی خانواده روستا و نقش آن در مسائل اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی جامعه. فصلنامه رفاه اجتماعی. ۱۳۹۴؛ ۱۳(۵۱): ۴۳-۶۷.
۶. مهرالحسنی م، سیریزی مج، پورحسینی س، آبادی ویف. چالش‌های اجرای سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان کرمان: یک مطالعه کیفی. فصلنامه بهداشت و توسعه. ۲۰۱۲؛ ۱(۳): ۱۹۳-.
۷. شیانی م، رشیدیان آ، محمدی آم. جایگاه و موانع اجرایی طرح پزشک خانواده در نظام سلامت ایران. فصلنامه رفاه اجتماعی. ۲۰۱۶؛ ۱۶(۶۲): ۵۹-۱۰۲.
۸. شیرجنگ ا، پور سم، اصلی ام، دشمنگیر ل. چالش‌ها و راهکارهای اجرای پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه کیفی. مجله تصویر سلامت. ۲۰۲۰؛ ۱۱(۱): ۶۲-۷۳.
۹. علائی ح، رشیدی ناق، امیری م. تحلیل کیفی برنامه پزشک خانواده به منظور شناسایی علل و چالش‌های عدم پیشرفت برنامه. مجله بیمارستان. ۲۰۲۱؛ ۱۹(۳): ۶۵-۷۶.
۱۰. کبیر م، حیدری ع، هنرور م، خطیرنامنی ز، بدخشان ع، رفیعی ن، چالش‌های اجرایی نظام ارجاع الکترونیک استان گلستان: یک مطالعه کیفی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۲۰۲۱؛ ۱۹(۲): ۱۵۷-۷۲.

11. Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: An interpretive approach to formation of family medicine in Iran. Health Policy and Planning. 2011;16(3):73-83.

۱۲. کبیر م، افصلی حم، محقق م، حیدری ع، بیدهندی نج، تبریزی ن، . اجرای اثربخش برنامه پزشکی خانواده در ایران: الزامات و راهبردها. مجله فرهنگ و ارتقای سلامت (فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران). ۲۰۲۱؛ ۵(۳): ۳۵۳-۶۰.

## لیست مقالات بررسی شده

نوع پزشکی خانواده	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
شهری و روستایی	ندارد	کاربرد ندارد	ندارد	مروری	Correspondence	۲۰۱۰	ز. حاتمی	Family physicians in Iran: Success despite challenges	۱۰۰۱
روستایی	مرور مستندات	کاربرد ندارد	چهار مرکز سلامت و هشت خانه بهداشت	شبه تجربی	Short Communication	۲۰۱۱	ف. خیطی	The role of family physician in case finding, referral, and insurance coverage in the rural areas	۱۰۰۲
روستایی	۷ پزشک خانواده، ۷ ماما و ۱۲ کارمند بهداشت	کاربرد ندارد	ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی اولیه	کیفی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۲	م. کنسوری	Burnout: Interpreting the Perception of Iranian Primary Rural Health Care Providers from Working and Organizational Conditions	۱۰۰۳
روستایی	۳۳ شهرستان و ۲۲۴ مرکز روستایی	اشاره نشده	مرکز روستایی تحت پوشش بیمه طرح پزشک خانواده	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۲	ن. حاتم	Cost efficiency of the family physician plan in fars province, southern Iran	۱۰۰۴
روستایی	تمام مراکز بهداشتی-درمانی روستایی شهرستان اصفهان	خوب	تمام مراکز بهداشتی-درمانی روستایی شهرستان اصفهان	توصیفی-تحلیلی و مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۲	ر. خدیوی	The assessment of family physicians' performance in screening of hypertension and diabetes mellitus in rural areas of Isfahan County: A 5-year survey	۱۰۰۵
شهری و روستایی	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد		مروری	نامه به سردبیر	۲۰۱۳	م.غ. قیادی فر	Which one is more important to being a good family physician for medical students; disease diagnosis or patient-doctor relationship?	۱۰۰۶
روستایی	۲۱ ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی روستایی و پنج بیمار روستایی	کاربرد ندارد	۳۱ ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی روستایی و پنج بیمار روستایی	کیفی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۳	م. اسکندری	Barriers of Referral System to Health Care Provision in Rural Societies in Iran	۱۰۰۷
روستایی	۴۰۰	خوب	مردم بومی ساکن در مناطق روستایی	توصیفی تحلیلی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۳	ر. خدیوی	Caregiver satisfaction in rural areas in Isfahan district, Iran, after implementation of the family physician project	۱۰۰۸
شهری و روستایی	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد			Opinion	۲۰۱۴	ع. خیاط زاده ماهان	Family physician program in Iran: Considerations for adapting the policy in urban settings	۱۰۰۹
شهری و روستایی	۱۹۶ نفر از اعضای تیم های سلامت در سطح اول نظام ارجاع	خوب	۱۵ تیم بهداشتی و درمانی در شش شهر	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۴	ر. کلهر	Situational analysis of human resources in family physician program: survey from Iran	۱۰۱۰
روستایی	۵۶۳۳۰ نفر	مثبت	اطلاعات افراد ساکن در مناطق روستایی	تحلیل روند	اصیل پژوهشی	۲۰۱۴	ر. خدیوی	Comparing the main reproductive health indices in rural areas of Isfahan Province, Iran, before and after family physician program intervention during 2001-2011	۱۰۱۱
روستایی	۱۷ مرکز بهداشتی درمانی تحت پوشش مرکز ۱ و ۲ اصفهان	افزایش	نسخ پزشکان شاغل در پزشک خانواده	توصیفی تحلیلی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۴	ر. خدیوی	The drug prescription patterns and utilization after family physician program implementation in rural health centers of Isfahan district, Iran	۱۰۱۲

نوع پژوهش	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمبره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
خانواده	۲۷ مصاحبه نیمه ساختاریافته	کاربرد ندارد	سیاست گذاران و تصمیم گیرندگان (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه سلامت ایران، دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی تابعه، شورای پزشکی ایران، مدیران اجرایی در استان‌های آزمایشی).	کیفی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۵	ر. اسماعیلی	Family Medicine in Iran: Facing the Health System Challenges	۱۰۱۳
شهری و روستایی	نفر ۱۲۶۳	خوب	۳۵ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و ۶ مرکز بهداشتی درمانی شهری	توصیفی تحلیلی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۵	ع. قربانی	Patient Satisfaction With the Family Physician Program in Sabzevar, Iran	۱۰۱۴
شهری	۱۳۸۲	کم	افراد حداقل ۱۸ سال و سابقه حداقل ۲ سال سکونت در شیراز	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۵	ب. هنرور	Knowledge and practice of people toward their rights in urban family physician program: A population-based study in Shiraz, Southern Iran	۱۰۱۵
شهری و روستایی	زن ۱۹۶۵۱	اشاره نشده	بانوان ۵ تا ۶۹ ساله در روستاها و شهرستان‌های استان کرمان	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۵	م. جعفری	Participation of the women covered by family physicians in breast cancer screening program in Kerman, Iran	۱۰۱۶
شهری و روستایی	کارشناس ماهر و با تجربه ۱۹۵۶	کاربرد ندارد	کارشناسان مجرب از سطوح مختلف وزارت بهداشت	ترکیبی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۵	ن. جهانمهر	A conceptual framework for evaluation of public health and primary care system performance in Iran	۱۰۱۷
روستایی	۱۱۰ پزشک خانواده و ۲۰ مدیر سلامت	اشاره نشده	بزرگان خانواده و مدیران و جمعیت تحت پوشش	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۶	آ. بخشی زاده گشتی	Assessing rural family physicians' performance according to healthcare managers, family physicians, and patients in Golestan province, Iran	۱۰۱۸
شهری	۱۳۸۲ شرکت کننده	متوسط	افراد حداقل ۱۸ سال و سابقه حداقل ۲ سال سکونت در شیراز	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۶	ب. هنرور	Satisfaction and Dissatisfaction Toward Urban Family Physician Program: A Population Based Study in Shiraz, Southern Iran	۱۰۱۹
روستایی	افراد تحت پوشش در مناطق روستایی	کاهش	مستندات	توصیفی تحلیلی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۶	ر. خدیوی	The pattern of costs by the health insurance organization for the people in Urban areas with population under Twenty Thousands and nomads in Isfahan province, Iran, 2009-2013	۱۰۲۰
روستایی	۶۶۸ مادر دارای فرزند دو ماهه	بدون تاثیر	همه مادران دارای فرزند دو ماهه	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۶	س. حاجی زاده	Effects of recruiting midwives into a family physician program on women's awareness and preference for mode of delivery and caesarean section rates in rural areas of Kurdistan	۱۰۲۱
روستایی	۳۰۰ برگه ارجاع	ضعیف	برگه های ارجاع پزشکان عمومی	مقطعی	BRIEF COMMUNICATION	۲۰۱۷	ع. جنتی	Assessing the quality of referral letters written by general practitioners: A cross-sectional study in rural Iran	۱۰۲۲

نوع پزشکی خانواده	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمبره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
شهری	۵۳۰ مدیر و سرپرست	متوسط	مدیران و مجریان برنامه پزشک خانواده شهری	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۷	ع کشاورزی	An Assessment of the Urban Family Physician Program in Iran from the Viewpoint of Managers and Administrators	۱۰۳۴
شهری	۳۷ مصاحبه فردی با مدیران و ۱۱ پجنت گروهی	کاربرد ندارد	گیزندگان و ارائه دهندگان خدمات سلامت در بخش دولتی و خصوصی	کیفی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۷	ف فرزادفر	Views of managers, health care providers, and clients about problems in implementation of urban family physician program in Iran: A qualitative study	۱۰۳۵
شهری و روستایی	۱۵۶۱	بالا	افراد مقیم و ثبت نام شده در برنامه پزشک خانواده	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۷	م. فرازویی	Satisfaction levels with family physician services: A pilot national health programme in the Islamic republic of Iran	۱۰۳۶
شهری و روستایی	۱۰۲۰	اشاره نشده	ساکنین در استان فارس	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۷	م.ا. ایمانیه	Factors affecting public dissatisfaction with urban family physician plan: A general population based study in Fars Province	۱۰۳۷
شهری	۴ مصاحبه	مثبت	مدیران و پزشکان خانواده	کیفی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۷	م. ر. خیدری	The evaluation of urban community health centers in relation to family physician and primary health care in Southern Iran	۱۰۳۸
شهری	۱۴۰	مثبت	پزشکان عمومی متقاضی شرکت در برنامه ی پزشک خانواده در مناطق شهری	کارآزمایی میدانی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۷	ر. خدیوی	The effect of distance education on knowledge and attitude of general practitioners who applied to participate in family physician program in urban areas of Isfahan province, Iran	۱۰۳۹
روستایی	کل بیماران	کاهش	افراد ساکن بالای ۵ سال مناطق روستایی استان اصفهان	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۷	ر. خدیوی	The rate of mental disorders case finding after implementing the family physician program in rural areas of Isfahan province, Iran	۱۰۴۰
روستایی	۶۶۸ مادران دارای فرزند دو ماهه	اثری ندارد	مادران مراجعه کننده به خانه های بهداشت روستا	شبه تجربی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۷	س. حاجی زاده	Effects of recruiting midwives into family physician program on the percentage of low birth weight (LBW) infants in rural areas of Kurdistan	۱۰۴۱
شهری	پزشک خانواده (۱۴۱ نفر) و بیمار (۷۱۰ نفر)	بالا	پزشکان خانواده و بیماران	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۷	و. کوهیما جهرمی	Access to Healthcare in Urban Family Physician Reform from Physicians and Patients' Perspective: a survey-based project in two pilot provinces in Iran	۱۰۴۳
شهری	پزشک خانواده (۱۴۱ نفر) و بیمار (۷۱۰ نفر)	اشاره نشده	پزشکان خانواده و بیماران	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۷	و. کوهیما جهرمی	Continuity of care evaluation: The view of patients and professionals about urban family physician program	۱۰۴۳
شهری	۱۳۵۲ شرکت کننده	ضعیف	افراد مسن تر از ۱۸ سال	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۸	ب. هنرور	Five years after implementation of urban family physician program in fars province of Iran: Are people's knowledge and practice satisfactory?	۱۰۴۴
شهری و روستایی	۵۶۹۳۰	اشاره نشده	سوانح پزشکان بخش دولتی	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۸	ا. احسانی چیمه	Physicians' retention rate and its effective factors in the Islamic Republic of Iran	۱۰۴۵
شهری	نفر ۱۷۶۹	متوسط	خانوارهای فارس و مازندران	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۸	م.ج. کبیر	Level of familiarity and attitude of the covered population regarding the criteria and requirements of Iran's urban family physician program	۱۰۴۶

شماره مقاله	عنوان مقاله	نام نویسنده اول	سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	طراحی مطالعه	مشارکت کنندگان	نمبر عملکرد	تعداد نمونه مورد مطالعه	نوع پزشکی خانواده	شماره مقاله
۱۰۳۷	Evaluation of urban family physician program in Iran using primary care evaluation tool	و. کوهیما جهرمی	۲۰۱۸	اصیل پژوهشی	مقطعی	پزشکان خانواده در مراکز بهداشتی درمانی و بیماران	اشاره نشده	۱۴۱ نفر پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی و ۷۸۰ نفر از بیماران	شهری	۱۰۳۷
۱۰۳۸	بررسی نگرش و عملکرد پزشکان خانواده درباره پیشگیری و درمان بیماری‌های قلبی - عروقی	ع. سهراب نژاد	۲۰۱۳	اصیل پژوهشی	توصیفی تحلیلی	پزشکان و مدیران شاغل در این برنامه	اشاره نشده	۶۷ پزشک	شهری و روستایی	۱۰۳۸
۱۰۳۹	Rural family physician programme on maternal the perspective of managers and physicians, 2016	ا. هوشمند	۲۰۱۹	اصیل پژوهشی	توصیفی	تمام موارد بارداری	اشاره نشده	۷۹ پزشک، ۳۲ مدیر	روستایی	۱۰۳۹
۱۰۴۰	Impact of rural Family Physician programme on maternal and child health indicators in Iran: An interrupted time series analysis	ح. جناری نیرامی	۲۰۱۹	اصیل پژوهشی	سری زمانی مقطعی	تمام موارد بارداری	متوسط	۲۰۰ مورد در سال و در مجموع ۴۰۹۶ مورد خانگی از سال ۱۹۹۴ تا ۲۰۱۳	روستایی	۱۰۴۰
۱۰۴۱	Evaluation of urban and rural family physician program in Iran: A systematic review	ج. خدمتی	۲۰۱۹	مروری	مرور نظام مند	PubMed, Web of Science, Scopus, Embase, Irandoc and SID	اشاره نشده	۱۹ مقاله	شهری و روستایی	۱۰۴۱
۱۰۴۲	Challenges and strengths of implementing urban family physician program in Fars Province, Iran	م. فرید	۲۰۱۹	اصیل پژوهشی	کیفی	سیاستگذاران سلامت، مدیران ارشد و کارکنان بهداشتی	کاربرد ندارد	۴ مصاحبه، سه بحث گروهی متمرکز	شهری	۱۰۴۲
۱۰۴۳	Family physicians' satisfaction with factors affecting the dynamism of the urban family physician program in the fars and Mazandaran Provinces of Iran	م.ج. کبیر	۲۰۱۹	اصیل پژوهشی	مقطعی	پزشکان خانواده	متوسط	۱۴۳ و ۹۶ پزشک خانواده در فارس و مازندران	شهری	۱۰۴۳
۱۰۴۴	Quality of Referral Letters Written by Family Physicians to Otolologists-A Peer Assessment	م. فرامرزی	۲۰۱۹	اصیل پژوهشی	مقطعی	برگه های ارجاع	ضعیف	۱۰۰۰ برگه ارجاع	شهری	۱۰۴۴
۱۰۴۵	The performance of rural family physicians in Fars province, Iran	س. م. کشفی	۲۰۱۹	اصیل پژوهشی	مقطعی	کلیه پزشکان عمومی شاغل در برنامه در مناطق روستایی زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی شیراز	بالا	۲۵ پزشک خانواده در فارس	روستایی	۱۰۴۵
۱۰۴۶	Pay-for-performance challenges in family physician program	ف. غریبی	۲۰۲۰	اصیل پژوهشی	کیفی	مطالعین کلیدی برنامه پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی تبریز	کاربرد ندارد	۳۲ مطلع	شهری و روستایی	۱۰۴۶
۱۰۴۷	Patients' preferences in selecting family physician in primary health centers: A qualitative-quantitative approach	ف. خاتمی	۲۰۲۰	اصیل پژوهشی	ترکیبی	بیماران، پزشکان و مقامات بهداشتی	کاربرد ندارد	با انتخاب ۴۰۰ نفر در بخش کمی، مصاحبه با پزشکان (۴۷ نفر)، HSMIS (۵ نفر) و بیمار (۳۰ نفر)	شهری و روستایی	۱۰۴۷
۱۰۴۸	A compatible model of family medicine residency training in Iran	ف. خاتمی	۲۰۲۰	اصیل پژوهشی	کیفی	متخصصان پزشکی جامعه، متخصصان داخلی و همچنین دانشکده های آموزش پزشکی.	کاربرد ندارد		شهری و روستایی	۱۰۴۸

نوع پزشکی خانواده	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمبره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
شهری	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	ندارد	ندارد	خلاصه سیاسی	۲۰۲۰	م. فرید	A policy brief on improving the finance of family physician program: An experience from urban areas of Iran	۱۰۴۹
شهری	۱۷۶۸ خانوار	اشاره نشده	خانوارهای تحت پوشش برنامه پزشکی خانواده شهری بیمارستان	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۲۰	م.ج. کبیر	Effective factors on the utilization of health population covered by the urban family physician program in Iran	۱۰۵۰
شهری		مثبت	برونده های بستری بیمارستان	مطالعه طولی بر اساس سری های زمانی منقطع	گزارش کوتاه	۲۰۲۱	م. خنده رو	Impact of health system reforms on inpatient cost in Iran: A case study of behshahr imam khomeini hospital using interrupted time series	۱۰۵۱
شهری و روستایی	۵۸۰ پزشک خانواده	اشاره نشده	پزشکان خانواده	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۶	م. عزت آبادی	Using conjoint analysis to elicit GPs' preferences for family physician contracts: A case study in Iran	۱۰۵۲
شهری	۲۴ پزشک خانواده و ۵ مدیر اجرایی	کاربرد ندارد	پزشکان خانواده و مدیران اجرایی	کیفی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۶	ر. اسماعیلی	The experience of risk-adjusted capitation payment for family physicians in Iran: A qualitative study	۱۰۵۳
دگر نشده		کاربرد ندارد		ندارد	نامه به سردبیر	۲۰۱۳	ر. اسماعیلی	The importance of payment systems for family physicians: with emphasis on capitation	۱۰۵۴
کاربرد ندارد	ندارد	کاربرد ندارد	پاب مد و گوگل اسکولار و پایگاه الکترونیکی انجمن های معتبر گاستروانترولوژی در آمریکا، اروپا و آسیا	مروری	مروری	۲۰۱۴	ر. ملک زاده	Dyspepsia Guideline	۱۰۵۵
روستایی	۱۳۱ پزشک خانواده	ضعیف	پزشکان خانواده	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۴	س. تریان	Rural Insurance: family physician's satisfaction	۱۰۵۶
روستایی	۱۸۹۸ سالمند	اشاره نشده	سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۳	زینب لطف آبادی	پزشک خانواده و غیرالگری سالمندان	۱۰۵۷
روستایی	دوره بررسی یک دوره ۳ساله	متوسط	داده های روئین برنامه پزشک خانواده	توصیفی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۴	و. بزدی فیض آبادی	ارزیابی عملکرد برنامه پزشک خانواده روستایی: مطالعه موردی دانشگاه علوم پزشکی کرمان	۱۰۵۸
شهری و روستایی	۳۲۶ نفر	ضعیف	دانشجویان سال سوم و چهارم مامایی مقطع کارشناسی، دانشجویان سال سوم و چهارم پزشکی، ماماها و پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی دولتی	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۴	ا. ابراهیمی	مقایسه نگرش ماماها و پزشکان در زمینه تناسب دانش آموخته شده با شرح وظایف مامایی در برنامه پزشک خانواده	۱۰۵۹
شهری و روستایی	۹۵۲۱ نسخه	اشاره نشده	نسخ دارویی	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۳	ب. احمدی	بررسی الگوی تجویز دارو توسط پزشکان خانواده و سرانه دارو در شهرستان اهواز	۱۰۶۰



شماره مقاله	عنوان مقاله	نام نویسنده اول	سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	طراحی مطالعه	مشارکت کنندگان	نمبره عملکرد	تعداد نمونه مورد مطالعه	نوع پزشکی خانواده
۱۰۶۱	مقایسه شاخص های مدیریت خدمات بهداشتی روستایی قبل و بعد از اجرای پزشک خانواده در مرزبهداشتی درمانی روستایی استان بزد در سال ۹۲	م. اعلایی اردکانی	۲۰۱۴	اصیل پژوهشی	توصیفی	پزشکان خانواده، ماماها و واحدهای پاراکلینیکی مرکز روستایی	ضعیف	کلینیک مرکز بهداشتی درمانی روستایی تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی بزد، ۳۸ مرکز بهداشتی درمانی روستایی در ۱۰ شهرستان استان بزد	روستایی
۱۰۶۲	در کشور ایران (SWOT) ارزیابی اجرای طرح پزشک خانواده بر اساس مدل	ص. اسدی	۲۰۱۴	مروری	مروری	منابع فارسی (SID, Google) و انگلیسی (Pub Med, Science Direct) و مجلات معتبر داخلی	کاربرد ندارد	ندارد	شهری و روستایی
۱۰۶۳	بررسی نظام پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان طرف قرارداد کمیته امداد امام خمینی (ره)	ا. مسعودی اصل	۲۰۰۴	اصیل پژوهشی	مقطعی	پزشکان عمومی تحت قرارداد پزشک خانواده	اشاره نشده	۶۰	کمیته امداد
۱۰۶۴	ارزیابی جلب مشارکت مردم و همکاری های بین بخشی در برنامه پزشک خانواده در روستاهای ایران	ف. اعتمادی	۲۰۱۵	اصیل پژوهشی	ترکیبی	مدیران استانی، کارشناسان رده میانی، بهروزان، پزشکان خانواده، متخصص همکار پزشک خانواده و گیرندگان خدمت	اشاره نشده	۱۶ راجت گروهی و ۲۰ مصاحبه	روستایی
۱۰۶۵	ارزیابی میزان انطباق برنامه پزشک خانواده ایران با ابعاد سیاست گذاری از دیدگاه متخصصان نظام سلامت	م. نریمانی	۲۰۱۴	اصیل پژوهشی	توصیفی مقطعی	متخصصین درگیر برنامه پزشک خانواده در شهر تبریز	اشاره نشده	۴۸ متخصص	شهری و روستایی
۱۰۶۶	بازتاب عملکرد پزشک خانواده در آیینة مشتریان کیلانی	ا. افکار	۲۰۱۳	اصیل پژوهشی	توصیفی مقطعی	پزشکان خانواده، ماماها، بهروزان، کارشناسان و کاردندان گیرندگان خدمت	اشاره نشده	۸۶ نفر از گیرندگان خدمت و ۳۳۶ نفر تیم درمان	روستایی
۱۰۶۷	نیازهای آموزشی پزشکان عمومی داوطلب در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع	ا. اطهر	۲۰۱۳	اصیل پژوهشی	توصیفی مقطعی	کلینیک پزشکان عمومی داوطلب در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع	اشاره نشده	۵۰۷ نفر	شهری و روستایی
۱۰۶۸	دیدگاه مدیران و کارشناسان استان های شمالی ایران در خصوص سطح عملکرد پزشکان خانواده	ح. اشرفیان امیری	۲۰۱۵	اصیل پژوهشی	توصیفی مقطعی	مدیران مسئولین و کارشناسان ستادی شبکه	متوسط	۵۵۷ نفر	شهری و روستایی
۱۰۶۹	رضایت بیماران بیمه روستایی از خدمات سطح اول و دوم نظام شبکه در استان های شمالی ایران	ح. اشرفیان امیری	۲۰۱۴	اصیل پژوهشی	توصیفی مقطعی	بیماران	بالا	۹۵۵ بیمار	شهری و روستایی
۱۰۷۰	رضایت مندی اعضای نهادهای محلی استان های شمالی ایران از مراکز مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی	ح. اشرفیان امیری	۲۰۱۵	اصیل پژوهشی	توصیفی مقطعی	اعضای شورای حل اختلاف، شورای اسلامی، شورای بهداشتی، دهیار، مدیر و معلم بومی در دسترس	راضی	۶۰۱ عضو نهادهای محلی	شهری و روستایی
۱۰۷۱	بررسی رضایت مندی اعضای تیم سلامت از سطح عملکردی پزشکان خانواده روستایی، در استانهای شمالی ایران	ح. اشرفیان امیری	۲۰۱۵	اصیل پژوهشی	توصیفی مقطعی	اعضای گروه سلامت	متوسطا به بالا	۵۶۱ نفر	شهری و روستایی

شماره مقاله	عنوان مقاله	نام نویسنده اول	سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	طراحی مطالعه	مشارکت کنندگان	نمره عملکرد	تعداد نمونه مورد مطالعه	نوع پزشکی خانواده
۱۰۷۳	بررسی نگرش پزشکان خانواده استان گیلان در مورد سایت آموزش مداوم الکترونیکی ویژه پزشکان خانواده	ز. محسن امیری	۲۰۱۲	اصیل پژوهشی	مقطعی	پزشکان خانواده	مثبت	۱۲۴ پزشک	شهری و روستایی
۱۰۷۳	پزشک خانواده، رضایتمندی متقابل پزشکان و اعضای گروه سلامت	م. امیری	۲۰۱۲	اصیل پژوهشی	مقطعی	پزشکان خانواده و اعضای تیم سلامت	رضایت نسبی	۲۵ پزشکان خانواده و	شهری و روستایی
۱۰۷۴	(MPH) ارزشیابی دوره آموزش مجازی مدیریت عالی بهداشت عمومی پزشک خانواده	م. امینی	۲۰۱۳	اصیل پژوهشی	ترکیبی	پزشکان شرکت کننده و ویدیو بهمن ۱۸۸ طرح پزشک خانواده	اشاره نشده	۲۵ پزشک	شهری و روستایی
۱۰۷۵	تعیین کیفیت خدمات تیم پزشک خانواده از دیدگاه گیرندگان خدمت در شهرستان عجب شیر؛ ۱۳۸۸	ر. علی بابایی	۲۰۱۴	اصیل پژوهشی	توصیفی مقطعی	گیرندگان خدمت	متوسط	۴۰ نفر	شهری و روستایی
۱۰۷۶	عملکرد کارکنان در موفقیت های استخدامی مختلف: شواهدی از شبکه بهداشت شهرستان رشت	س. باقرسیمی	۲۰۱۲	اصیل پژوهشی	مقطعی	کارکنان مرکز بهداشت	بالتر از میانگین	۳۹۰ نفر	دکتر نشده
۱۰۷۷	بررسی میزان رضایتمندی مراجعه کنندگان به پزشکان خانواده از نحوه برقراری مهارت های ارتباطی پزشکان در مراکز بهداشتی درمانی روستایی دانشگاه علوم پزشکی مازندران	ر. علی باقری	۲۰۱۴	اصیل پژوهشی	توصیفی مقطعی	مراجعه کنندگان به پزشکان خانواده	نازایی	۳۱۵ نفر	روستایی
۱۰۷۸	بررسی شاخص های زیج حیاتی مراکز بهداشتی درمانی روستایی شیراز قبل و بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده طی سال های ۱۳۸۰-۹۱: یک گزارش کوتاه	م. ق. جهرمی	۲۰۱۵	گزارش کوتاه	مقطعی		اشاره نشده	داده های سال ۱۳۸۰ تا سال ۱۳۹۱ از مراکز بهداشتی و القجر و انقلاب	روستایی
۱۰۷۹	بررسی تأثیر طرح پزشک خانواده بر روی شاخص های بهداشتی کودکان در شهرستان تبریز- ایران	ف. بخشیان	۲۰۱۱	اصیل پژوهشی	توصیفی- تحلیلی و مقطعی	نوزادان متولد شده در سال های ۸۲ تا ۸۶ در روستاهای دارای خانه ی بهداشت شهرستان تبریز	مثبت	۷۵۱ نمونه	روستایی
۱۰۸۰	مقایسه کمیت و کیفیت مراقبت های بهداشتی دوران بارداری قبل و بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی شهرستان تبریز- ایران	ف. بخشیان	۲۰۱۲	اصیل پژوهشی	توصیفی- تحلیلی و مقطعی	زنان باردار تحت مراقبت خانه های بهداشت تبریز	مثبت	۷۵۱ زن باردار	روستایی
۱۰۸۱	(تأثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص های سلامت (مقاله کوتاه	ا. براتی	۲۰۱۲	مقاله کوتاه	توصیفی مقطعی	شاخص های منتخب	مثبت	۱۱ شاخص	روستایی
۱۰۸۲	ارزیابی نقاط قوت و نقاط ضعف طرح پزشک خانواده	ع. جنتی	۲۰۱۰	اصیل پژوهشی	توصیفی مقطعی	جمعیت تحت پوشش، پزشکان خانواده، مدیران و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی	اشاره نشده	مدیر، ۳۳ نفر پزشک، ۲۳ نفر ماما و ۴۷ نفر و ۳۷۵ گیرنده خدمت	شهری و روستایی
۱۰۸۳	بررسی عوامل موثر بر ارتقاء اجرای برنامه پزشک خانواده از دیدگاه اعضای تیم سلامت	ا. بیاتی	۲۰۱۴	اصیل پژوهشی	کیفی	پزشکان، ماماها و بهوزران	کاربرد ندارد	سه گروه ۱۵ نفره پزشکان، ۱۵ نفره ماما و ۱۵ نفره بهوزران	شهری و روستایی
۱۰۸۴	عوامل موثر بر پیوستاری برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان شاغل در برنامه: یک مطالعه کیفی	ا. بیاتی	۲۰۱۵	اصیل پژوهشی	کیفی	پزشکان شاغل در طرح خانواده	کاربرد ندارد	۱۵ پزشکان	شهری و روستایی

شماره مقاله	عنوان مقاله	نام نویسنده اول	سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	طراحی مطالعه	مشارکت کنندگان	نمره عملکرد	تعداد نمونه مورد مطالعه	نوع پزشکی خانواده
۱۰۸۵	تبیین تجارب اعضا تیم سلامت از منافع عمومی برنامه پزشکی خانواده در شهرستان اراک در سال ۱۳۹۱	ا. بیاتی	۲۰۱۴	اصیل پژوهشی	کیفی	پزشکان، ماماها و بهوزران	کاربرد ندارد	سه گروه ۱۵ نفره پزشکان، ۱۵ نفره ماما و ۱۵ نفره بهوزران	شهری و روستایی
۱۰۸۶	تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده بر عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی در مدیریت بهداشتی آب آشامیدنی و مراکز تهیه و توزیع مواد خورده، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی	ح. جباری بیرامی	۲۰۱۱	اصیل پژوهشی	توصیفی مقطعی	پرورنده های بهداشت محیط	مثبت	تمامی پرورنده های مربوط به آب در سال های مطالعه به عنوان نمونه مطالعه و در بخش نظارت و کنترل بر اسکان عمومی و مراکز تهیه و توزیع مواد خورده، آشامیدنی و بهداشتی حدود سی درصد پرورنده ها	شهری
۱۰۸۷	ارزایی طرح پزشک خانواده بر اساس شاخص های سلامت خانواده	ح. جباری بیرامی	۲۰۱۳	اصیل پژوهشی	توصیفی مقطعی	جمعیت حدود ۳۶۰۰۰ نفری شهرهای اسکو، خسر و شهر و گولان	مثبت	پرورنده ۲۰۰۰ عروج تحت پوشش	شهری
۱۰۸۸	عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال های ۱۳۸۵-۹۰	ا. نصیری پور	۲۰۱۴	اصیل پژوهشی	توصیفی مقطعی	پزشکان خانواده	نامطلوب	۱۰۰ پزشک	شهری و روستایی
۱۰۸۹	بررسی رضایت بیماران از خدمات پزشکان خانواده مراکز بهداشتی درمانی روستای شهرستان سبزوار با ابزار EUROPEP-1391	ح. ابراهیمی پور	۲۰۱۵	اصیل پژوهشی	توصیفی مقطعی	مردم تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی روستایی سبزوار	خوب	۲۶۶ نفر	روستایی
۱۰۹۰	نگاهی بر عملکرد پزشک خانواده روستایی در ایران	ع. جباری	۲۰۱۳	مروری	مروری نقلی	سایت های Google، Magiran، SID، Scholar، Frandoc و	اشاره نشده	۳۹ مقاله	روستایی
۱۰۹۱	ارزایی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۷	س. ن. پورشیروانی	۲۰۱۰	اصیل پژوهشی	توصیفی تحلیلی و مقطعی	بیماران مراجعه کننده به سطح ۲	ضعیف	۲۲۵ بیمار	شهری و روستایی
۱۰۹۲	رضایتمندی خدمت گیرندگان از طرح پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی	س. ن. پورشیروانی	۲۰۱۲	اصیل پژوهشی	توصیفی تحلیلی و مقطعی	خدمت گیرندگان	مطلوب	۳۴۸ گیرنده خدمت	شهری و روستایی
۱۰۹۳	کیفیت مراقبت و کنترل قندخون در بیماران دیابتی نوع دو مناطق روستایی تحت پوشش پزشک خانواده	ع. دل پیشه	۲۰۱۵	اصیل پژوهشی	توصیفی تحلیلی	بیمار مبتلا به دیابت نوع دو دارای پرورنده در خانه های بهداشت	اشاره نشده	۴۰۰ بیمار	روستایی
۱۰۹۴	میزان رضایتمندی پزشکان خانواده از «برنامه پزشک خانواده» در استان همدان	س. تاربان	۲۰۱۳	اصیل پژوهشی	ترکیبی	پزشکان خانواده	ضعیف	۱۳۱ پزشک خانواده	شهری و روستایی
۱۰۹۵	ارتباط آگاهی با دلایل انتخاب برنامه پزشک خانواده از سوی روستاییان شهرستان شهرکرد در سال ۱۳۸۸	ا. توسلی	۲۰۱۲	اصیل پژوهشی	تحلیلی	افراد تحت پوشش پزشک خانواده	خیلی ضعیف	۱۱۰ نفر	روستایی

نوع پزشکی خانواده	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
روستایی	۱۰۰ نفر	متوسط	افراد تحت پوشش پزشکی خانواده	توصیفی تحلیلی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۰	ا. توسلی	بررسی ارتباط آگاهی و نگرش روستاییان با منابع کسب اطلاعات در زمینه برنامه پزشکی خانواده در شهرستان شهرکرد سال ۱۳۸۸	۱۰۹۶
شهری	کلیه مستندات موجود	اشاره نشده	مستندات	توصیفی مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۱	ر. جباری	بررسی روند تحقق اصول مشارکت‌های مردمی و همکاری‌های بین بخشی در سطح اول آرایه خدمات قبل و بعد از اجرای طرح پزشکی خانواده	۱۰۹۷
ذکر نشده		کاربرد ندارد	ایران-کانادا-انگلینس-آلمان-ژاپن	مرور تطبیقی	تطبیقی	۲۰۱۲	م. جوانبخت	مقایسه نظام پزشکی خانواده در ایران و سایر کشورها و بررسی مشکلات برنامه پزشکی خانواده	۱۰۹۸
شهری و روستایی	۷۹ نفر	پایین	بزرگان خانواده	مقطعی	اصیل پژوهشی	۲۰۱۰	ح. جولایی	ارزیابی مهارت‌های بالینی بزرگان خانواده استان فارس با استفاده از آزمون بالینی مبتنی بر مشاهده (OSCE)	۱۰۹۹
روستایی	۸۰۰ بیمار ارجاعی	نامطلوب	بیماران ارجاعی	کمی	مقطعی	۱۳۸۹	چمن	طرح ملی پزشکی خانواده و کیفیت نظام ارجاع	۱۱۰۰
شهری و روستایی	کلیه مراکز بهداشتی-درمانی ۱۹ مرکز	کمتر از حد انتظار	۱۹ مرکز با پرسشنامه ۱۶۴ سؤالی	کمی	مقطعی-سرشماری	۱۳۸۹	چمن	اجرای طرح ملی پزشکی خانواده در شهرستان شاهرود: وضعیت مراکز مجری و بررسی کیفیت اجرا	۱۱۰۱
شهری و روستایی	۳۶	وجود مشکلاتی در منطقه و کمبودهای مراکز	بزرگان خانواده استان	کمی	توصیفی-تخلیلی-مقطعی	۱۳۸۷	حافظی	بررسی نحوه عملکرد بزرگان خانواده در استان بزد	۱۱۰۲
روستایی	۵۶۳۱۳۰	بدینال استفاده از پزشکی خانواده کاهش قابل توجهی در شاخص‌های اصلی نظیر مرگ کودکان رخ داد	جمعیت روستایی	کمی	ترند آنالیز	۱۳۹۱-۱۳۸۱ (۱۳۹۰)	خدیبوی	مقایسه شاخص‌های اصلی سلامت در مناطق روستایی استان اصفهان قبل و بعد از اجرای برنامه پزشکی خانواده	۱۱۰۳
روستایی	۴۰۰	رضایتمندی بالای مردم	مردم روستایی ساکن در مناطق ۱ و ۲ بهداشت روستایی اصفهان	کمی	توصیفی-تخلیلی	۱۳۹۰	خدیبوی	میزان رضایت مردم مناطق روستایی شهرستان اصفهان از اجرای برنامه پزشکی خانواده	۱۱۰۴
روستایی	تمامی افراد حاضر در ۱۷ مرکز بهداشت (۳۰۹ مبتلا به فشارخون و ۱۶۸۴ مبتلا به دیابت شیرین)	بهبود عملکرد در بیمارستانی بیماراران مزمن	بیماران دیابتی موجود بر اساس سرشماری و پرونده‌های آنان	کمی	مقطعی توصیفی-تخلیلی-سرشماری	۱۳۹۰	خدیبوی	عملکرد بزرگان خانواده شاغل در مناطق روستایی شهرستان اصفهان در بیماریابی دیابت شیرین و فشارخون طی ۵ سال گذشته	۱۱۰۵
روستایی	۲۰۷۰۵ نسخه دارویی	افزایش سرانه نسخ دارویی و کاهش مبلغ دارویی	جمعیت مناطق روستایی شهرستان اصفهان	کمی	مقطعی توصیفی-تخلیلی	۱۳۹۱	خدیبوی	میانگین مصرف داروهای قبل و بعد از اجرای برنامه پزشکی خانواده در مراکز بهداشت-درمانی روستایی شهرستان اصفهان	۱۱۰۶
روستایی	۴۰۰ نمونه	رضایتمندی روستاییان و عدم رضایت مدیران	مدیران و مراجعه کنندگان روستایی بردیسبر	کمی	مقطعی	۱۳۹۲	خسروی	بررسی میزان رضایت روستاییان بردیسبر از عملکرد بزرگان خانواده درسال ۱۳۹۲: یک گزارش کوتاه	۱۱۰۷

شماره مقاله	عنوان مقاله	نام نویسنده اول	سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	طراحی مطالعه	مشارکت کنندگان	نمره عملکرد	تعداد نمونه مورد مطالعه	نوع پزشکی خانواده
۱۱۰۸	بررسی میدانی جاذبه ها و دافعه های طرح پزشکی خانواده از دیدگاه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و پزشکان خانواده شاغل در شبکه های بهداشتی شهر تبریز دانشجویان سال آخر	خلفی	۱۳۹۱	مقطعی	کمی	پزشکان خانواده و دانشجویان سال آخر پزشکی	شناسایی دافعه ها و جاذبه ها به تفکیک نوع پزشکی و دانشجویان	۱۲۷	شهری و روستایی
۱۱۰۹	آیا برنامه پزشکی خانواده در ایران توانسته رضایت اعضای گروه سلامت را تأمین کند: مطالعه‌ای از دانشگاه علوم پزشکی مشهد	خوبان	۱۳۹۱	توصیفی-تحلیلی مقطعی	کمی	پزشکان و ماماها	پایین بودن رضایت اعضای تیم	۱۰۶	شهری و روستایی
۱۱۱۰	ارزیابی واکتاری ارائه خدمات دارویی به بخش خصوصی در مراکز مجری برنامه پزشکی خانواده استان خراسان رضوی: رویکردی برسیست گذاری مبتنی بر شواهد	خوبان	نکرده (کسسال قبل و بعد از واکتاری)	توصیفی-تحلیلی مقطعی	کمی	مدیران، معاونین بهداشتی، مسئولان امور دارویی، کارشناسان برنامه پزشکی خانواده و مسئولین مرکز بهداشت	افزایش کارایی و اثربخشی	۳۵ داروخانه	شهری
۱۱۱۱	عوامل مرتبط با ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار در استان کهگیلویه و بویراحمد سال ۱۳۸۸	موسوی رجا	۱۳۸۸	توصیفی-تحلیلی مقطعی	کمی	کلید پزشکان خانواده	فراهم آوردن امکانات معیشتی منجر به ماندگاری بیشتر پزشکان خواهد شد	کلید پزشکان خانواده (۳۳ نفر)	شهری و روستایی
۱۱۱۲	تأثیر طرح پزشکی خانواده بر شاخص های بهداشتی مادر و کودک جمعیت روستایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد	رئیس	۱۳۸۶-۱۳۸۰	مطالعه نیمه تجربی (قبل-بعد)	کمی	جمعیت روستایی	بهبود در شاخص های بهداشت مادر و کودک	۱۹۹ پرسشنامه پر شده	روستایی
۱۱۱۳	عوامل مؤثر بر رضایتمندی دارندگان دفترچه بیمه روستایی از برنامه پزشکی خانواده در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۱۳۹۰	رئیس	۱۳۹۰	مقطعی	کمی	مراجعه	رضایتمندی بیشتر برای مراجعه	۱۵ تیم مراقبت سلامت	شهری و روستایی
۱۱۱۴	ارزیابی طرح پزشکی خانواده شهری در مراکز نابالغ تحت پوشش دانشگاه چندی شاپور اهواز	رئیسین	۱۳۹۰	مقطعی	کمی	تیم های مراقبت سلامت	کمبودهای در پرونده های پیشودافزایش جاذبه برای نیروهای انسانی می تواند به عنوان جاذبه مطرح باشد	۲۲ نفر	شهری
۱۱۱۵	چالش های سطح دوم ارجاع در برنامه پزشکی خانواده: پژوهش کیفی	گل عزیزه	۱۳۹۰	کیفی	کیفی	صاحب نظران شاغل سناد	چالش های کیفی (چهار موضوع اصلی با ۳۲ زیر موضوع)	۱۴۵	مکر نشده
۱۱۱۶	فرسودگی شغلی و شاخص های تأثیرگذار محیط کار بر آن در بین پزشک های خانواده خراسان رضوی	مهدی زاده	۱۳۹۱	مقطعی	کمی	پزشکان خانواده دانشگاه	فرسودگی شغلی در دو بعد متوسط و در بعد هیجانی بالا	۱۴۵	شهری و روستایی
۱۱۱۷	بررسی آگاهی، نگرش و رضای تمندی روستاییان شهر اصفهان نسبت به برنامه پزشکی خانواده	نجیمی	۱۳۸۸	مقطعی	کمی	افراد تحت پوشش	متوسط	تقر ۱۲۰۰	روستایی
۱۱۱۸	بررسی اثر طرح پزشکی خانواده بر بهبود فرآیند درمان استان لرستان	سپهوند	۱۳۸۲	توصیفی	کمی	پزشکان خانواده	نتایج مثبت	۱۰۰ پزشک	کمیته امداد
۱۱۱۹	منبت و منفی های برنامه پزشکی خانواده شهری	سعادت	۱۳۹۱	مروزی بر تاریخچه پزشکی خانواده	کیفی	مطالعات	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد

شماره مقاله	عنوان مقاله	نام نویسنده اول	سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	طراحی مطالعه	مشارکت کنندگان	نمره عملکرد	تعداد نمونه مورد مطالعه	نوع پزشکی خانواده
۱۱۲۰	رضایتمندی پزشکان خانواده از عوامل موثر بر پویایی برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران	میکائیلی	۱۳۹۱	مقطعی	کمی	پزشکان خانواده	رضایتمندی متوسط	۱۳۹ مرکز با ۱۸۸ پزشک	شهری و روستایی
۱۱۲۱	چالش‌های اجرای سیاست پزشکی خانواده و بیمه مطالعه کیفی	مهر الحسینی	۱۳۸۹	پخش گروهی ساختارمند و مرور اسنادی	کیفی	مجریان و سیاست‌گذاران	ضرورت بیشتر برای رفع موانع	۱۰ نفر از مجریان و سیاست‌گذاران	روستایی
۱۱۲۲	برنامه پزشکی خانواده روستا و نقش آن در مسائل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی جامعه	جرجران شوشتری	۱۳۹۱	تحلیل محتوا	کیفی	مردم، پزشکان خانواده، افراد کلیدی وزارت و غیر وزارت بهداشت	ارتباط پزشکی خانواده با مسائل اقتصادی و اجتماعی	۱۱۶ نفر	شهری و روستایی
۱۱۲۳	رضایتمندی پزشکان خدمت از مراکز بهداشتی درمانی محلی طرح پزشکی خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران ۱۳۸۷	نظیف پور شیروانی	۱۳۸۷	توصیفی-مقطعی-تحلیلی	کمی	گیرندگان خدمت	عمدتاً مطلوب	۵۷ گیرنده خدمت از ۱۰۷ مرکز	شهری و روستایی
۱۱۲۴	تامین منابع، تجهیزات و الزامات اجرای طرح پزشکی خانواده و بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران: از تئوری تا عمل	نظیف پور شیروانی	۱۳۹۱	توصیفی-مقطعی	کمی	مراکز روستایی، شهری زیر ۲۰۰۰۰ و شهری و روستایی	کمبود امکانات در برخی مراکز	۳۹ مرکز	شهری و روستایی
۱۱۲۵	بررسی وضعیت نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران: ۱۳۹۱	نظیف پور شیروانی	۱۳۹۱	مقطعی	کمی	بیماران ارجاعی به سطح دو	نامطلوب	۱۳۹ مرکز با ۹۶۳ بیمار ارجاعی	شهری و روستایی
۱۱۲۶	ارزایی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشکی خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران ۱۳۸۷	نظیف پور شیروانی	۱۳۸۷	مقطعی	کمی	مراجعه‌کنندگان مرکزی که به سطح ۲ ارجاع داده شده‌اند	رعایت نشدن نظام ارجاع به سطح بالاتر	۶۷۵ بیمار ارجاعی	شهری و روستایی
۱۱۲۷	جنب مشارکت نهادهای محلی در مراکز مجری طرح پزشکی خانواده و بیمه روستایی استان‌های شمالی ایران	نظیف پور شیروانی	۱۳۹۱	مقطعی	کمی	مراکز بهداشتی	مراکز نسبت به جذب مراجعان اقدام نمی‌کنند	۱۳۹ مرکز	شهری و روستایی
۱۱۲۸	بررسی نیازهای آموزشی پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان اصفهان در پنج حیطه سلامت	شیری	۱۳۸۸	توصیفی-پیمایشی	کمی	پزشکان خانواده روستایی استان	اولویت‌های متفاوت در حیطه‌های مختلف و بالاترین نیاز در حیطه سلامت روان دیده شد	۱۸۳ پزشک عمومی (خانواده)	روستایی
۱۱۲۹	بررسی عوامل موثر بر ترک خدمت پزشکان خانواده در مناطق روستایی استان‌های با ضریب محرومیت کمتر از ۱/۴ (بخوردار) کشور	عاطفی	۱۳۸۹	توصیفی-تحلیلی-مقطعی	کیفی	مراکز مجری برنامه پزشکی خانواده و پزشکان	روند افزایشی ریزش پزشکان	اشاره نشده	روستایی
۱۱۳۰	بررسی ترجیحات و مؤلفه‌های اثرگذار بر تصمیم پزشکان عمومی شاغل در مراکز دولتی دانشگاه علوم پزشکی تهران، جهت ورود به طرح پزشکی خانواده	عبادی	۱۳۹۲	پیمایشی-توصیفی	کمی	پزشکان	نیاز به جاذبه‌های بالا برای رفتن پزشکان به نقاط دورافتاده	اشاره نشده	شهری
۱۱۳۱	تعیین نیازهای آموزشی پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان سیستان و بلوچستان در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷	ریگی	۱۳۹۸-۱۳۹۷	کمی-توصیفی	کمی	مسئولین اجرا و پزشکان خانواده روستایی	آموزش‌های مداوم تاثیر گذار بوده است	۱۳۳ نفر	روستایی
۱۱۳۳	بررسی نگرش پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران نسبت به اشتغال خود: با رویکرد کیفی	عرب	۱۳۹۰	کیفی	کیفی	پزشکان خانواده	عوامل اقتصادی، فرهنگی، محیطی و شرایط کاری در ترغیب پزشکان نقش دارد	۳۳	شهری

نوع پژوهش	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
روستایی	۱۰۰۰	متوسط رو به پایین	مراجعه کنندگان روستایی	کمی	توصیفی-تحلیلی	۱۳۹۰	عزیزی	بررسی میزان رضایتمندی روستاییان شهرستان داراب از ابعاد مختلف عملکرد پزشک خانواده	۱۱۳۳
شهری و روستایی	۲۹۳	میزان رضایتمندی پایین	پزشک و ماما	کمی	مقطعی-توصیفی	۱۳۸۸	عسگری	رضایتمندی پزشکان و ماماهاى شرکت کننده در طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی از اجرای طرح در استان اصفهان ۱۳۸۸	۱۱۳۴
شهری و روستایی	۴۶ خانه بهداشت	تفاوتی دیده نشد	خانه های بهداشت	کمی	پایش شاخص های کنترل نظارت های گروهی	۱۳۸۹	عشرتی	بررسی نابرابری در شاخص های ارائه بسته خدمتی برنامه مراقبت کودکان از سوی پزشکان خانواده، بر اساس فاصله خانه بهداشت تا مرکز شهرستان ها و استان مرکزی	۱۱۳۵
شهری و روستایی	جمعیت تحت پوشش استان	ابزار قیفی بهتر از دو ابزار دیگر بود و در ۵ شهرستان سطح ارجاع بیش از استاندارد بود	ارجاعات انجام گرفته از جمعیت تحت پوشش	کمی	مقطعی	۱۳۹۰	عشرتی	ارزایی وضعیت ارجاع سطح ۱ به ۲ برنامه پزشک خانواده با استفاده از نمودار قیفی در استان مرکزی در سال ۱۳۹۰	۱۱۳۶
روستایی	۴۸۰ نفر	رضایتمندی بالا	مراجعه کنندگان روستایی	کمی	توصیفی-تحلیلی-مقطعی	۱۳۹۷	علی نژاد	بررسی میزان رضایتمندی مناطق روستایی شهرستان رفسنجان از اجرای طرح پزشک خانواده در سال ۱۳۹۷: گزارش کوتاه	۱۱۳۷
روستایی	۱۶۵۱۶۵	توفیقات نسبی	زنان همسر دار ۱۵-۴۹ ساله واجد شرایط برنامه تنظیم خانواده	کمی	مقطعی	۱۳۸۶-۱۳۸۲	علیپور	زیروساخت های استقرار سیاست پزشک خانواده شهری در ایران: تحلیل کیفی مستندات	۱۱۳۸
روستایی	۱۱۰۰ پرسشنامه	آگاهی پایین و رضایتمندی بالا	مراجعه کنندگان روستایی	کمی	توصیفی-تحلیلی	۱۳۸۹	علیدوستی	میزان رضایتمندی روستاییان شهرستان شهرکرد نسبت به برنامه پزشک خانواده و ارتباط آن با آگاهی آنان	۱۱۳۹
روستایی	۱۱۰۰	نگرش متوسط و آگاهی نامناسب	مراجعه کنندگان روستایی	کمی	توصیفی-تحلیلی	۱۳۸۸	علیدوستی	آگاهی و نگرش روستاییان شهرستان شهرکرد نسبت به برنامه ی پزشک خانواده	۱۱۴۰
شهری و روستایی	نیازی به نمونه گیری ندیده اند	تاثیر مثبت بار مراجعات بر سلامت	مراجعه کنندگان	کمی	مقطعی	۱۳۸۸-۱۳۸۳	گل عزیزاده	تاثیر برنامه پزشک خانواده بر بار مراجعات در مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران	۱۱۴۱
روستایی	۶۴ زوج حیاتی ۱۰۸ روستا	نقش مثبت پزشک خانواده در زوج حیاتی	جمعیت روستایی	کمی	مقطعی-توصیفی-تحلیلی	۱۳۸۷-۱۳۸۲	مضوریان	بررسی تاثیر اجرای طرح پزشک خانواده بر روند شاخص های سلامت زوج حیاتی جمعیت روستایی استان قزوین طی سال های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷	۱۱۴۲
کاربرد ندارد	۸ کشور	نمیتوان اظهار نظر نمود	مقایسه با سایر کشورها	کیفی	تطبیقی و دلفی	۱۳۸۷	فردوسی	طراحی الگوی مدیریت نظام ارجاع برای درمان مستقیم در سازمان تأمین اجتماعی	۱۱۴۳
شهری و روستایی	۳۷۹۷ نفر پزشک عمومی	کمبود در پزشک خانواده	آمار جمعیتی پزشکان	کمی	برآورد عرضه از مدل موجود و روند آینده	۱۳۸۸	فردزی	تعداد پزشک عمومی در کشور و امکان اجرای طرح پزشک خانواده از بعد نیروی انسانی	۱۱۴۴
شهری و روستایی	۱۱۹۹	رضایتمندی بالا	مراجعه کنندگان	کمی	توصیفی-مقطعی	۱۳۹۰	قربانی	بررسی میزان رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده، در جمعیت بیمه شده تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار ۱۳۹۰	۱۱۴۵
شهری و روستایی	۴۳	فاقد رضایتمندی مطلوب	ماما	کمی	مقطعی	۱۳۸۷	قربانی	رضایت شفلی ماماها در برنامه پزشک خانواده شهرستان رشت	۱۱۴۶

نوع پژوهش خانواده	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
شهری و روستایی	۹۲ نفر اعم از اساتید پزشکان و کارورزان	متوسط	استادان بالینی کارورزان و پزشکان خانواده	کمی	توصیفی-مقطعی	۱۳۸۷	مناقب	آگاهی و نگرش استادان بالینی، پزشکان خانواده و کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جهوم در مورد اعلام خبر بد	۱۱۴۷
روستایی	۸۰	فاصله بین تئوری و عمل بسیار زیاد بوده	پزشکان خانواده	کمی	توصیفی-تحلیلی مقطعی	۱۳۹۰	کریمی	بررسی نیازهای آموزشی پزشکان خانواده استان یزد	۱۱۴۸
شهری	۸۹	تعامل متوسط	پزشکان عمومی دارای مطب خصوصی	کمی	مقطعی-تحلیلی	۱۳۹۱	گل	بررسی تعامل پزشکان بخش خصوصی نسبت به مشارکت در برنامه پزشکی خانواده با استفاده از مدل انتشار نوری، قم سال ۱۳۹۱	۱۱۴۹
شهری و روستایی	۲۰ مرکز مجری و ۲۰ مرکز غیرمجری با ۶۰ همایما	رضایت بیشتر در مراکز مجری	پزشک و ماما	کمی	علی-مقایسه ای (پس روپادای)	۱۳۸۸	صمدی لرگانی	مقایسه رضایتمندی مجریان و مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی مجری و غیر مجری برنامه پزشکی خانواده استان مازندران	۱۱۵۰
شهری و روستایی	۱۰۸۱	ضعیف	بیمه شدگان روستایی	کمی	توصیفی-تحلیلی مقطعی	۱۳۸۷	مطلق	آشنایی بیمه شدگان بیمه روستایی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره مندی از دفترچه بیمه روستایی در طرح پزشک خانواده در دانشگاههای علوم پزشکی استان های شمالی ایران: ۱۳۸۷	۱۱۵۱
کاربرد ندارد	۶۷ مقاله	اهمیت توجه به ساختار اجرایی	مقالات وارد شده	کیفی	مرور نظام مند و فراتحلیل	۲۰۱۹-۲۰۰۰	محمودی عالمی	ساختار اجرایی طرح پزشک خانواده با هدف دستیابی به ابعاد کیفیت خدمات در حوزه مراقبت های اولیه سلامت: مطالعه فراتحلیل	۱۱۵۲
شهری و روستایی	۷۸ مصاحبه با افراد	فرصت مغتنم برای تلفیق پزشک خانواده و نظام ارجاع فراهم گردید	ذی النفعان مختلف کشور، مدیران استانی پزشکان مدبران و نمایندگان محلی	کیفی	مصاحبه بیمه ساختار یافته	۱۳۸۶-۱۳۸۵	مشیری	مصلحت اندیشی و تقارن در شکل گیری برنامه پزشک خانواده و بیمه همگانی سلامت روستائیان ایران	۱۱۵۳
شهری و روستایی	۹۵۹ نفر شامل دندانپزشک و بهورز	پایین	کارشناسان و کاردندان شاغل در مرکز بهداشت بهورزان و داندان پزشکان	کمی	مقطعی	۱۳۸۷	مطلق	رضایت اعضای تیم سلامت از کارکرد پزشکان خانواده در دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی ایران	۱۱۵۴
شهری و روستایی	۱۰۸ مرکز با ۱۶۶ پزشک	پزشکان خانواده از اعضای تیم راضی ولی از بقیه ناراضی	پزشکان خانواده	کمی	توصیفی-تحلیلی مقطعی	۱۳۸۷	مطلق	رضایت پزشکان خانواده از عوامل موثر بر پیوستاری طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در دانشگاه علوم پزشکی	۱۱۵۵
شهری و روستایی	۷۲۸ سند	لزوم فراهم نمودن زیرساخت برای استقرار برنامه	مستندات ارائه شده در پایگاه های داده ای داخلی	کیفی	تحلیل محتوای مستندات	۱۳۹۱-۱۳۹۰	دشمنگیر	زیرساخت های استقرار سیاست پزشک خانواده شهری در ایران: تحلیل کیفی مستندات	۲۰۰۱



نوع پژوهش	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمبره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
خانواده <td>۵۸۹ پرسشنامه</td> <td>موفقه های ویزیت، رفتار پژوهش، نحوه وقت گذاری پژوهش در معاینات، و دسترسی تلفنی آثار معنای داری در تمایل شهروندان برای ورود به طرح پژوهش خانواده دارد، به طوری که افزایش تمایل افراد برای ورود به ای طرح می شود.</td> <td>مردم عمومی شهر تهران</td> <td>کمی</td> <td>مدل اقتصادسنجی</td> <td>۱۳۹۳</td> <td>سیحانیان</td> <td>شناسایی و ارزش گذاری عوامل موثر بر تصمیم گیری شهروندان تهرانی برای ورود به طرح پژوهش خانواده؛ با استفاده از آزمایش انتخاب گسسته</td> <td>۲۰۰۲</td>	۵۸۹ پرسشنامه	موفقه های ویزیت، رفتار پژوهش، نحوه وقت گذاری پژوهش در معاینات، و دسترسی تلفنی آثار معنای داری در تمایل شهروندان برای ورود به طرح پژوهش خانواده دارد، به طوری که افزایش تمایل افراد برای ورود به ای طرح می شود.	مردم عمومی شهر تهران	کمی	مدل اقتصادسنجی	۱۳۹۳	سیحانیان	شناسایی و ارزش گذاری عوامل موثر بر تصمیم گیری شهروندان تهرانی برای ورود به طرح پژوهش خانواده؛ با استفاده از آزمایش انتخاب گسسته	۲۰۰۲
شهری و روستایی	۲۸۵ نفر	متوسط	پرسنل شاغل	کمی	توصیفی-تحلیلی مقطعی	۱۳۸۹	سعیدی	بررسی ارتباط سندروم فرسودگی شغلی با میزان حمایت اجتماعی و عزت نفس در کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان مشهد پس از استقرار برنامه پژوهش خانواده	۲۰۰۳
روستایی	۲۶		پژشکان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی تهران	کیفی	توصیفی-تحلیلی مقطعی	۱۳۹۱	صدیقی	علل کناره گیری پژوهشگران از طرح پژوهش خانواده روستایی در سال ۱۳۹۱	۲۰۰۴
شهری و روستایی	۱۰۵ نفر	متوسط	کلیه پژوهشگران خانواده و ماماها شاغل در مراکز بهداشت	کمی	توصیفی-تحلیلی مقطعی	۱۳۹۴	عسکری	بررسی وضعیت اجرای برنامه پژوهش خانواده و انطباق آن با ابعاد سیاست گذاری شده از دیدگاه ارائه دهندگان خدمت در استان یزد	۲۰۰۵
شهری و روستایی	۱۵۶ نفر	لرزم توجه به تعبیر نظام پرداخت تیم پژوهش خانواده	پژشکان خانواده	کمی	مقطعی-تحلیلی	۱۳۹۱	موسی فرخانی	علل پایین بودن ماندگاری پژوهشگران خانواده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد	۲۰۰۶
شهری و روستایی	۶۰۱ نفر	ناکافی	اعضای شورای حل اختلاف، شورای اسلامی، شورای بهداشتی، دهیار، مدیر و معلم بومی	کمی	توصیفی-مقطعی	۱۳۹۱	کیبر	میزان آشنایی نهادهای محلی استان های شمالی ایران از ضوابط طرح پژوهش خانواده و بیمه روستایی استان های شمالی ایران	۲۰۰۷
شهری و روستایی	۱۸۹ پژوهش خانواده و ۵۸۶۹ فرد	در حد انتظار نبود	پژشکان خانواده	کمی	مقطعی	۱۳۹۱	کیبر	پرونده سلامت و ثبت خدمات ارائه شده در مراکز مجری طرح پژوهش خانواده و بیمه روستایی استان های شمالی ایران	۲۰۰۸
شهری و روستایی	۲۳ مقاله برای تعیین شاخص و متخصصین حاضر در پنل تعدادشان مشخص نبود	سرانه روش مناسبی است		کیفی-کمی	مرور نظام مند و تکنیک دلنی (پنل خبرگان)	۲۰۱۳-۱۹۸۰	مجاهد	تأثیر نظام های پرداخت بر شاخص های عملکردی برنامه پژوهش خانواده با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی	۲۰۰۹
روستایی	۵۰ پرسشنامه	شناسایی مشکلات پژوهشگران خانواده می تواند به سیاست گزاران در جهت مداخله مناسب برای ماندگاری معیاد باشد	پژشکان خانواده	کمی	توصیفی-تحلیلی (نظرسنجی)	۱۳۹۳	مردانی	بررسی مشکلات پژوهشگران خانواده شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی استان خراسان رضوی؛ یک مقاله مقدماتی	۲۰۱۰

شماره مقاله	عنوان مقاله	نام نویسنده اول	سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	طراحی مطالعه	مشارکت کنندگان	نمره عملکرد	تعداد نمونه مورد مطالعه	نوع پزشکی خانواده
۲۰۱۱	رضایتمندی ماماهاى شاغل در نظام ارجاع و پزشک خانواده در سطح کشور	مفتون	۱۳۸۸	مقطعی	کمی کیفی	ماما	بالابودن رضایت در اکثر ایام	۱۷۷۲ نفر	شهری و روستایی
۲۰۱۲	فرآیند، ابزار و نتایج پایش فصلی عملکرد پزشکان خانواده در شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های استان‌های شمالی ایران	اشرفیان امیری	۱۳۹۱	مقطعی	کمی کیفی	شبکه های بهداشت و درمان	خانواده در همه شهرستان‌ها استان های شمالی ایران کامل نبوده و نیازمند به بازنگری و بهبود میباشد.	۴۷ شبکه بهداشت و درمان	شهری و روستایی
۲۰۱۳	ارزیابی وضعیت تجویز دارو بر مبنای شاخص های سازمان جهانی بهداشت در برنامه پزشک خانواده در استان خراسان رضوی، ایران	اقتخاری گل	۱۳۹۳	توصیفی-تحلیلی	کمی	مراجعه روستایی و شهرهای زیر ۱۰۰۰ نفر	میانگین بالاتر اقلام تجویزی و لازم است که با آموزش مناسب کمتر شوند	۱۴۱۸۹ نسخه	شهری و روستایی
۲۰۱۴	بررسی زمان ویزیت در طرح پزشک خانواده از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات	مفتون	۱۳۸۸	مقطعی	کمی	پزشکان و ماماها	منطقی بودن مدت زمان اما کافی نبودن برای تمامی افراد	۶۶۱۷ نفر	شهری و روستایی
۲۰۱۵	بررسی کیفیت زندگی شفلی پزشکان خانواده در استان کرمان-۱۳۸۹	نکویی مقدم	۱۳۸۹	توصیفی-تحلیلی مقطعی	کمی	پزشکان خانواده	کیفیت زندگی پزشکان خانواده مناسب نیست	۱۱۴	شهری و روستایی
۲۰۱۶	بررسی کیفیت زندگی شفلی پزشکان خانواده در استان کرمان-۱۳۸۹	نکویی مقدم	همان مطالعه بالایی	همان مطالعه بالایی	همان مطالعه بالایی	همان مطالعه بالایی	همان مطالعه بالایی	همان مطالعه بالایی	شهری و روستایی
۲۰۱۷	رضایتمندی مراجعین از برنامه پزشک خانواده در شهرستان کرمان در سال ۱۳۸۹	برهانی نژاد	۱۳۸۹	مقطعی	کمی	مراجعه کنندگان روستایی	نسبتا مطلوب	۳۷۰	روستایی
۲۰۱۸	تخصص پزشکی خانواده، نیاز جامعه امروز ایران	نعمتی	۱۳۹۲	مطالعه توصیفی	کیفی	فاقد مشارکت کننده	صرفا گزارش نموده	فاقد	ذکر نشده
۲۰۱۹	درک، آگاهی و انتظارات مردم و پزشکان از اجرای طرح پزشک خانواده: مطالعه موردی شهر شیراز	ترابی ارکانی	۱۳۹۲	کیفی-مقطعی	کیفی	پزشکان و مردم شیراز	پایین بودن آگاهی مردم	۳۰ نفر	شهری
۲۰۲۰	دستاوردها و چالش‌های ترویج و توسعه بهره مندی از طب سنتی در برنامه پزشک خانواده‌ای ایران	اشرفیان امیری	۱۳۹۵	مقطعی-سرشماری	کمی	مدبران و مجریان برنامه پزشک خانواده	امیدوار به استفاده از طب سنتی در پزشک خانواده	۳۴۷ نفر	شهری
۲۰۲۱	تأثیر بیوتیته بر شاخص های عملکرد پزشکان خانواده روستایی مراکز بهداشتی- درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی جیروت و کرمان	شهریابی	۱۳۹۲	مقطعی	کمی	پزشکان بیوتیته و فاقد بیوتیته	بعضی استراتژیها از قبیل افزایش تعداد مراکز بهداشتی درمانی دارای بیوتیته، تأمین وسیله نقلیه، فضاهای فیزیکی مطلوب و تجهیزات مورد نیاز برای بهبود شاخصها لازم هستند	۱۰۲ پزشک	روستایی

شماره مقاله	عنوان مقاله	نام نویسنده اول	سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	طراحی مطالعه	مشارکت کنندگان	نمره عملکرد	تعداد نمونه مورد مطالعه	نوع پزشکی خانواده
۲۰۲۲	تحلیل شکاف کیفیت خدمات پزشکان خانواده شهرستان شاهرود بر اساس مدل سروکوال در سال ۹۴	باوفا	۱۳۹۴	توصیفی-تحلیلی-مقطعی	کمی	مراجعه به مراکز	شکاف کیفیتی مثبت که نشان دهنده رضایت مراجعین از پرسنل میباشد	۴۶۹ پرسنل	شهری و روستایی
۲۰۲۳	بررسی روند تغییرات تقاضا برای خدمات پاراکلینیک در برنامه پزشک خانواده استان فارس، ۱۳۹۰-۱۳۹۰	براتی	۱۳۹۱	توصیفی-تحلیلی-مقطعی	کمی	جمعیت عمومی شهرستان های شیراز و استان	کاهش بار مراجعه عیال خصوصی در بخش خصوصی و افزایش هزینه نسخه ها	اشاره نشده	شهری
۲۰۲۴	بازنگری برنامه ادغام سلامت روان در مراقبت های بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده	بوالهروی	۱۳۹۴	مروری و کیفی	کیفی	مروری بر اسناد بالادستی	در ارائه خدمات، علاوه بر افزایش پوشش، خدمات باید بیشتر جامعه نگر شوند	اشاره نشده	شهری و روستایی
۲۰۲۵	تبیین تجارب ماماهاى عضو تیم سلامت در مورد برنامه پزشک خانواده	بیانی	۱۳۹۳	پدیده شناسی (آلتیز محتوا)	کیفی	ماماهاى تیم پزشک خانواده	لزوم توجه بیشتر به زمینه های مختلف برنامه پزشک خانواده	۱۵ ماما	شهری و روستایی
۲۰۲۶	میزان آگاهی گیرندگان خدمت از قوانین برنامه پزشک خانواده شهری فسا در سال ۱۳۹۳	جعفرزاده	۱۳۹۳	مقطعی	کمی	بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی فسا	متوسط	۴۱ بیمار	شهری
۲۰۲۷	روند هزینه های انجام شده توسط سازمان بیمه سلامت برای افراد تحت پوشش در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر استان اصفهان در سال های ۱۳۸۸-۹۳	خدیبوی	۱۳۹۳	توصیفی-تحلیلی	کمی	افراد تحت پوشش	روند کاهشى در بار مراجعه و روند بستری	بیش از ۹۰۰۰۰ نفر	شهری و روستایی
۲۰۲۸	ارزایی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان های فارس و مازندران: پیشینه، دستاوردها، چالش ها و راه حل ها	دماری	۱۳۹۲	مرور اطلاعات و مصاحبه متقو نیمه ساختاریافته	کیفی	خبرگان پزشک خانواده	افزایش دستاوردهایی در زمینه های افزایش دسترسی به خدمات تامین منابع مالی اطلاعاتی و انسانی	نفر ۴۰	شهری
۲۰۲۹	تجربه پزشکان خانواده روستایی درباره ارجاع بیماران و راه های بهبود آن (ریک مطالعه کیفی)	روحانی	۱۳۹۱	تحلیل محتوا	کیفی	پزشکان خانواده	مشکلات نظام ارجاع مرتبط با دو وزارت بهداشت و رفاه	نفر ۲۶	شهری و روستایی
۲۰۳۰	میزان رضایت گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه مرور ساختاریافته و متاآنالیز	موسی زاده	۱۳۹۴-۱۳۸۴	مرور ساختاریافته و متاآنالیز	کمی	گیرندگان و پرسنل	متوسط	۱۸ مطالعه	شهری و روستایی
۲۰۳۱	مطالعه چالش های اجرای پزشک خانواده در نظام سلامت ایران	شیبانی	۱۳۹۳	کیفی	کیفی	سیاست گذاران، مجریان ارشد صاحب نظران مطرح و کلیدی در زمینه پزشک خانواده	چالش های پزشک خانواده با نظریه تضاد بیشتر توجه می شود	۲۶ مصاحبه	شهری و روستایی

نوع پژوهش خانواده	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
شهری و روستایی	۲۳ مصاحبه نیمه باز	زمینه های اقتصادی-اجتماعی، سیاسی و فرهنگی مهیا نبوده است	سیاست‌گذاران، مجریان و صاحبان کلیدی، سازمان بیمه‌گرمیون بهداشت مجلس، سازمان نظام پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی	کیفی	کیفی	*	شیانی	جایگاه و موانع اجرایی طرح پزشکی خانواده در نظام سلامت ایران	۲۰۳۳
دکتر نشده	تمامی مطالعات وارد شده (دکتر نشده)	افزایش کارایی و رضایتمندی	پایگاه های داده ای	کیفی	مروری	دکتر نشده	عمادزاده	رابطه پزشک و بیمار در پزشکی خانواده: یک بررسی مروری	۲۰۳۳
روستایی	۴۶۲ بیمار دیابت نوع نو	ناموفق	بیماران دیابتی نوع دو	کمی	هم گروهی گذشته نگر	۱۳۹۵	فلاح	ارزیابی موفقیت طرح پزشک خانواده در کنترل بیماری دیابت	۲۰۳۴
روستایی	۱۷ مرکز بهداشتی روستایی گرگان	در حد انتظار نبود	مراجعین سرپایی	کمی	توصیفی- تحلیلی (اقتصادسنجی)	۱۳۹۱-۱۳۹۰	کاظمیان	ارزیابی هدف دسترسی به مراقبت های سرپایی در برنامه پزشک خانواده روستایی با معیارهای تداوم مراقبت‌ها و دسترسی بموقع به مراقبت‌ها در شهرستان گرگان	۲۰۳۵
روستایی	۱۷ مرکز بهداشتی روستایی گرگان	دسترسی به مراقبت‌ها افزایش	داده های ثبتی در مراکز بهداشت	کمی	توصیفی- تحلیلی (مدل اقتصادسنجی)	۱۳۹۱-۱۳۹۰	کاظمیان	ارزیابی دسترسی به مراقبت‌ها در برنامه پزشک خانواده با رویکرد جامعیت مراقبت‌ها	۲۰۳۶
روستایی	۱۷ روستای شهرستان های گرگان	کاهش قابل توجه در هزینه های غیر ضروری	۱۷ مرکز بهداشت روستایی	کمی	توصیفی- تحلیلی (مدل اقتصادسنجی)	۱۳۹۱-۱۳۹۰	کاظمیان	ارزیابی کاهش هزینه‌های غیر ضروری در برنامه پزشک خانواده با رویکرد (جامعیت مراقبت‌ها کاهش هزینه‌ها در برنامه پزشک خانواده)	۲۰۳۷
روستایی	۵۲	بیشترین نمره در حیطه نتایج و کمترین مربوط به مشارکت جامعه	پزشکان خانواده روستایی	کمی	مقطعی	۱۳۹۲	کشفی	بررسی نحوه عملکرد پزشکان خانواده روستایی استان فارس در راستای اجرای طرح پزشک خانواده ۱۳۹۲	۲۰۳۸
روستایی	۲۱۲۶	در دومین عملکرد ضعیف ولی در سایر ابعاد خوب	بیمار پزشک خانواده و مدیران	کمی	مقطعی	۱۳۹۲	بابازاده گشتی	بررسی عملکرد پزشکان خانواده روستایی استان گلستان از دیدگاه مدیران، پزشکان خانواده و بیماران	۲۰۳۹
شهری و روستایی	۳۵۵۲ پزشک و ماما	شرح وظایف مشخص	ارائه دهندگان خدمات (پزشکان و ماماها)	کمی	مقطعی	۱۳۸۸	مفتون	وضعیت اجرای طرح "نظام ارجاع و پزشک خانواده" از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات	۲۰۴۰
روستایی	۱۸۳	نیازهای آموزشی بیشتر در حوزه روان	پزشکان خانواده (عمومی) روستایی	کیفی	توصیفی-پیمایشی	۱۳۸۸	شیری	بررسی نیازهای آموزشی پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان اصفهان در پنج حیطه سلامت	۲۰۴۱
شهری و روستایی	دکتر نشده	کاربرد ندارد.	پزشکان عمومی بخش مراقبت‌های اولیه (PHC) و پزشکان خانواده روستایی و شهری)	کمی	پژوهشی اصیل	۹۲-۸۹	هنرمند	سنجش نابرابری توزیع پزشک عمومی در بخش مراقبت های بهداشتی اولیه در استان بوشهر در سال های ۱۳۸۹-۱۳۹۰	۲۰۴۲
شهری و روستایی	۳۷۳	کاربرد ندارد.	پزشکان خانواده	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۵	باباحمدی	بررسی سطح آگاهی پزشکان خانواده شهری شاغل در استان مازندران در H1N1 مورد بیماری آنفلوآنزای	۲۰۴۳

شماره مقاله	عنوان مقاله	نام نویسنده اول	سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	طراحی مطالعه	مشارکت کنندگان	نمره عملکرد	تعداد نمونه مورد مطالعه	نوع پزشکی خانواده
۲۰۴۴	تأثیر سیاست‌گذاری و ساختار بیمه در نظام سلامت بر نظام ارجاع پزشکی خانواده شهری ایران	توکلی	۱۳۹۶	پژوهشی اصیل	کمی	صاحبان پزشکان خانواده (شامل کارکنان و مدیران و پزشکان خانواده‌هایی که در حوزه پزشکی خانواده روستایی و شهری فعالیت میکردند)	کاربرد ندارد.	۴۰۰	شهری و روستایی
۲۰۴۵	میزان بیماری‌زایی اختلالات روانی-عصبی در مناطق روستایی استان اصفهان بعد از اجرای برنامه‌ی پزشکی خانواده	خدیبوی	۹۳-۱۷	ثابته (داده‌های گذشته نگر)	کمی	بیماران مشمول برنامه بهداشت و روان	کاربرد ندارد.	۶۳۳۸۰	روستایی
۲۰۴۶	بررسی تأثیر برنامه آموزش راه دور دانش و نگرش پزشکان عمومی متقاضی خدمت در برنامه‌ی پزشکی خانواده در مناطق شهری استان اصفهان	خدیبوی	۱۳۹۲	پژوهشی اصیل (کارآزمایی میدانی مورد-شاهدی)	کمی	پزشکان عمومی	کاربرد ندارد.	۱۴۰	شهری
۲۰۴۷	بررسی مولفه‌های اثرگذار بر تصمیم‌گیری پزشکان عمومی برای ورود به طرح پزشکی خانواده؛ مطالعه موردی: شهر تهران	سیحانیان	۱۳۹۵	پژوهشی اصیل	کمی	پزشکان عمومی	کاربرد ندارد.	۴۴۰	شهری و روستایی
۲۰۴۸	تحلیلی بر رضایتمندی بیماران از اجرای طرح پزشکی خانواده شهری در استان مازندران	طهماسبی	۱۳۹۴	پژوهشی اصیل	کمی	بیماران	کاربرد ندارد.	۱۵۰۰	شهری
۲۰۴۹	بررسی دیدگاه پزشکان عمومی در مورد سیاست‌های مندرج در دستورالعمل برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری؛ استان خوزستان ۱۳۹۴	ظهیری	۱۳۹۴	پژوهشی اصیل	کمی	پزشکان عمومی	کاربرد ندارد.	۱۹۶	شهری
۲۰۵۰	دهندگان خدمات سلامت در زمینه مشکلات دیدگاه مدیران، گیرندگان و ارائه‌دهندگان برنامه پزشکی خانواده شهری در ایران؛ یک مطالعه کیفی	فرزادفر	۱۳۹۳	پژوهشی اصیل	کیفی	گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت	کاربرد ندارد.	۲۰۴	شهری
۲۰۵۱	ارزیابی نظام ارجاع در برنامه پزشکی خانواده روستایی با معیار جامعیت مراقبت‌ها	کانطیان	۱۳۹۰-۱۳۹۱	پژوهشی اصیل	کمی	بیماران	کاربرد ندارد.	ذکر نشده	شهری
۲۰۵۲	ارزیابی برنامه پزشکی خانواده شهری ایران از دیدگاه مدیران و مجریان	گشاووزی	۱۳۹۵	پژوهشی اصیل	کمی	مدیران و مجریان برنامه	۲/۸۳ (از نمره ۵)	۵۳۰	شهری
۲۰۵۳	میزان رضایتمندی از برنامه پزشکی خانواده در جمعیت شهری شهرستان فسا؛ ۱۳۹۴-۱۳۹۳	میاشری	۱۳۹۳	پژوهشی اصیل	کمی	بیمار	میانگین نمره رضایتمندی افراد ۷۴/۵ (بومیانی ۱۰۰-حاکم نمره ۱۰۰)	۴۱۱	شهری
۲۰۵۴	خودارزیابی اینترن‌ها و پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی چمران در زمینه حداقل توانمندی‌های پزشکی عمومی	مناقب	۱۳۹۶	پژوهشی اصیل	کمی	پزشکان خانواده و اینترن‌ها	توانمندی پزشکان خانواده پنج در حیطه پژوهش که متوسط بود در سایر حیطه‌ها قوی شدند...	۴۴	شهری
۲۰۵۵	بررسی تأثیر سیاست‌های کلی سلامت در اجرای طرح پزشکی خانواده بر هزینه‌های درمانی بیماران تحت پوشش بیمه	خیاط بهمان	۱۳۹۷	پژوهشی اصیل	کمی	بیماران	کاربرد ندارد.	۳۳۷	شهری
۲۰۵۶	بررسی روند شاخص‌های زیج حیاتی استان خراسان شمالی طی سال‌های پس از اجرای طرح پزشکی خانواده روستایی	محدث حکاک	۱۳۹۵	پژوهشی اصیل	کمی	ساکنان مناطق روستایی	کاربرد ندارد.	ذکر نشده	روستایی

نوع پزشکی خانواده	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
شهری	۷۴	کاربرد ندارد.	تیم های سلامت	کمی	مطالعه ثانویه	۱۳۹۵-۱۳۹۴	عظیمیان	ارزایی عملکرد تیم‌های سلامت خانواده صنعت نفت اصفهان: رویکردی ازبانی Malinquist تلفیقی از تحلیل پوششی داده‌ها و شاخص بهره‌وری	۲۰۵۷
شهری	۱۵۱	کاربرد ندارد.	پزشکان خانواده	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	فیزی	سواد اطلاعاتی پزشکان خانواده شهری استان مازندران	۲۰۵۸
شهری	۳۲۸	میانگین رضایت کلی مراقبین سلامت از ۵ نمره در استان فارس (۵/۱۳) و در استان مازندران (۳/۷۵) بود.	مراقبین سلامت	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۵	کیبر	رضایتمندی مراقبان سلامت شاغل در برنامه پزشک خانواده شهری ایران	۲۰۵۹
شهری	۴۶۴	کاربرد ندارد.	پزشکان خانواده و مراقبین سلامت	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۵	کیبر	نیازهای آموزشی پزشکان خانواده و مراقبان سلامت شاغل در برنامه پزشک خانواده شهری ایران	۲۰۶۰
شهری	۱۱۶۹	کاربرد ندارد.	جمعیت تحت پوشش برنامه	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۵	کیبر	سطح آشنایی و نگرش جمعیت تحت پوشش از ضوابط و الزامات برنامه پزشک خانواده شهری ایران	۲۰۶۱
شهری	۴۶۴	میزان رضایت کل ۲/۹۴ از نمره ۵ بود.	پزشکان خانواده شهری و مراقبین سلامت	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۵	کیبر	رضایتمندی پزشکان خانواده شهری و مراقبان سلامت استان های فارس و مازندران از سامانه یکپارچه بهداشت (سیب)	۲۰۶۲
شهری	۲۳۳	کاربرد ندارد.	مراکز و پایگاه‌های مجری برنامه	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۵	کیبر	تأمین منابع فیزیکی و الزامات اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران: از تئوری تا عمل	۲۰۶۳
روستایی	۸۹	کاربرد ندارد.	پزشکان خانواده روستایی	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	رجاییان	بررسی فرسودگی شغلی در پزشکان خانواده روستایی شاغل در مراکز بهداشت شهرستان مشهد - ۱۳۹۳	۲۰۶۴
شهری و روستایی	۱۵۱	کاربرد ندارد.	مدیران و پزشکان خانواده	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۵	محمدیان	بررسی چالش‌های طرح پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و پزشکان در استان خراسان شمالی. ۱۳۹۵	۲۰۶۵
شهری	۳۰	کاربرد ندارد.	۲۰ نفر از کارشناسان خبره، پزشکان خانواده، مدیران اجرایی و کارشناسان شاغل در بخش بیمه و ۱۰ نفر از دریافت‌کنندگان خدمات	کیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۵	صفی زاده جم مختاری	تحلیلی بر نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری. با رویکرد از منظر دینفمان: یک مطالعه کیفی SWOT	۲۰۶۶
شهری و روستایی	۶	کاربرد ندارد.	خبرگان برنامه پزشک خانواده	کیفی و مروری	ثانویه (تحلیل سیاست)	۱۳۹۷	مهترپور	تحلیل سیاست‌گذاری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در ایران با استفاده از چارچوب منتک تحلیل سیاست	۲۰۶۷
روستایی	۱۰	کاربرد ندارد.	مجریان سیاست دانشگاه علوم پزشکی، بیمه و پزشکان خانواده استان	کیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۸۹	مهراالحسنی	چالش‌های اجرائی سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان کرمان: یک مطالعه کیفی	۲۰۶۸
شهری و روستایی	۱۵۰	کاربرد ندارد.	ارائه دهندگان مراکز سلامت	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۵	رفیعی	The Preferences of General Practitioners Regarding Family Physician Contract in the Underprivileged Areas of Iran in Using Conjoint Analysis	۲۰۶۹

شماره مقاله	عنوان مقاله	نام نویسنده اول	سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	طراحی مطالعه	مشارکت کنندگان	نمره عملکرد	تعداد نمونه مورد مطالعه	نوع پزشکی خانواده
۲۰۷۰	وضعیت تجویز دارو در مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی مجری برنامه پزشکی خانواده در شهرستان هشترو در سال ۱۳۹۶	بابایی	۱۳۹۶	مطالعه ثانویه مبتنی بر داده های ثبت شده	کمی	همه نسخ تجویز شده توسط پزشکان خانواده	کاربرد ندارد.	۷۲۸۰۶	شهری و روستایی
۲۰۷۱	تحلیل شکاف بین کیفیت درک شده و مورد انتظار از خدمات ارائه شده توسط پزشکان خانواده شهری	جعفری پویان	۱۳۹۷	پژوهشی اصیل	کمی	بیماران	کاربرد ندارد.	۳۰۰	شهری
۲۰۷۳	بررسی رابطه تأمین منابع مالی، زیرساخت‌های فیزیکی، قانونی و نیروی انسانی در اجرای برنامه بیمه درمانی روستائیان و عشایر سازمان بیمه سلامت کشور	رضایی	۱۳۹۶	پژوهشی اصیل	دلفی	پزشکان شاغل در طرح روستایی، بازرسان و ناظران اجرای طرح بیمه سلامت و کارشناسان و مدیران	کاربرد ندارد.	۲۱	روستایی
۲۰۷۳	بررسی آثار متقابل بین مولفه‌های اثرگذار بر تصمیم پزشکان برای مشارکت در طرح پزشکی خانواده و ویژگی‌های دموگرافیک آنها با استفاده از آزمون انتخاب گسسته	رنجبر	۱۳۹۶	پژوهشی اصیل	کمی	پزشکان عمومی	کاربرد ندارد.	۱۳۷	شهری و روستایی
۲۰۷۴	مقایسه فراوانی علائم فرسودگی شغلی در پزشکان عمومی شاغل در طرح پزشکی خانواده با سایر پزشکان عمومی در استان مازندران در سال ۱۳۹۷	رهنما	۱۳۹۷	پژوهشی اصیل	کمی	پزشکان خانواده روستایی و شهری و پزشکان شاغل در غیر برنامه پزشکی خانواده	کاربرد ندارد.	۶۰۶	شهری و روستایی
۲۰۷۵	ترجمه، بومی سازی و بررسی روانی و پایداری ابزار ارزیابی نظام ارجاع مبتنی بر پزشکی خانواده در ایران	روحانی	۱۳۹۸	پژوهشی اصیل	کمی	افراد خیره در زمینه نظام ارجاع	کاربرد ندارد.	۲۰	شهری و روستایی
۲۰۷۶	The Preferences of General Practitioners Regarding Family Physician Contract in the Underprivileged Areas of Iran in Using Conjoint Analysis	رفیعی	۱۳۹۵	پژوهشی اصیل	کمی	ارائه دهندگان مراکز سلامت	کاربرد ندارد.	۱۵۰	شهری و روستایی
۲۰۷۷	تأثیر طرح تحول سلامت بر رضایت پزشکان خانواده استان خراسان جنوبی	شعرباقچی زاده	۱۳۹۷	پژوهشی اصیل	کمی	پزشکان خانواده	رضایت پزشکان خانواده (از ۵ نمره)	۱۲۶	شهری و روستایی
۲۰۷۸	آیا باید همه خدمات قابل ارائه در برنامه پزشکی خانواده شهری رایگان باشد؟ دیدگاه مدیران و مجریان	کیبر	۱۳۹۵	پژوهشی اصیل	کمی	مدیران و کارشناسان پایش گر برنامه پزشکی خانواده شهری و نمایندگان پزشکان خانواده	کاربرد ندارد.	۶۳۵	شهری
۲۰۷۹	دستاوردها و چالش‌های اجرای برنامه پزشکی خانواده شهری در ایران: دیدگاه مدیران و مجریان	کیبر	۱۳۹۵	پژوهشی اصیل	کمی	مدیران و کارشناسان پایش گر برنامه پزشکی خانواده شهری و نمایندگان پزشکان خانواده و مراقبین سلامت	کاربرد ندارد.	۶۴۷	شهری
۲۰۸۰	بررسی شاخص‌های مرتبط با کیفیت مراقبت بیماران دیابتی تحت پوشش برنامه پزشکی خانواده روستایی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۶	حسینی	۱۳۹۶	پژوهشی اصیل	کمی	بیماران دیابتی	کاربرد ندارد.	۲۵۷	روستایی
۲۰۸۱	چالش‌ها و موانع برنامه پزشکی خانواده روستایی از دیدگاه ذی‌نفعان در استان کردستان: مطالعه کیفی	محمدی بلبلان آباد	۱۳۹۶	پژوهشی اصیل	کیفی	ذینفعان برنامه پزشکی خانواده	کاربرد ندارد.	۲۵	روستایی
۲۰۸۲	چالش‌های نظام پزشکی خانواده روستایی شمال شرق ایران از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در طرح	هوشمند	۱۳۹۷	پژوهشی اصیل	کمی و کیفی	مدیران و پزشکان خانواده	کاربرد ندارد.	۲۰	روستایی

نوع پزشکی خانواده	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمبره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
روستایی	۷/۸	کاربرد ندارد.	مراجعه مرکز جامع خدمات روستایی	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۵-۱۳۹۲	وفایی نجار	تحلیل شکاف کیفیت خدمات پزشکی خانواده در مناطق روستایی استان خراسان رضوی، قبل و بعد از طرح تحول نظام سلامت	۲۰۸۳
شهری و روستایی	۵۶	کاربرد ندارد.	اساتید، دستیاران، مدیران ارشد و میمائی نظام سلامت	کیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۸	نعمتی انگر	پیمانه‌های مورد انتظار از به‌کارگیری دانش آموختگان پزشکی خانواده در سیستم سلامت ایران: از دیدگاه ذینفعان؛ یک مطالعه کیفی	۲۰۸۴
روستایی	۲۷۶	کاربرد ندارد.	پزشکان خانواده و بهوزران	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۹	احمدی	مقایسه تطبیقی عوامل مؤثر بر رضایت‌مندی پزشکان و بهوزران از سامانه‌ی سبب	۲۰۸۵
شهری	۱۵	کاربرد ندارد.	مدیران و کارکنان مراکز جامع خدمات سلامت	کیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۹	امیر اسماعیلی	چالش‌های مراکز جامع خدمات سلامت شهری	۲۰۸۶
روستایی	۶۳	کاربرد ندارد.	پزشکان خانواده	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۶-۱۳۹۲	جمالی زاده	بررسی عوامل فردی، سازمانی و محیطی بر ماندگاری پزشکان خانواده در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان	۲۰۸۷
شهری و روستایی	۳۸۳	میزان رضایت متوسط به بالا بود.	خانوار تحت پوشش برنامه پزشکی خانواده	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۹	شفیعی	بررسی میزان رضایت‌مندی مردم مناطق شهری و روستایی از اجرای طرح پزشکی خانواده در شهرستان لارستان	۲۰۸۸
روستایی	۲۶	کاربرد ندارد.	افراد کلیدی برنامه پزشکی خانواده	کیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۹	شیرجنگ	چالش‌ها و راهکارهای اجرای پزشکی خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه کیفی	۲۰۸۹
شهری و روستایی	ذکر نشده	میانگین امتیاز حیطه ساختاری $(27/4 \pm 3/8)$ و فرآیندی $(33/4 \pm 4/1)$ و نتایج $(31/4 \pm 3/9)$ معنی‌داری بالاتر از برنامه پزشکی خانواده شهری بود (از نمره ۵).	کارشناسان بهداشتی و کارشناسان بیمه	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۶	عابدی	ارزیابی اجرای برنامه پزشکی خانواده در مناطق شهری و روستایی استان مازندران با رویکرد فرآیندی	۲۰۹۰
کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد.	کاربرد ندارد.	نامه به سردبیر	نامه به سردبیر	۱۳۹۹	قربانی نیا	همه‌گیری کووید-۱۹ و پزشکی خانواده در ایران	۲۰۹۱
کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد.	کاربرد ندارد.	کاربرد ندارد.	کاربرد ندارد.	کاربرد ندارد.	کاربرد ندارد.	Forced Expiratory Flow (FEF25-75%) as a Clinical Endpoint in Children and Adolescents with Symptomatic Asthma Receiving Tiotropium: A Post Hoc Analysis	۲۰۹۲
شهری	۱۱۶۸ خانوار	کاربرد ندارد.	خانوار تحت پوشش برنامه پزشکی خانواده	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۵	کیمر	عوامل مؤثر بر میزان بهره‌مندی جمعیت تحت پوشش از برنامه پزشکی خانواده شهری ایران	۲۰۹۳
شهری	۲۵۴	کاربرد ندارد.	بیماران دیابتی نوع ۲	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۷	مناقب	بررسی مقایسه‌ای وضعیت مراقبت‌های دیابت نوع ۲ در بیماران تحت پوشش کلینیک تخصصی پزشکی خانواده و مطب پزشکان عمومی خانواده شهر شیراز در سال ۱۳۹۷	۲۰۹۴



شماره مقاله	عنوان مقاله	نام نویسنده اول	سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	طراحی مطالعه	مشارکت کنندگان	نمره عملکرد	تعداد نمونه مورد مطالعه	نوع پژوهش
۲۰۹۵	بررسی میزان رضایتمندی مناطق روستایی شهوستان، رفسنجان از اجرای طرح پزشک خانواده در سال ۱۳۹۷. گزارش کوتاه	علی نژاد	۱۳۹۷	پژوهشی اصیل	کمی	خانوار تحت پوشش برنامه پزشک خانواده	کاربرد ندارد.	۴۸۰	روستایی
۲۰۹۶	محورهای حاکمیت بالینی در مراقبت‌های اولیه سلامت مبتنی بر پزشک خانواده در استان، مازندران: دیدگاه‌دی‌نفعان	حسینی قوام آباد	۱۳۹۹-۱۳۹۸	پژوهشی اصیل	کیفی	افراد کلیدی سیاست‌گذار وزارت بهداشت، معاونت بهداشتی دانشگاه، شبکه بهداشت و درمان شهرستان، انجمن پزشکان خانواده، پزشکان خانواده و مرکز پژوهش‌های مجلس	کاربرد ندارد.	۱۵	شهری و روستایی
۲۰۹۷	دیدگاه مدیران و مجربان در خصوص بهرهمندی از طب سنتی در برنامه پزشک خانواده ایران	اشرفیان امیری	۱۳۹۵	پژوهشی اصیل	کمی	مدیران و مجربان برنامه پزشک خانواده شهری	کاربرد ندارد.	۴۸۱	شهری
۲۰۹۸	بررسی بار مراجعه و هزینه بیماران بستری تحت پوشش صندوق بیمه روستایی، قبل و بعد از اجرای برنامه نظام ارجاع	کاوایان تلوری	۱۳۹۷-۱۳۹۶	پژوهشی ثانویه	کمی	بیمه شدگان سلامت	کاربرد ندارد.	۱۳۹۳۵۸۱	روستایی
۲۰۹۹	عوامل مرتبط با ماندگاری پزشکان برنامه پزشک خانواده مراکز خدمات جامع سلامت روستایی سبزوار با استفاده از تکنیک دیمتل (DEMATEL).	جعفری	۱۳۹۷	پژوهشی اصیل	کمی	پزشکان برنامه پزشک خانواده	کاربرد ندارد.	۳۲	روستایی
۲۱۰۰	نقش پزشک خانواده در رضایتمندی مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی	روشنگر	۱۴۰۰	بیان دیدگاه	کاربرد ندارد.	کاربرد ندارد.	کاربرد ندارد.	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد
۲۱۰۱	بررسی بار مراجعه و هزینه بیماران بستری تحت پوشش صندوق بیمه روستایی، قبل و بعد از اجرای برنامه نظام ارجاع	کاوایان تلوری	۱۳۹۷-۱۳۹۶	پژوهشی ثانویه	کمی	بیمه شدگان سلامت	کاربرد ندارد.	۲۳۹۷۶۱۲	روستایی
۲۱۰۲	تحلیل کیفی برنامه پزشک خانواده به منظور شناسایی علل و چالش‌های عدم پیشرفت برنامه	علائی	۱۳۹۹	پژوهشی اصیل	کیفی	افراد کلیدی تاثیرگذار در خط مشی برنامه پزشک خانواده	کاربرد ندارد.	۲۶	شهری و روستایی
۲۱۰۳	اجرای اثربخش برنامه پزشکی خانواده در ایران: الزامات و راهبردها	کیبر	۱۴۰۰	پژوهشی اصیل	کیفی	سیاست‌گذاران و مدیران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر و اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی	کاربرد ندارد.	۱۰ جلسه	شهری و روستایی
۲۱۰۴	ارزیابی وضعیت کمی و کیفی طرح پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان خانواده، تیم سلامت و کارشناسان ستادی	کیبر	۱۳۹۹	پژوهشی اصیل	کمی	شامل پزشکان خانواده (۶۷ نفر)، شاغل در شبکه بهداشتی درمانی و اعضای تیم سلامت (۲۹۰ نفر)	میزان رضایت پزشکان خانواده و اعضای تیم سلامت بالاتر از متوسط	۳۵۷	شهری و روستایی
۲۱۰۵	چالش‌های اجرایی نظام ارجاع الکترونیک استان گلستان: یک مطالعه کیفی	کیبر	۱۳۹۸	پژوهشی اصیل	کیفی	پزشکان خانواده و متخصصین، مدیران ستادی دانشگاه و کارشناسان مسئول معاونت بهداشتی و درمان و اداره کل بیمه سلامت استان، فناوری اطلاعات، مدیران شبکه شهرستان و بیماران	کاربرد ندارد.	۴۶	شهری و روستایی

نوع پزشک خانواده	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمبره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
شهری و روستایی	۳۹	کاربرد ندارد.	پزشکان خانواده و متخصص، مدیران ستادی دانشگاه و کارشناسان مسئول معاونت بهداشتی و درمان و اداره کل بیمه سلامت استان، فناوری اطلاعات، مدیران شبکه شهرستان	کیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۸	کیبر	چالش‌های مدیریتی پیاده‌سازی نظام ارجاع الکترونیک بیمار؛ یک مطالعه کیفی	۲۱۰۶
شهری	ذکر نشده	کاربرد ندارد.	کاربرد ندارد.	کیفی	مروری	۱۴۰۰	ملکوتی	طرح سلامت روان شهری: توسعه همکاری بین بخشی، نقش محوری پزشک خانواده برای مدیریت بیماران شدید روان پزشکی	۲۱۰۷
شهری و روستایی	ذکر نشده	کاربرد ندارد.	کاربرد ندارد.	فراتحلیل	مروری	۱۳۹۹	نائینی	ساختار اجرای طرح پزشک خانواده با هدف دستیابی به ابعاد کیفیت خدمات در حوزه مراقبت‌های اولیه سلامت: مطالعه فراتحلیل	۲۱۰۸
شهری و روستایی	۵۶	کاربرد ندارد.	پزشکان مراقبت‌های اولیه	کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۰۴	Shakeshaft	Perceptions of substance use, treatment options and training needs among Iranian primary care physicians	۲۱۰۹
شهری و روستایی	۱۰۳۶	کاربرد ندارد.	بیماران	کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۰۵	Rasoulynejad	Patient Views for Self-Referral to Specialists	۲۱۱۰
ذکر نشده	۱۹۲	کاربرد ندارد.	پزشکان عمومی	RCT	پژوهشی اصیل	۲۰۰۸	شیرازی	Effects on readiness to change of an educational intervention on depressive disorders for general physicians in primary care based on a modified Prochaska model—a randomized controlled study	۲۱۱۱
ذکر نشده	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد.	کاربرد ندارد.	کاربرد ندارد.	بیان دیدگاه	۲۰۱۰	شلیبه	Family physicians' satisfaction in Iran: a long path ahead	۲۱۱۲
شهری	۴۰۰	کاربرد ندارد.	بیماران مراکز بهداشتی شهری	مقطعی کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۰۹-۲۰۱۰	سهرابی	Clients' Satisfaction with primary health care in Tehran: A cross-sectional study on Iranian Health Centers	۲۱۱۳
شهری و روستایی	۷۱	کاربرد ندارد.	Policy makers at the national level (19 inter-views), managers and officials at provincial level (9), and practitioners, managers and public representatives at local level (43)	کیفی	پژوهشی اصیل	۲۰۰۷	تکیان	Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran	۲۱۱۴
شهری	۲۴	کاربرد ندارد.	پزشکان	کمی	مطالعه ثانویه	۱۳۸۷-۱۳۸۳	روحانی	تأثیر تغییر در مکانیزم پرداخت بر عملکرد مراقبت‌های درمانی سرپایی مراکز بهداشتی و درمانی روستایی محوری طرح پزشک خانواده در شهرستان‌های ساری و جویبار	۲۱۱۵
شهری و روستایی	ذکر نشده	کاربرد ندارد.	کاربرد ندارد.	کاربرد ندارد.	مروری	۲۰۱۳	ساریخانی	Mixed Payment Method, the Experience of a New Payment Method for Health Service Providers in Family Physician Program in Iran	۲۱۱۶

نوع پژوهش خانواده	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمبره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
شهری	۳۲۲	کاربرد ندارد.	بیماران	کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۳	شمس	A Survey on Clients' Opinions in Isfahan's Public Hospitals About Effective Factors in the Fulfillment of Referral System	۲۱۱۷
شهری و روستایی	۷۱	کاربرد ندارد.	Policy makers at the national level, managers and officials at provincial level, and practitioners, managers and public representatives at local level.	کیفی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۳	تکیان	Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network	۲۱۱۸
شهری و روستایی	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد.	کاربرد ندارد.	کیفی	بیان دیدگاه	۲۰۱۴	سلطانی پور	The Family Medicine Specialty, Learning from Experience	۲۱۱۹
شهری و روستایی	۴۲۷	۷۶ درصد رضایت از پزشک خانواده	بیماران	کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۴	طاهری	Family physician program in Iran, patients satisfaction in a multicenter study	۲۱۲۰
روستایی	۴۸۰	متوسط	بیماران مراجعه کننده به مراکز	کمی	پژوهشی اصلی-مقطعی	۲۰۱۲	وفایی نجار	The quality assessment of family physician service in rural regions, Northeast of Iran in 2012	۲۱۲۱
روستایی	۲۶	کاربرد ندارد.	پزشکان خانواده	کیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱	روحانی	تجربه پزشکان خانواده روستایی درباره ارجاع بیماران و راه های بهبود آن (یک مطالعه کیفی)	۲۱۲۲
روستایی	مصاحبه ۳ و ۷۱ FGD	کاربرد ندارد.	Policy makers, managers, researchers, health-care practitioners and representatives of the public	کیفی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۴	تکیان	تجربه انطباق خریدار و ارائه دهنده در اجرای بیمه پزشک خانواده و روستایی در ایران: رویکردی نهادی	۲۱۲۳
شهری	۴۵	کاربرد ندارد.	پزشکان عمومی	مقطعی کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۳	زرع صانعی	Educational needs of family physicians in the domains of health and conformity with continuing education in Fasa University of Medical Sciences	۲۱۲۴
شهری و روستایی	۱۳۷	کاربرد ندارد.	پزشکان خانواده	مقطعی کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۵	صادقی	Family physicians' attitude and interest toward participation in urban family physician program and related factors	۲۱۲۵
شهری	۱۷	کاربرد ندارد.	پزشکان خانواده	کیفی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۵	ثابت سروستانی	Challenges of Family Physician Program in Urban Areas: A Qualitative Research	۲۱۲۶
شهری و روستایی	دگر نشده	کاربرد ندارد.	کاربرد ندارد.	سنتز ادبیات	مطالعات ثانویه	۲۰۱۷	بزدانی	Which Health Cares Are Related to the Family Physician? A Critical Interpretive Synthesis of Literature	۲۱۲۷
روستایی	قبل ۸۱۷- و بعد ۹۶۷	کاربرد ندارد.	بیماران بستری بیمارستان	قبل و بعد	پژوهشی اصیل	۲۰۱۷	صلواتی	The impact of rural health insurance and the family physician program on hospitalizations, a before/after study at the county level conducted in Tehran province, Iran	۲۱۲۸
شهری	دگر نشده	ندارد	خانوار تحت پوشش برنامه پزشک خانواده	کمی	بوم شناختی	۱۳۹۴-۱۳۸۷	یزدی فیض آبادی	ارتباط اجرای آزمایشی برنامه پزشک خانواده شهری با شاخص های حفاظت مالی سلامت در استان های فارس و مازندران	۲۱۲۹

شماره مقاله	عنوان مقاله	نام نویسنده اول	سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	طراحی مطالعه	مشارکت کنندگان	نمره عملکرد	تعداد نمونه مورد مطالعه	نوع پزشکی خانواده
۲۱۳۰	Factors Affecting the Family Physicians' Intention to Leave the Job: A Case of Iran	رضایی	۲۰۱۷	پژوهشی اصیل	کمی توصیفی	پزشکان خانواده	ندارد	۲۶۸	شهری و روستایی
۲۱۳۱	Inequity in the distribution of rural family physicians in Iran: a cross sectional study	تباری خرمیان	۲۰۱۷	پژوهشی اصیل	کمی مقطعی	پزشکان خانواده و جمعیت تحت پوشش	ندارد	۸۷۳۴	شهری و روستایی
۲۱۳۳	Health Complex Model as the Start of a New Primary Healthcare Reform in Iran: Part B: The Intervention Protocol	تبریزی	۲۰۱۹	پژوهشی	پروتکل مداخله ای	مجموع های سلامت	ندارد	کاربرد ندارد	شهری
۲۱۳۳	The Effect of Access to Primary Care Physicians on Avoidable Hospitalizations: A Time Series Study in Rural Areas of Tehran Province, Iran	رشیدیان	۲۰۱۳-۲۰۰۶	گذشته نگر	سری زمانی گذشته نگر	بیماران بستری شده بیمارستان	ندارد	ذکر نشده	روستایی
۲۱۳۴	Developing Urban Family Physician Program in Shiraz, Fars Province, the Doctors' Experiences: A Qualitative Research	صفرپور	۲۰۱۸	پژوهشی اصیل	کیفی	پزشکان خانواده	ندارد	۸	شهری
۲۱۳۵	A Descriptive-Comparative Study of Implementation and Performance of Family Physician Program in Iran and Selected Countries	سپهری	۲۰۱۵	ثابته تطبیقی	توصیفی تطبیقی	کشور	ندارد	۶ کشور	شهری و روستایی
۲۱۳۶	The role of the urban family physician plan in utilization of outpatient services in Iran	سخنور	۲۰۱۸-۲۰۱۷	تطبیقی و مقطعی	کمی	بیماران	ندارد	۴۸۰۰	شهری
۲۱۳۷	Design of a Model for Management of Referral System in the Iranian Urban Family Physician Program	توکلی	۲۰۱۷	پژوهشی اصیل	کمی توصیفی همبستگی	کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی	ندارد	ذکر نشده	شهری
۲۱۳۸	The impacts of family physician plan and health transformation plan on hospitalization rates in Iran: an interrupted time series	روحانی	۲۰۱۷-۲۰۱۱	مطالعات ثابته	سری زمانی گذشته نگر	بیماران بستری شده بیمارستان	ندارد	ذکر نشده	شهری و روستایی
۳۰۰۱	بررسی تمایل پزشکان بخش خصوصی نسبت به مشارکت در برنامه پزشکی خانواده با استفاده از مدل انتشار نوآوری، قم سال ۱۳۹۱	گل م. محمدیگی	۱۳۹۳	پژوهشی اصیل	توصیفی تحلیلی	پزشکان عمومی دارای مطب و شاغل بخش خصوصی	کاربرد ندارد	۸۹	شهری
۳۰۰۲	رضایت شغلی ماماها در برنامه پزشکی خانواده شهرستان رشت	کامبیز ق. حجت نجف ز. آرمات ص. سید مهدی م. محمد حسین م. فرشته م	۱۳۹۳	پژوهشی اصیل	توصیفی مقطعی	ماماهای شاغل در مرکز بهداشت	ضعیف	۴۳	شهری
۳۰۰۳	کیفیت مراقبت و کنترل قندخون در بیماران دیابتی نوع دو مناطق روستایی تحت پوشش پزشک خانواده	علی دل پ. حسین عزیزی، الهام داوطلب ا. لطفعلی ج. غلامعلی ک. قربان ع	۱۳۹۳	پژوهشی اصیل	توصیفی تحلیلی	بیمار مبتلا به دیابت نوع دو دارای پرونده در خانه های بهداشت	متوسط	۳۸۰	روستایی
۳۰۰۴	تعیین کیفیت خدمات تیم پزشک خانواده از دیدگاه گیرندگان خدمت در شهرستان عجب شیر: ۱۳۸۸	علی بابایی ر. صادقی ا. وحیدی ر. اکبری س	۱۳۹۳	پژوهشی اصیل	توصیفی مقطعی	گیرندگان خدمات	ضعیف	۱۴۰	روستایی
۳۰۰۵	بررسی عوامل موثر بر ترک خدمت پزشکان خانواده در مناطق روستایی استان های با ضریب محرومیت کمتر از ۴۸ (بخوردار) کشور	ابوالقاسم پ. محمد ش. عزیزاله ع. سعیده ا. عصمت ج. مهرداد ص. ابوالقاسم پ. محمد ش	۱۳۹۳	پژوهشی اصیل	توصیفی تحلیلی مقطعی	مراکز پزشک خانواده و پزشکان طرف قرارداد/رضایب کمتر از ۴۸)	کاربرد ندارد	۴۹۸۱	روستایی

شماره مقاله	عنوان مقاله	نام نویسنده اول	سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	طراحی مطالعه	مشارکت کنندگان	نمره عملکرد	تعداد نمونه مورد مطالعه	نوع پژوهش خانواده
۳۰۰۶	علل کاره گیری پزشکان از طرح پزشک خانواده روستایی در سال ۱۳۹۱	صدیقی س. امینی م. پوررضا ا	۱۳۹۳	پژوهشی اصیل	توصیفی تحلیلی	پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی تهران	کاربرد ندارد	۲۶	شهری
۳۰۰۷	عوامل مرتبط با ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار در استان کهگیلویه و بویراحمد سال ۱۳۸۸	سید علی موسوی ر. امیر اشکان نصیری پ. جامه محمد ملک ز	۱۳۹۳	پژوهشی اصیل	توصیفی تحلیلی مقطعی	کلیه پزشکان خانواده تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی استان کهگیلویه و بویراحمد	کاربرد ندارد	۷۳	شهری و روستایی
۳۰۰۸	بررسی میزان رضایت روستاییان بردسیر از عملکرد پزشک خانواده در سال ۱۳۹۲: یک گزارش کوتاه	سجاد خ. لیلی ا. محمدرضا ا. محمد جعفری س. سعید م. شیمخ	۱۳۹۳	گزارش کوتاه	مقطعی	گیرندگان خدمات	خوب	۴۰۰	روستایی
۳۰۰۹	رضایت بیماران بیمه روستایی از خدمات سطح اول و دوم نظام شبکه در استان‌های شمالی ایران	دکتر حسن اشرفیان ا. دکتر ابراهیم م. دکتر سید داود نعلوط پور ش. دکتر محمد جواد ک. دکتر ناهید ج. دکتر حسین رجیمی et al. ک	۱۳۹۳	پژوهشی اصیل	توصیفی تحلیلی مقطعی	گیرندگان خدمات	خوب	۹۵۵	روستایی
۳۰۱۰	مقایسه شاخص‌های اصلی سلامت در مناطق روستایی استان اصفهان قبل و بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده	خدیدی ر. کر ا. فروزنده ا	۱۳۹۳	پژوهشی اصیل	تحلیل روند	گیرندگان خدمات	خوب	۵۶۳۱۳۰	روستایی
۳۰۱۱	بررسی رضایت بیماران از خدمات پزشکان خانواده مراکز بهداشتی درمانی EUROPEP-1391 روستایی شهرستان سبزوار با ابزار	حسین ابراهیمی پ. مرجان و. علی وفاقی ن. زهره نجات ز. امین رضا ا. مرضیه و. et al.	۱۳۹۳	پژوهشی اصیل	توصیفی تحلیلی	گیرندگان خدمات	خوب	۲۶۶	روستایی
۳۰۱۲	استخراج ترجیحات و مولفه‌های اثرگذار بر تصمیم پزشکان عمومی شاغل در مراکز دولتی دانشگاه علوم پزشکی تهران. برای ورود به طرح پزشک خانواده	جعفر ع. محسن م. سعید ت. سید محمد هادی س	۱۳۹۳	پژوهشی اصیل	پیمایشی توصیفی	پزشکان	کاربرد ندارد	۶۶	شهری
۳۰۱۳	تبیین تجارب اعضا گروه سلامت از منافع عمومی برنامه پزشک خانواده در شهرستان اراک در سال ۱۳۹۱	بیانی ا. قبری ف. ملکی ا. حسینی س. شمسی م	۱۳۹۳	پژوهشی اصیل	کیفی	پزشکان ماماها بهروزان	کاربرد ندارد	۵۵	شهری و روستایی
۳۰۱۴	عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی گانشان در سال‌های ۱۳۸۵-۹۰	امیر اشکان نصیری پ. منیکا م. نرس ن	۱۳۹۳	پژوهشی اصیل	توصیفی	پزشکان	ضعیف	۱۰۰	شهری و روستایی
۳۰۱۵	روزه‌داری در مبتلایان به بیماری‌های دستگاه گوارش فوقانی: راهکار بالینی (برای پزشک خانواده (مقاله بازآموزی	ادیبی پ. دانش پروه نژاد پ. صادق پور ش. هادی زاده ف	۱۳۹۳	پژوهشی اصیل	راهبردی بالینی	پزشکان	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	شهری و روستایی
۳۰۱۶	ارزیابی عملکرد برنامه پزشک خانواده روستایی: مطالعه موردی دانشگاه علوم پزشکی کرمان	وحید بزدری فیض آ. سجاد خ. محمدرضا ا	۱۳۹۲	پژوهشی اصیل	توصیفی	ارائه دهندگان خدمات	کاربرد ندارد	دگر نشده	شهری و روستایی
۳۰۱۷	(MPH) ارزیابی دوره آموزش مجازی مدیریت عالی بهداشت عمومی پزشک خانواده	میترا ا. آیدا د. جواد ک. غلامرضا عبداللهی ف. کامیار ا. پریسا ن. et al.	۱۳۹۲	پژوهشی اصیل	توصیفی تحلیلی	پزشکان	ضعیف	۲۵	دگر نشده

نوع پژوهش	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمبره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
خانواده	۱۴۵	ذکر نشده	پزشکان	توصیفی تحلیلی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	مهرا السادات مهدی ز، علی وفايي ن، علی تقی پ، حبيب اله ا، سيد موسى مهدی ز، حسين ابراهيمی پ	فرسودگی شغلی و شاخص های تاثیرگذار محیط کار بر آن در بین پزشک های خانواده خراسان رضوی	۳۰۱۸
شهری و روستایی	۳۳	کاربرد ندارد	پزشکان	کیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	محمد ع، ميلاد ش، مريم ا، حسين ص، فرهاد ج، علی اکبری س، et al.	بررسی نگرش پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران نسبت به اشتغال خود؛ با رویکرد کیفی	۳۰۱۹
شهری و روستایی	ذکر نشده	خوب	گیرندگان خدمات	توصیفی تحلیلی مقطعی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	گل عزیزاده عا، موسی زاده م	تأثیر برنامه پزشک خانواده بر بار مراجعات در مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران	۳۰۲۰
ذکر نشده	۴۷	کاربرد ندارد	پزشکان و دانشجویان سال آخر پزشکی	مقطعی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	علی خ، برزان ش، اکبر ق، ابوالقاسم پ	بررسی میدانی جاذبه ها و دافعه های طرح پزشک خانواده از دیدگاه دانشجویان سال آخر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و پزشکان خانواده شاغل در شبکه های بهداشتی شهر تبریز	۳۰۲۱
شهری و روستایی	۶۲۰۶۱	متوسط	گیرندگان خدمات	مقطعی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	عشرتی پ، حسینی س، فراهایی م، عظیمی ما، زعیانیان م	ارزیابی وضعیت ارجاع سطح ۱ به ۲ برنامه پزشک خانواده با استفاده از نمودار کیفی در استان مرکزی در سال ۱۳۹۰	۳۰۲۲
ذکر نشده	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	ارائه دهندگان خدمات	مروری	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	صلاح الدین اسدی	در کشور ایران (SWOT) ارزیابی اجرای طرح پزشک خانواده بر اساس مدل	۳۰۲۳
شهری و روستایی	۱۳۹	ضعیف	مراکز پزشکی خانواده	مقطعی توصیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	سید داود نصرالله پور ش، ابراهیم م، حسن اشرفیان ا، محمدجواد ک، ناهید ج، بهرام ط، et al.	بررسی وضعیت نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان های شمالی ایران؛ ۱۳۹۱	۳۰۲۴
شهری و روستایی	۱۳۹	ضعیف	مراکز پزشکی خانواده	مقطعی توصیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	سعادت ت، محمدعلی ج، امیر ا	تأمین منابع، تجهیزات و الزامات اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان های شمالی ایران؛ از تئوری تا عمل	۳۰۲۵
شهری و روستایی	۱۲۱	ضعیف	پزشکان خانواده	مقطعی توصیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	زهرا جرجان شوشتری، معصومه د، زهره م، منیر برادران ا، شیرین جلالی ن، پریسا ش، et al.	میزان رضایتمندی پزشکان خانواده از «برنامه پزشک خانواده» در استان همدان	۳۰۲۶
شهری و روستایی	۱۱۶	کاربرد ندارد	پزشکان، مردم، وزارت بهداشت	کیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	ریسیان ش، اسلامیان م، اژمل م، باستانی پ، کلهر را	برنامه پزشک خانواده روستا و نقش آن در مسائل اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی جامعه	۳۰۲۷
شهری و روستایی	۱۵	کاربرد ندارد	ارائه دهندگان خدمات	مقطعی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	رضایح، پرستوگ، الهام ف، گلنار خالدی س	ارزیابی طرح پزشک خانواده شهری در مراکز پایلوت تحت پوشش دانشگاه جندی شاپور اهواز	۳۰۲۸
روستایی	۴۰۰	خوب	گیرندگان خدمات	توصیفی تحلیلی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	رضایح، پرستوگ، الهام ف، گلنار خالدی س	میزان رضایت مردم مناطق روستایی شهرستان اصفهان از اجرای برنامه پزشک خانواده	۳۰۲۹
روستایی	۱۷	متوسط	داروخانه های مراکز بهداشتی درمانی روستایی اصفهان	توصیفی تحلیلی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	خدوی ر، یاراحمدی ا، اسلامیه ر، خسروی نژاد م	میانگین مصرف داروهای قبل و بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده در مراکز بهداشتی - درمانی روستایی شهرستان اصفهان	۳۰۳۰

نوع پژوهش	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمبره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
خانواده شهری و روستایی	۵۰۷	کاربرد ندارد	پزشکان	توصیفی مقطعی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	امید ا. پیمان ن. جیدری ک. مقدس ط. موسوی ع	نیازهای آموزشی پزشکان عمومی داوطلب در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع	۳۰۳۱
شهری و روستایی	۸۵۶	کاربرد ندارد	گیرندگان خدمات	توصیفی مقطعی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	افکار ا. پوررضا ا. خدابخشی نژاد و. مهرابیان ف	بازتاب عملکرد پزشک خانواده در آیینة منتظران کیلانی	۳۰۳۳
روستایی	۳۶۵	ضعیف	ارائه دهندگان خدمات	توصیفی مقطعی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱	هدایت اله ع. مریم خ. محسن ر. سمانه ص. زینب ملگ پ	رضایت‌مندی پزشکان و ماماهاى شرکت کننده در طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی از اجرای طرح در استان اصفهان، ۱۳۸۸	۳۰۳۳
شهری و روستایی	۱۰	کاربرد ندارد	بیمه، سیاست‌گذاران دانشگاهی، پزشکان	کیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱	مهرالحسنی م. جعفری سبزی م. پورحسینی س. یزدی فیض آبادی و	چالش‌های اجرای سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان کرمان: یک مطالعه کیفی	۳۰۳۴
شهری و روستایی	۷۱	کاربرد ندارد	ارائه دهندگان خدمات	کیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱	مشیری ا. تکیان ا. رشیدیان ا. کبیر م	مصلحت‌اندیشی و تقارن در شکل‌گیری برنامه پزشک خانواده و بیمه همگانی سلامت روستاییان در ایران	۳۰۳۵
شهری و روستایی	۱۲۵۰	متوسط	گیرندگان خدمات	توصیفی مقطعی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱	قربانی ع. شگرف نجفی م. تیرایی ی. دولت‌آبادی ا. عالمی ح	بررسی میزان رضایت‌مندی از برنامه پزشک خانواده، در جمعیت بیمه شده تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۱۳۹۰	۳۰۳۶
روستایی	۳۹	متوسط	ارائه دهندگان خدمات	مروری	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱	علیرضا ج. غلامرضا شریفی ر. آزاد ش. نجمه بهمن ز. آیان ک	نگاهی بر عملکرد پزشک خانواده روستایی در ایران	۳۰۳۷
شهری و روستایی	۱۱۹۹	متوسط	گیرندگان خدمات	مقطعی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱	ریسی پ. قربانی ع. تیرایی ی	عوامل موثر بر رضایت‌مندی دارندگان دفترچه بیمه روستایی از برنامه پزشک خانواده در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۱۳۹۰	۳۰۳۸
روستایی	۴۸۸۳	خوب	بیماران دینی	مقطعی توصیفی تحلیلی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱	رضاح. سیده طیبه‌ها ش. الهام فرح س. محسن ر	عملکرد پزشکان خانواده ی شاغل در مناطق روستایی شهرستان اصفهان در بیماریابی دیابت شیرین و فشارخون طی ۵ سال گذشته	۳۰۳۹
شهری و روستایی	۸۰۰	ضعیف	گیرندگان خدمات	مقطعی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱	رضاح. محمد ا. مهدی ر	طرح ملی پزشک خانواده و کیفیت نظام ارجاع	۳۰۴۰
شهری و روستایی	۶۰۰	متوسط	گیرندگان خدمات	توصیفی مقطعی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱	حسین چپاری ب. هاله قاسم ز. قربان ب. اصغر محمدپور ا. رضا ا	ارزیابی طرح پزشک خانواده بر اساس شاخص‌های سلامت خانواده	۳۰۴۱
روستایی	۱۰۰	متوسط	گیرندگان خدمات	توصیفی مقطعی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱	جلیل ع. مهدی کریم یار ج. محسن ح	بررسی میزان رضایت‌مندی روستاییان شهرستان داراب از ابعاد مختلف عملکرد پزشک خانواده	۳۰۴۲
شهری و روستایی	ذکر نشده	متوسط	گیرندگان خدمات	توصیفی مقطعی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱	براتی ا. ملکی م. گوهری م. کبیر م. امیراسماعیلی م. عبدی ژ	(تأثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص‌های سلامت (مقاله کوتاه	۳۰۴۳
شهری و روستایی	۹۵۲۴	ضعیف	پزشکان	توصیفی تحلیلی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱	نبول ا. محمد ع. پرپوش ن. زیلاج. زیلاج پ	بررسی الگوی تجویز دارو توسط پزشکان خانواده و سرانه دارو در شهرستان اهواز	۳۰۴۴

نوع پزشکی خانواده	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
روستایی	۱۱۰۰	ضعیف	گیرندگان خدمات	تحلیلی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱	الیه ت، مرضیه ر، معصومه ع، زهرام	ارتباط آگاهی با دلایل انتخاب برنامه پزشکی خانواده از سوی روستاییان شهرستان شهرکرد در سال ۱۳۸۸	۳۰۴۵
روستایی	۱۱۰۰	ضعیف	گیرندگان خدمات	تحلیلی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۰	معصومه ع، الهیه ت، معصومه دل، آرش ن، غلامرضا شریفی ر	میزان رضایتمندی روستاییان شهرستان شهرکرد نسبت به برنامه پزشکی خانواده و ارتباط آن با آگاهی آنان	۳۰۴۶
شهری و روستایی	۹۵۹	متوسط	ارائه دهندگان خدمات	مقطعی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۰	محمد اسماعیل م، سپید داود تظا، پور ش، حسن اشرفیان ا، محمدجواد ک، علی شیبستانی م، سیمین et al. م	رضایت اعضای گروه سلامت از کارکرد پزشکان خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران	۳۰۴۷
شهری و روستایی	۲۲	کاربرد ندارد	سیاست‌گذاران ستادی دانشگاه	کیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۰	گل‌علیزاده ع، موسی زاده م، امیر اسماعیلی م، آهنگرن	چالش‌های سطح دوم ارجاع در برنامه پزشکی خانواده: پژوهش کیفی	۳۰۴۸
روستایی	۷۵۱	متوسط	کودکان	توصیفی تحلیلی مقطعی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۰	فریبا ب، حسین جباری ب، احسان ک، ژیلان، رقیه ج	بررسی تأثیر طرح پزشک خانواده بر روی شاخص‌های بهداشتی کودکان در شهرستان تبریز-ایران	۳۰۴۹
شهری و روستایی	۱۲۴	خوب	پزشکان	مقطعی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۰	زهرام محشم، ا، طاهری م، حسین رحیمی ک، میرمحمد ج، ارسلان د، مهران ا	بررسی نگرش پزشکان خانواده استان گیلان در مورد سایت آموزش مداوم الکترونیکی ویژه پزشکان خانواده	۳۰۵۰
روستایی	۱۳۶۲۸۱	ضعیف	کودکان	قبل و بعد	پژوهشی اصیل	۱۳۹۰	ریسی پ، عبادی فردا، ف، رودباری م، شعبانی گیاج	تأثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص‌های بهداشتی مادر و کودک جمعیت روستایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد	۳۰۵۱
شهری و روستایی	۱۶۴	ضعیف	ارائه دهندگان خدمات	مقطعی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۰	رضا ج، محمد ا، مهدی ر، محمد علی ن، سید داود نصرالله پور ش	اجرای طرح ملی پزشک خانواده در شهرستان شاهرود: وضعیت مراکز مجری و بررسی کیفیت اجرا	۳۰۵۲
شهری و روستایی	۳۴۹	متوسط	پزشکان	مقطعی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۰	دکتر محمد ا، مهدی ر، دکتر رضا ج، عیسی ن	پزشک خانواده: رضایتمندی متقابل پزشکان و اعضای گروه سلامت	۳۰۵۳
کاربرد ندارد	ذکر نشده	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	نامه به سردبیر	۱۳۹۰	چنتی ع، غلام زاده نیکیجو ر، پورطالب ع، قلی زاده م	میزان رضایت پزشکان خانواده شهرستان مشهد از برنامه پزشک خانواده	۳۰۵۴
شهری	۳۲۵	ضعیف	گیرندگان خدمات	توصیفی تحلیلی مقطعی	پژوهشی اصیل	۱۳۸۹	نصراله پور شریفی س، ریسی پ، مطلق م، کبیر م، اشرفیان امیر ح	ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی ایران: ۱۳۸۷	۳۰۵۵
روستایی	۱۸۳	کاربرد ندارد	پزشکان	توصیفی پیمایشی	پژوهشی اصیل	۱۳۸۹	منصور ش، هدایت اله ع، مریم ط، حسن ک، محسن ر، سیمین ن	بررسی نیازهای آموزشی پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان اصفهان در پنج حیطة سلامت	۳۰۵۶



شماره مقاله	عنوان مقاله	نام نویسنده اول	سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	طراحی مطالعه	مشارکت کنندگان	نمره عملکرد	تعداد نمونه مورد مطالعه	نوع پژوهش
۳۰۵۷	آشنایی بیمه شدگان بیمه روستایی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره مندی از دفترچه بیمه روستایی در طرح پوشش خانواده در دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی ایران، ۱۳۸۷	مطلق م، نصراله پورشیروانی س، اشرفیان امیری ح، کبیر م، شهبستانی مشرد ع، نجوی جو ا. et al	۱۳۸۹	پژوهشی اصیل	توصیفی تحلیلی مقطعی	گیرندگان خدمات	ضعیف	۱۰۸۱	شهری و روستایی
۳۰۵۸	رضایت پزشکان خانواده از عوامل موثر بر پویاسازی طرح پوشش خانواده و بیمه روستایی در دانشگاه های علوم پزشکی	مطلق م، نصراله پورشیروانی س، اشرفیان امیری ح، کبیر م، شهبستانی مشرد ع، نجوی جو ا	۱۳۸۹	پژوهشی اصیل	توصیفی تحلیلی مقطعی	پزشکان	متوسط	۱۶۶	شهری و روستایی
۳۰۵۹	آگاهی و نگرش روستاییان شهرستان شهرکرد نسبت به برنامه پوشش خانواده	علی دوستی م، توسلی ا، خدیوی ر، شریفی ع	۱۳۸۹	پژوهشی اصیل	توصیفی تحلیلی	گیرندگان خدمات	ضعیف	۱۱۰۰	روستایی
۳۰۶۰	بررسی ارتباط آگاهی و نگرش روستاییان با منابع کسب اطلاعات در زمینه برنامه پوشش خانواده در شهرستان شهرکرد سال ۱۳۸۸	توسلی ا، علیدوستی م، خدیوی ر، شریفی ع، حسن زاده ا	۱۳۸۹	پژوهشی اصیل	توصیفی تحلیلی	گیرندگان خدمات	متوسط	۱۱۰۰	روستایی
۳۰۶۱	ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پوشش خانواده در دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی ایران ۱۳۸۷	نصراله پورشیروانی س، اشرفیان امیری ح، مطلق م، کبیر م، ملکی م، شهبستانی مشرد ع، et al	۱۳۸۸	پژوهشی اصیل	مقطعی	گیرندگان خدمات	متوسط	۶۷۵	شهری و روستایی
۳۰۶۲	تعداد پوشش عمومی در کشور و امکان اجرای طرح پوشش خانواده از بعد نیروی انسانی	فرزندی ف، محمدک، مفتون ف، اباف قاسمی ر، طبیب زاده درقوی ر	۱۳۸۸	پژوهشی اصیل	توصیفی تحلیلی	پزشکان	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	شهری و روستایی
۳۰۶۳	بررسی روند تغییرات در الگوی استفاده از روش های پیشگیری از بارداری و تأثیر اجرای طرح پوشش خانواده بر آن در جمعیت روستایی شهرستان ساری از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶	علیبوری ع، حبیبیان ن، طباطبائی س	۱۳۸۸	پژوهشی اصیل	مقطعی	گیرندگان خدمات	متوسط	۱۶۵۴۴۴	شهری و روستایی
۳۰۶۴	ارزیابی نقاط قوت و نقاط ضعف طرح پوشش خانواده	علی ج، محمد رضا م، معصومه قلی ز، محمد رضا ن، سماه و	۱۳۸۸	پژوهشی اصیل	توصیفی مقطعی	ارائه دهندگان خدمات	کاربرد ندارد	۳۷۵	شهری و روستایی
۳۰۶۵	بررسی نحوه عملکرد پزشکان خانواده در استان یزد	زهرآج روح اله ع، مهدیه م	۱۳۸۸	پژوهشی اصیل	توصیفی تحلیلی مقطعی	پزشکان	متوسط	۲۶	شهری و روستایی
۳۰۶۶	تأثیر آموزش مهارت های ارتباطی بر اساس راهنمای کانگری - کمبریج بر آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان خانواده شاغل در طرح پوشش خانواده دانشگاه علوم پزشکی چهارم در سال ۱۳۸۶	منابق س، فیروزی ح، جعفریان ج	۱۳۸۷	پژوهشی اصیل	قبل و بعد	پزشکان	ضعیف	۲۴	شهری و روستایی
۳۰۶۷	تحلیل شکاف کیفیت خدمات پزشکان خانواده شهرستان شاهرود بر اساس مدل سروتوال در سال ۱۳۹۴	مهشید ب، داوود رباط س، نسیم م، پروانه استاجی	۱۳۹۴	پژوهشی اصیل	توصیفی تحلیلی مقطعی	گیرندگان خدمات	خوب	۴۶۹	شهری و روستایی
۳۰۶۸	مطالعه چالش های اجرای پوشش خانواده در نظام سلامت ایران	ملیحه ش، آرش ر، آذر محمدی	۱۳۹۴	پژوهشی اصیل	کیفی	سیاست گذاران ستادی دانشگاه	کاربرد ندارد	۲۶	شهری و روستایی

شماره مقاله	عنوان مقاله	نام نویسنده اول	سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	طراحی مطالعه	مشارکت کنندگان	نمره عملکرد	تعداد نمونه مورد مطالعه	نوع پزشکی خانواده
۳۰۶۹	ارزیابی دسترسی به مراقبت‌ها در برنامه پزشک خانواده با رویکرد جامعیت مراقبت‌ها	محمودک، فاطمه کاروان ت	۱۳۹۴	پژوهشی اصیل	توصیفی تحلیلی	ارائه دهندگان خدمات	خوب	۱۷	روستایی
۳۰۷۰	ارزیابی جلب مشارکت مردم و همکاری‌های بین بخشی در برنامه پزشک خانواده در روستاهای ایران	فریده ا. حسین ملک ا. معصومه د	۱۳۹۴	پژوهشی اصیل	کمی کیفی	مردم، افراد صاحب نظر	ضعیف	۴۶	روستایی
۳۰۷۱	بررسی نحوه عملکرد پزشکان خانواده روستایی استان فارس در راستای اجرای طرح پزشک خانواده ۱۳۹۲	سید منصورک، قدیر ن. مریم ی. جعفر حسن ز. طیبیه ز. مهین منوچهری Et al. م. م. خرم	۱۳۹۴	پژوهشی اصیل	مقطعی	پزشکان	خوب	۵۲	روستایی
۳۰۷۳	ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان های فارس و مازندران؛ پیشینه، دستاوردها، چالش‌ها و راه حل‌ها	پهژاد د. عباس و نوق م. ترکس رشتی ک. محمد جواد ک	۱۳۹۴	پژوهشی اصیل	کیفی	ارائه دهندگان خدمات	ضعیف	۴۰	شهری
۳۰۷۳	Underlying factors and challenges of implementing the urban family physician program in Iran	Mehrolihasani MH, Jahromi VK, Dehnavieh R, Iranmanesh M	۲۰۲۱	پژوهشی اصیل	کیفی	سیاست گذاران	کاربرد ندارد	۴۴	شهری
۳۰۷۴	Urban mental health initiative: Developing interdisciplinary collaboration, the role of the family physician in management of severe mentally ill patients	Malakouti SK, Akhlaghi AK, Shirzad F, Rashedi V, Khiafbeigi M, Lakeh MM, et al	۲۰۲۱	پژوهشی اصیل	مروری	گیرندگان خدمات	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	شهری
۳۰۷۵	Family medicine ethical issues regarding physician-patient interactions from patients' perspectives: A qualitative study	Madani SJ, Larjani B, Nedjat S, Bagheri A	۲۰۲۱	پژوهشی اصیل	کیفی	گیرندگان خدمات	کاربرد ندارد	۲۱	شهری و روستایی
۳۰۷۶	How do primary care providers work together in the Iranian PHC system?	Poursheikhali A, Dehnavieh R	۲۰۲۰	پژوهشی اصیل	ترکیبی	ارائه دهندگان خدمات	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	شهری و روستایی
۳۰۷۷	Frameworks of Performance Measurement in Public Health and Primary Care System: A Scoping Review and Meta-Synthesis	Noorihkmat S, Rahimi H, Mehrolihasani MH, Chashmyvazdan M, Haghdoost AA, Ahmadi Tabatabaei SV, et al	۲۰۲۰	پژوهشی اصیل	مروری سیستماتیک	ارائه دهندگان خدمات	کاربرد ندارد	۲۰	ذکر نشده
۳۰۷۸	Factors affecting the technical efficiency of rural primary health care centers in Hamadan, Iran: data envelopment analysis and Tobit regression	Mohammadpour S, Javan-Noughabi J, Vafaei Najjar A, Zangeneh M, Yousefi S, Nouhi M, et al	۲۰۲۰	پژوهشی اصیل	طولی	ارائه دهندگان خدمات	کاربرد ندارد	ذکر نشده	روستایی

نوع پژوهش خاندانه	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
شهری و روستایی	۷	کاربرد ندارد	ارائه دهندگان خدمات	تطبیقی	پژوهشی اصیل	۲۰۲۰	Mohammadibakhsh R, Aryankhesal A, Jafari M, Damari B	Family physician model in the health system of selected countries: A comparative study summary	۳۰۷۹
شهری و روستایی	۱۵۰	ضعیف	پزشکان	مقطعی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۹	Mohebbifar R, Akbarirad F, Ranjbar M, Rafiei S	What do Iranian general practitioners expect from family physician contracts?	۳۰۸۰
شهری و روستایی	۳۰	کاربرد ندارد	ارائه دهندگان خدمات	کیفی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۹	Mohammadi Bolbanabad J, Mohamadi Bolbanabad A, Esmailinasab N, Valiee S, Bidarpour F, Moradi G	The views of stakeholders about the challenges of rural family physician in Kurdistan Province: a qualitative study	۳۰۸۱
شهری و روستایی	کاربرد ندارد	ضعیف	ارائه دهندگان خدمات	مقطعی توصیفی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۸	Rabbanikhah F, Moradi R, Mazaheri E, Shahbazi S, Barzegar L, Karyani AK	Trends of geographic distribution of general practitioners in the public health sector of Iran	۳۰۸۲
شهری و روستایی	۵۰۰	ضعیف	گیرندگان خدمات	طولی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۸	Niyas M, Karimi M, Kavosi Z	Utilization of primary health care services in rural and urban areas in Shiraz	۳۰۸۳
روستایی	۲۸	کاربرد ندارد	ارائه دهندگان خدمات	کیفی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۸	Naseriasl M, Janati A, Amiri A, Adham D	Referral system in rural Iran: Improvement proposals	۳۰۸۴
شهری و روستایی	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	ارائه دهندگان خدمات	مروری	پژوهشی اصیل	۲۰۱۸	Mousazadeh M, Torabi SA, Pishvaei MS, Abolhassani F	Health service network design: a robust possibilistic approach	۳۰۸۵
شهری و روستایی	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	ارائه دهندگان خدمات	ترکیبی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۸	Mousazadeh M, Torabi SA, Pishvaei MS, Abolhassani F	Accessible, stable, and equitable health service network redesign: A robust mixed possibilistic-flexible approach	۳۰۸۶
شهری و روستایی	۹	ضعیف	ارائه دهندگان خدمات	تطبیقی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۸	Mohammadzadeh M, Yazdani S, Hosseini F, Rahbar M	Analytical and comparative evaluation of the roles and responsibilities of nurses in providing primary healthcare in selected countries: A analytical and comparative study	۳۰۸۷
شهری و روستایی	۷۵۰	کاربرد ندارد	ارائه دهندگان خدمات	مقطعی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۸	Mahdaviazad H, Keshtkar V, Emami MJ	Osteoporosis guideline awareness among Iranian family physicians: Results of a knowledge, attitudes, and practices survey	۳۰۸۸
شهری	ذکر نشده	ضعیف	ارائه دهندگان خدمات	ارزیابی اقتصادی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۷	Rad EH, Delavari S, Aeenparast A, Afkar A, Farzadi F, Mattoon F	Does economic instability affect healthcare provision? Evidence based on the urban family physician program in Iran	۳۰۸۹

نوع پزشکی خانواده	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمبره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
شهری و روستایی	۱۰۰	خوب	گیرندگان خدمات	کارآزمایی بالینی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۷	Najar AV, Tehrani H, Imamian H, Hakak HM, Vahedian-Shahroodi M	Impact of establishing a communication network of family physicians on level of Hba1c and FBS in patients with diabetes: A randomized clinical trial	۳۰۹۰
شهری و روستایی	دگر نشده	خوب	گیرندگان خدمات	طولی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۷	Naderimaghani S, Jamshidi H, Khajavi A, Pishgar F, Ardami A, Larjani B, et al	Impact of rural family physician program on child mortality rates in Iran: A time-series study	۳۰۹۱
شهری و روستایی	۵۸۰	ضعیف	پزشکان	مقطعی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۶	Ranjbar Ezatabadi M, Rashidian A, Shariati M, Rahimi Foroushani A, Akbari Sari A	Using Conjoint Analysis to Elicit GPs' Preferences for Family Physician Contracts: A Case Study in Iran	۳۰۹۲
روستایی	۱۲	کاربرد ندارد	پزشکان	کیفی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۶	Nejatzadegan Z, Ebrahimipour H, Hooshmand E, Tabatabaee SS, Esmaili H, vafaeNajar A	Challenges in the rural family doctor system in Iran in 2013-14: A qualitative approach	۳۰۹۳
شهری و روستایی	۱۰	کاربرد ندارد	پزشکان	کیفی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۶	Mounesan L, Sayarifard A, Haghjou L, Ghadirian L, Rajabi F, Nedjat S	A manual for prioritizing the topics of clinical practice guidelines for family physicians	۳۰۹۴
شهری و روستایی	۷۷	کاربرد ندارد	سیاست گذاران	کیفی	پژوهشی اصیل	۲۰۲۰	Ghaseem Tamasizadeh Navekh)	The challenges of rural family physician program in Iran: a discourse analysis of the introduction to criticizing power imbalance between rural health and mainstream urban health	۲۰۴۱
شهری و روستایی	۴۰۰	ضعیف	پزشکان	مقطعی	پژوهشی اصیل	۲۰۲۱	Ramin Shiraly	Doctor patient communication skills: a survey on knowledge and practice of Iranian family physicians	۲۰۳۹
شهری و روستایی	۳۵۵۲	متوسط	کارشناسان حوزه سلامت	ترکیبی	پژوهشی اصیل	۲۰۲۱	Jafer Sadegh Tabrizi)	Developing National Functional Accreditation Model for Primary Healthcare with Emphasis on Family Practice in Iran	۲۰۴۰
شهری و روستایی	۱۲۵۰	بالا	دارندگان دفترچه بیمه روستایی	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۰	قربانی	بررسی میزان رضایتمندی از پزشک خانواده در جمعیت بیمه شده تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار	
روستایی	۱۰۰	بالا	روستاییان شهرستان داراب	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۰	عزیزی	بررسی میزان رضایتمندی روستاییان شهرستان داراب از ابعاد مختلف عملکرد پزشک خانواده	
شهری	۱۵ تیم سلامت	ندارد	تیم مراقبت سلامت	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۰	رئیسیان	ارزیابی طرح پزشک خانواده شهری در مراکز پایوت تحت پوشش دانشگاه خنکای سبزوار اهواز	

نوع پزشک خانواده	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
روستایی	۳۵ مصاحبه شونده	ندارد	مصاحبه شوندگان طراحان اصلی PHC در ایران، مقامات ارشد سابق و فعلی وزارت بهداشت، اعضای هیات علمی، مدیران بهداشت استان، بهوزران و نون از وزرای سابق بهداشت بودند.	کیفی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۶	مشیرزی	Using an Analytical Framework to Explain the Formulation of Primary Health Care in Rural Iran in the 1980s	۳۰۹۵
شهری	۸۶۰	ندارد	پزشکان شاغل در بخش خصوصی	کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۶	موحد	Acceptability of the Urban Family Medicine Project among Physicians: A Cross-Sectoral Study of Medical Offices, Iran	۳۰۹۶
روستایی	۹۶۳	متوسط	کاربرد ندارد	مرور نظام مند و متاتالیز	مروری	۱۳۹۴	موسی زاده	میزان رضایت گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه مرور ساختاریافته و متاتالیز	۳۰۹۷
روستایی	۱۷۴	ضعیف	بیماران ارجاع شده	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱	پورشیروانی	بررسی وضعیت نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان های شمالی ایران: ۱۳۹۱	۳۰۹۸
روستایی	۱۷۴	ندارد	پزشکان خانواده	کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۳	محقق	Psychological Factors Explaining the Referral Behavior of Iranian Family Physicians	۳۰۹۹
روستایی	۱۸۸	متوسط	پزشکان خانواده	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱	میکائیمی	رضایتمندی پزشکان خانواده از عوامل موثر بر پویایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان های شمالی ایران	۳۱۰۰
روستایی	۲۲۵۰۰	ندارد	کودکان متولد شده	کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۲	مشهدی عبدالهی	How Accurate is Diagnosis of Congenital Anomalies Made by Family Physicians?	۳۱۰۱
شهری	۲۷۶	ندارد	شهروندان تهرانی	کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۲	مجیدی	Are people in Tehran prepared for the family physician program?	۳۱۰۲
ذکر نشده	۱۴۲۳	ندارد	بیماران مبتلا به دیابت ۲	کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۱-۲۰۱۰	مهدوی	The effect of seeing a family physician on the level of glycosylated hemoglobin (HbA1c) in type 2 Diabetes Mellitus patients	۳۱۰۳
ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده		نامه به سردبیر		مجندزه	Family Physician Implementation and Preventive Medicine: Opportunities and Challenges	۳۱۰۴
روستایی	۶۷۵	ضعیف	بیماران ارجاع شده	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۸۷	پورشیروانی	ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی ایران ۱۳۸۷	۳۱۰۵
ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده		نامه به سردبیر		یاقری لنگرانی	Family physicians in Iran: success despite challenges.	۳۱۰۶
ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده		پانل متخصصین	۲۰۰۵	LeBaron	Family Medicine in Iran: The Birth of a New Speciality	۳۱۰۷
شهری	کاربرد ندارد	ضعیف		کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۶	فیض آبادی	ارتباط اجرای آزمایشی برنامه پزشک خانواده شهری با شاخص های حفاظت ملی سلامت در استان های فارس و مازندران	۴۰۰۱

نوع پزشکی خانواده	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
شهری	۳۵۲	نسبتاً خوب	دانشجویان پزشکی خانواده، استاذان پزشکی خانواده	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۳	نجمی	ارزشیابی دوره آموزشی پودمانی مدیریت عالی پزشکان خانواده در ایران	۴۰۰۲
شهری	۸۵۱	ضعیف تا متوسط	پزشکان خانواده و بیماران	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۵-۱۳۹۴	کوه پیمای جهرمی	ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری در ایران با استفاده از ابزار ارزیابی مراقبت‌های اولیه	۴۰۰۳
شهری	حدود ۴۰ نفر	ندارد	سیاست‌گذاران و مدیران کشوری طراحی و اجرای پزشک خانواده، ارائه دهندگان خدمات در دو استان فارس و مازندران	کیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	دماری	ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان های فارس و مازندران؛ پیشینه، دستاوردها، چالش‌ها و راه‌حل‌ها	۴۰۰۴
روستایی	داده های ۱۷ مرکز بهداشت روستایی	ضعیف تا خوب	کاربرد ندارد	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱-۱۳۹۰	کاظمیان	ارزیابی دسترسی به مراقبت‌ها در برنامه پزشک خانواده با رویکرد جامعیت	۴۰۰۵
روستایی	ذکر نشده		بیماران تحت پوشش ۷ مرکز بهداشتی درمانی روستایی	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱	ابراهیمی پور	ارزیابی عملکرد تیم پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان بردسکن طی سالهای ۱۳۸۸-۱۳۹۱	۴۰۰۶
روستایی	داده های ۱۷ مرکز بهداشت روستایی	ضعیف تا خوب	کاربرد ندارد	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱-۱۳۹۰	کاظمیان	ارزیابی کاهش هزینه های غیر ضروری در برنامه پزشک خانواده با رویکرد جامعیت مراقبت‌ها	۴۰۰۷
کاربرد ندارد	ذکر نشده	ضعیف تا خوب	اساتید و افراد شاغل در حوزه پزشکی خانواده	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۳	نریمانی	ارزیابی میزان انطباق برنامه پزشک خانواده ایران با ابعاد سیاست‌گذاری از دیدگاه متخصصان نظام سلامت	۴۰۰۸
روستایی	داده های ۱۷ مرکز بهداشت روستایی	ضعیف تا خوب	کاربرد ندارد	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱-۱۳۹۰	کاظمیان	ارزیابی هدف دسترسی به مراقبت‌های سریانی در برنامه پزشک خانواده روستایی با معیار های تداوم مراقبت‌ها و دسترسی بموقع به مراقبت‌ها در شهرستان کرگان	۴۰۰۹
روستایی	۱۴۱۸۹ نسخه دارویی	ندارد	کاربرد ندارد	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۳	افتخاری گل	ارزیابی وضعیت تجویز دارو بر مبنای شاخص‌های سازمان جهانی بهداشت در برنامه پزشک خانواده در استان خراسان رضوی، ایران	۴۰۱۰
روستایی	۷۳۸۰۶ نسخه دارویی	نسبتاً خوب	کاربرد ندارد	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۶	بابایی	وضعیت تجویز دارو در مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی محلی برنامه پزشک خانواده در شهرستان هشتگرد در سال ۱۳۹۶	۴۰۱۱
کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	ندارد	اساتید، صاحب‌نظران و کارشناسان با تجربه در حیطه بهداشت روان	کمی و کیفی	پژوهشی اصیل		بوالهروی	بازنگری برنامه ادغام سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده	۴۰۱۲
روستایی	۸۶۴ رنج حیاتی	بسته به شاخص متفاوت است	کاربرد ندارد	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	منصوریان	بررسی تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده بر روند شاخص‌های سلامت زیج حیاتی جمعیت روستایی استان قزوین طی سالهای ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷	۴۰۱۳
شهری	۱۲۶	ندارد	پزشک عمومی متقاضی شرکت در اجرای برنامه ی پزشک خانواده	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	خدیبوی	بررسی تأثیر برنامه ی آموزش از راه دور بر دانش و نگرش پزشکان عمومی متقاضی خدمت در برنامه ی پزشک خانواده در مناطق شهری استان اصفهان	۴۰۱۴
روستایی	۱۷۸۰ پزشک و ۱۷۷۲ ماما	ندارد	پزشکان و ماما های طرح پزشکی خانواده	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۸۸	مفتون	وضعیت اجرای طرح "نظام ارجاع و پزشک خانواده" از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات	۴۰۱۵

شماره مقاله	عنوان مقاله	نام نویسنده اول	سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	طراحی مطالعه	مشارکت کنندگان	نمره عملکرد	تعداد نمونه مورد مطالعه	نوع پزشکی خانواده
۴۰۱۶	بررسی تمایل پزشکان بخش خصوصی نسبت به مشارکت در برنامه پزشکی خانواده با استفاده از مدل انتشار نوآوری، قم سال ۱۳۹۱	علی گل	۱۳۹۱	پژوهشی اصیل	کمی	پزشکان عمومی دارای مطب و شاغل در بخش خصوصی	متوسط	۸۸ پزشک عمومی	کاربرد ندارد
۴۰۱۷	بررسی چالش‌های طرح پزشکی خانواده از دیدگاه مدیران و پزشکان در استان خراسان شمالی، ۱۳۹۵	محمدیان	۱۳۹۵	پژوهشی اصیل	کمی	مدیر طرح پزشکی خانواده و پزشکان خانواده	ندارد	۱۵۱	روستایی
۴۰۱۹	بررسی دیدگاه پزشکان عمومی در مورد سیاست‌های مندرج در دستورالعمل برنامه پزشکی خانواده و نظام آرجاع در مناطق شهری: استان خوزستان ۱۳۹۴	ظهوری	۱۳۹۴	پژوهشی اصیل	کمی	پزشکان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی چندی شاپور اهواز	ندارد	۱۹۶	کاربرد ندارد
۴۰۲۰	بررسی رضایت مندی اعضای تیم سلامت از سطح عملکردی پزشکان خانواده روستایی، در استانهای شمالی ایران	اشرفیان میری	۱۳۹۱	پژوهشی اصیل	کمی	اعضای گروه پزشکی خانواده با حداقل یک سال سابقه خدمت	بیشتر از متوسط	۵۶۱ عضو تیم پزشکی خانواده	روستایی
۴۰۲۱	بررسی زمان ویزیت در طرح پزشکی خانواده از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات	مفتون	۱۳۹۴	پژوهشی اصیل	کمی	پزشک و ماما	ندارد	۳۶۱۷ پزشک و ماما	روستایی
۴۰۲۲	بررسی عملکرد پزشکان خانواده روستایی استان گلستان از دیدگاه مدیران، پزشکان خانواده و بیماران	بازارده گشتی	۱۳۹۲	پژوهشی اصیل	کمی	پزشکان خانواده، بیماران و مدیران سلامت	بسته به شاخص متفاوت است	۲۱۲۶	روستایی
۴۰۲۳	بررسی عوامل فردی، سازمانی و محیطی بر ماندگاری پزشکان خانواده در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان	جمالی زاده	۱۳۹۷	پژوهشی اصیل	کمی	پزشکان خانواده	ندارد	۶۳	روستایی
۴۰۲۴	بررسی عوامل موثر بر ترک خدمت پرسنل پزشکی خانواده روستایی در غرب استان هرمزگان	سال افزون	۱۳۹۵	پژوهشی اصیل	کمی	اعضای تیم پزشکی خانواده شامل: پزشکان خانواده، ماماها، علوم آزمایشگاهی و رادیولوژیست‌ها	بسته به شاخص متفاوت است	۸۸	روستایی
۴۰۲۵	بررسی مقایسه‌ای وضعیت مراقبت‌های دیابت نوع ۲ در بیماران تحت پوشش کلینیک تخصصی پزشکی خانواده و مطب پزشکان عمومی خانواده شهر شیراز در سال ۱۳۹۷	مناقب	۱۳۹۷	پژوهشی اصیل	کمی	بیماران دارای دیابت نوع ۲	بسته به شاخص متفاوت است	۲۵۴ بیمار	شهری
۴۰۲۶	بررسی مولفه‌های اثرگذار بر تصمیم پزشکان عمومی جهت ورود به طرح پزشکی خانواده، مطالعه موردی: شهر تهران	سبحانیان	۱۳۹۴	پژوهشی اصیل	کمی	پزشکان عمومی	ندارد	۴۴۰	کاربرد ندارد
۴۰۲۷	میزان بیماریابی اختلالات روانی - عصبی در مناطق روستایی استان اصفهان بعد از اجرای برنامه‌ی پزشکی خانواده	خدیبوی	۱۳۹۵	پژوهشی اصیل	کمی	بیماران دارای اختلالات عصبی و روانی	ندارد		روستایی
۴۰۲۸	بررسی میزان رضایت‌مندی مردم مناطق شهری و روستایی از اجرای طرح پزشکی خانواده در شهرستان لارستان	شفیعی	۱۳۹۸	پژوهشی اصیل	کمی	خانوارهای تحت پوشش پزشکی خانواده	متوسط به بالا	۲۸۳	شهری و روستایی
۴۰۲۹	بررسی نحوه عملکرد پزشکان خانواده روستایی استان فارس در راستای اجرای طرح پزشکی خانواده ۱۳۹۳	کنفی	۱۳۹۲	پژوهشی اصیل	کمی	پزشکان خانواده	بسته به شاخص متفاوت است	۵۲	روستایی
۴۰۳۰	بررسی وضعیت اجرای برنامه پزشکی خانواده و تطابق آن با ابعاد سیاستگذاری شده از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات در استان یزد	عسکری	۱۳۹۱	پژوهشی اصیل	کمی	پزشکان خانواده و ماماها	بسته به شاخص متفاوت است	۱۰۵	روستایی

نوع پزشکی خانواده	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
روستایی	۵۸۲ خانه بهداشت، ۸۳ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و جمعیت ۷۳۳۷۷۱ تحت پوشش		تیم پزشکی خانواده و جمعیت تحت پوشش	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۰-۱۳۹۲	دواساز ایرانی	بهداشت روان در مناطق روستایی؛ همه گیرشناسی و مدیریت این برنامه در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی شبکه های بهداشت و درمان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اهواز طی سال های ۱۳۹۰-۱۳۹۲	۴۰۳۱
کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	ممل سازی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۴	صبحی	بهبود سازی تخصصی در طرح پزشکی خانواده	۴۰۳۲
روستایی	۱۸۹ پزشک خانواده و ۱۸۹۰ خانوار	پایین تر از انتظار	پزشکان خانواده و خانوارها	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱	کیبر	پرونده سلامت و ثبت خدمات ارائه شده در مراکز مجری طرح پزشکی خانواده و بیمه روستایی استان های شمالی ایران	۴۰۳۳
کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	گزارش موردی		۱۳۹۹	حسن زاده	پزشک خانواده نیروهای مسلح و ایجاد پرونده الکترونیک سلامت در سامانه سپب	۴۰۳۴
شهری و روستایی	۴۰۰	ندارد	کارکنان و مدیران و پزشکان خانواده	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۵	توکلی	تأثیر سیاست گذاری و ساختار بیمه در نظام سلامت بر نظام ارجاع پزشکی خانواده شهری ایران	۴۰۳۵
روستایی	۶۶۴۴۲۲	بسته به شاخص متفاوت است	جمعیت تحت پوشش روستایی	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۴	شمسائی	تأثیر طرح پزشکی خانواده روستایی بر شاخص های سلامت دانشگاه علوم پزشکی زابل	۴۰۳۶
کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	بسته به شاخص متفاوت است		کمی و کیفی	پژوهشی اصیل و مرور نظام مند	۱۳۹۲	مجاهد	تأثیر نظام های پرداخت بر شاخص های عملکردی برنامه پزشکی خانواده با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی	۴۰۳۷
دگر نشده	۱۵	ندارد	ماماهای تیم پزشکی خانواده	کیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۴	بیاتی	تبیین تجارب ماماهاى عضو تیم سلامت در مورد برنامه پزشکی خانواده	۴۰۳۸
روستایی	۲۶	ندارد	پزشکان خانواده	کیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱	روحانی	تجربه پزشکان خانواده روستایی درباره ارجاع بیماران و راه های بهبود آن (یک مطالعه کیفی)	۴۰۳۹
شهری	۹	ندارد	اعضاء هیئت علمی، پزشکان خانواده، مدیران ارشد و کارشناسان سلامت مطلع از برنامه پزشکی خانواده	کیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۵	عابدی	از منظر SWOT تحلیلی بر استقرار برنامه پزشک خانواده شهری؛ با رویکرد دینفعال؛ یک مطالعه کیفی	۴۰۴۰
شهری	۱۵۰۰	ضعیف تا خوب	بیماران	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۴	طهماسبی	تحلیلی بر رضایتمندی بیماران از اجرای طرح پزشک خانواده شهری در استان مازندران	۴۰۴۱
شهری	۲۰	ندارد	کارشناسان خبره، پزشکان خانواده، مدیران اجرایی، کارشناسان شاغل در بخش بیمه و دریافت کنندگان خدمت	کیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۵	صفی زاده	تحلیلی بر نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده شهری، با رویکرد از منظر دینفعال؛ یک مطالعه کیفی SWOT	۴۰۴۲
کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	افراد مطلع در زمینه پزشکی خانواده و ارجاع	کمی و کیفی	بومی سازی ابزار	۱۳۹۷	روحانی	ترجمه، بومی سازی و بررسی روانی و پایایی ابزار ارزیابی نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در ایران	۴۰۴۳



شماره مقاله	عنوان مقاله	نام نویسنده اول	سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	طراحی مطالعه	مشارکت کنندگان	نمره عملکرد	تعداد نمونه مورد مطالعه	نوع پزشکی خانواده
۴۰۴۴	جایگاه و موانع اجرایی طرح پزشکی خانواده در نظام سلامت ایران	شیبانی	۱۳۹۵	پژوهشی اصیل	کیفی	سیاست گذاران، مجریان و صاحبان پزشک خانواده در وزارت بهداشت، سازمان بیمه خدمات درمانی، کمیسیون بهداشت مجلس، سازمان نظام پزشکی، و دانشگاههای تهران و شهید بهشتی	ندارد	۲۳	دکر نشده
۴۰۴۵	چالش‌ها و راهکارهای اجرای پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه کیفی	شیرچنگ	۱۳۹۷	پژوهشی اصیل	کیفی	افراد مطلع کلیدی در زمینه پزشکی خانواده	ندارد	۲۶	دکر نشده
۴۰۴۶	میزان آگاهی‌گیرندگان خدمت از قوانین برنامه پزشک خانواده شهری فسا در سال ۱۳۹۳	جعفرزاده	۱۳۹۳	پژوهشی اصیل	کمی	بیماران	متوسط	۴۱۱	شهری
۴۰۴۷	چالش‌ها و موانع برنامه پزشک خانواده روستایی از دیدگاه ذی‌نفعان در استان کردستان: مطالعه کیفی	محمدی نیلان آباد	۱۳۹۶	پژوهشی اصیل	کیفی	افراد مطلع کلیدی در زمینه پزشکی خانواده	ندارد	۳۰	روستایی
۴۰۴۸	میزان آشنایی اعضای نهادهای محلی استان‌های شمالی ایران از روابط طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در سال ۱۳۹۱	کیبیر	۱۳۹۱	پژوهشی اصیل	کمی	منتخب اعضای شورای حل اختلاف، شورای اسلامی، شورای بهداشتی، دهیار، مدیر و معلم بومی در دسترس	ضعیف	۶۰۱	روستایی
۴۰۴۹	چالش‌های نظام پزشک خانواده روستایی شمال شرق ایران از دیدگاه مدیران و پزشکان شاغل در طرح	هوشمند	۱۳۹۷	پژوهشی اصیل	کمی-کیفی	مدیران و پزشکان خانواده	ندارد	۲۰ مصاحبه، ۱۰۱ پرسشنامه	روستایی
۴۰۵۰	درک، آگاهی و انتظارات مردم و پزشکان از اجرای طرح پزشک خانواده: مطالعه موردی شهر شیراز	ترابی اردکانی	۱۳۹۲	پژوهشی اصیل	کیفی	پزشکان و مردم شهر شیراز	ندارد	۳۰	دکر نشده
۴۰۵۱	رضایتمندی مراقبان سلامت شاغل در برنامه پزشک خانواده شهری ایران	کیبیر	۱۳۹۵	پژوهشی اصیل	کمی	مراقبین سلامت در برنامه پزشک خانواده	متوسط و بالاتر از متوسط	۳۲۸	شهری
۴۰۵۲	رضایتمندی گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت در مراکز مجری و غیر مجری برنامه پزشک خانواده شهری در شهرستان های ساری و گرگان سال ۱۳۹۶	عابدی	۱۳۹۶	پژوهشی اصیل	کمی	پزشکان خانواده، کارکنان و بیماران در مراکز مجری و غیر مجری	بسته به مورد متفاوت است	۳۳۲	شهری
۴۰۵۳	دهندگان خدمات سلامت در زمینه مشکلات دیدگاه مدیران، گیرندگان و ارائه اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران: یک مطالعه کیفی	فرزادفر	۱۳۹۳	پژوهشی اصیل	کیفی	مدیران، گیرندگان خدمت و ارائه دهندگان	ندارد	۲۰۴	شهری
۴۰۵۴	رضایتمندی ماماها شاغل در نظام ارجاع و پزشک خانواده در سطح کشور	مفتون	۱۳۹۴	پژوهشی اصیل	کمی	ماماها تیم پزشکی خانواده	بسته به مورد متفاوت است	۱۷۷۲	شهری و روستایی
۴۰۵۵	رضایتمندی مراجعین از برنامه پزشک خانواده در شهرستان کرمان در سال ۱۳۹۸	برهانی نژاد	۱۳۹۸	پژوهشی اصیل	کمی	جمعیت تحت پوشش روستایی	نامناسب تا مطلوب	۳۷۰	روستایی
۴۰۵۶	دستاورد‌ها و چالشهای اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران: دیدگاه مدیران و مجریان	کیبیر	۱۳۹۵	پژوهشی اصیل	کمی	مدیران، پزشکان و مراقبین سلامت	ندارد	۶۴۷	شهری

نوع پژوهش	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمبره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
شهری	۳۳۷		مدیران و مجریان اجرای پزشکی خانواده	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۵	اشرفیان امیری	دستاوردها و چالش‌های ترویج و توسعه بهره‌مندی از طب سنتی در برنامه پزشکی خانواده‌ی ایران	۴۰۵۷
شهری و روستایی	۶۰۶	ندارد	پزشک خانواده شهری، روستایی و غیر شاغل در طرح	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۷	رهنما	مقایسه فراوانی علائم فرسوگی شغلی در پزشکان عمومی شاغل در طرح پزشک خانواده با سایر پزشکان عمومی در استان مازندران در ۱۳۹۷	۴۰۵۸
شهری	۷۲۸ سند			تحلیل کیفی محتوا		۱۳۹۰-۱۳۹۱	دشمگیر	زیر ساخت های استقرار سیستم پزشکی خانواده شهری در ایران: تحلیل کیفی مستندات	۴۰۵۹
روستایی	ذکر نشده	ندارد	مستندات موجود در مراکز بهداشتی	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۴	علوی	مقایسه شاخص‌های بهداشتی قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده در شهرستان رامهرمز سال ۱۳۹۴	۴۰۶۰
ذکر نشده	۵۸۹ شهروند	ندارد	شهروندان تهرانی	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۲	سبحانیان	شناسایی و ارزش‌گذاری عوامل مؤثر بر تصمیم شهروندان تهرانی جهت ورود به طرح پزشک خانواده؛ با استفاده از آزمایش انتخاب گسسته	۴۰۶۱
روستایی	۱۵۶	ندارد	پزشکان خانواده	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۱	موسی فرخانی	علل پائین بودن ماندگاری پزشکان خانواده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد	۴۰۶۲
روستایی	۱۵	ندارد	پزشکان خانواده	کیفی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۴	بیاتی	عوامل مؤثر بر پویاسازی برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان شاغل در برنامه؛ مطالعه‌ی کیفی	۴۰۶۳
روستایی	ذکر نشده		مراقبین سلامت در برنامه پزشک خانواده	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۵	بهشتی روی	(عوامل مؤثر بر مدیریت تغییر در برنامه پزشک خانواده (مطالعه موردی	۴۰۶۴
شهری	۱۱۶۸	ندارد	خانوارهای تحت پوشش	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۵	کبیر	عوامل مؤثر بر میزان بهره‌مندی جمعیت تحت پوشش از برنامه پزشک خانواده شهری ایران	۴۰۶۵
شهری و روستایی	۳۳۸		مدیران، کارشناسان بهداشت و درمان و کارشناسان بیمه سلامت	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۶	عابدی	Evaluating the Implementation of Family Physician Program in Urban and Rural Areas of Mazandaran Province Based on Process Approach	۴۰۶۶
شهری		ندارد	مطالعات کلیدی در سطح کشور	کیفی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۵-۲۰۱۴	دشمگیر	Infrastructures Required for the Expansion of Family Physician Program to Urban Settings in Iran	۴۰۶۷
ذکر نشده	۲۵۰		فارغ التحصیلان رشته پزشک خانواده و مدیران شرکت کننده در طراحی و اجرای دوره	کمی	پژوهشی اصیل	۱۳۹۶	عقدک	Strengths and Weaknesses of Family Physician MPH Course in Iran: The Viewpoints of Managers and Physicians	۴۰۶۸
ذکر نشده	۱۳	ندارد	مطالعات کلیدی در سطح کشور	کیفی	پژوهشی اصیل	۲۰۲۱	عقدک	Selecting the Appropriate Method of Training Family Physicians in Iran to Achieve EMRO Declared Perspective by 2030	۴۰۶۹
روستایی	۳۸۹		پزشکان خانواده و خدمت گیرندگان	کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۴	احمدی	Satisfaction of Family Physician Plan: Viewpoint of Physicians and Health Service Consumers in Kerman, Southeast of Iran	۴۰۷۰
روستایی	۳۵۳۳۹۹ نسخه	ندارد	نسخ دارویی	کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۷	احمدی	Prescribing patterns of rural family physicians: a study in Kermanshah Province, Iran	۴۰۷۱
روستایی	۵۳	ندارد	پزشکان خانواده	کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۷	اکبری باقعی	Quality of Work Life in Family Physicians of Bam, Iran	۴۰۷۲

نوع پژوهش	تعداد نمونه مورد مطالعه	نمبره عملکرد	مشارکت کنندگان	طراحی مطالعه	نوع مطالعه	سال انجام مطالعه	نام نویسنده اول	عنوان مقاله	شماره مقاله
خانواده روستایی	۱۹۱۰۷۵ تولد	بسته به شاخص متفاوت است	زنان روستایی تحت پوشش پزشکی خانواده	کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۵	علیزاده	Reproductive Health of Women in Rural Areas of East Azerbaijan Iran, before and after Implementation of rural Family Physician Program: an Ecologic Study	۴۰۷۳
روستایی	۳۷۱	ندارد	بزرگان خانواده	کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۱	امیر اسماعیلی	Factors Affecting Leave out of General Practitioners from Rural Family Physician Program: A Case of Kerman, Iran	۴۰۷۴
روستایی	۵۵۷	کمتر از متوسط و متوسط	مدیران، سرپرستان و کارشناسان شبکه بهداشت و درمان	کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۲	اشرفیان امیری	Performance of Family Physicians (FPs) from Viewpoint of Managers and Experts of Northern Provinces of Iran	۴۰۷۵
شهری و روستایی	۹۸۶	ندارد	نسخ دارویی	کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۴	عرب	Factors affecting family physicians' drug prescribing: a cross-sectorial study in Khuzestan, Iran	۴۰۷۶
دکتر نشده	۱۵۰	ندارد	پرستاران تیم پزشکی خانواده	کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۸	عسکری محمادی	Modeling the Role of Nurses in Family Physician Team	۴۰۷۷
دکتر نشده	دکتر نشده	دکتر نشده	دکتر نشده	کمی	مروری	۲۰۱۵	احمدی	Health Care Systems in Selected Countries and Iran: A Descriptive-Comparative Study	۴۰۷۸
دکتر نشده	۳۳	ندارد	مطالعات کلیدی	کیفی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۹	دلگنجانی	Performance payment challenges for family physician program	۴۰۷۹
دکتر نشده	۳۱۰۰۰۰۰	ندارد	بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی	کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۹	بیاتی	Effect of two major health reforms on health care cost and utilization in Fars Province of Iran: family physician program and health transformation plan	۴۰۸۰
شهری	۱۴	ندارد	مطالعات کلیدی در سطح کشور	کیفی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۸	دشمنگیر	Payment system of urban family physician programme in the Islamic Republic of Iran: is it appropriate?	۴۰۸۱
دکتر نشده	۴۲	ندارد	بزرگان معالج در ۳۰ مرکز بهداشتی درمانی شبکه بهداشت و درمان جنوب تهران	کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۵	درگاهی	Family Medicine Program in Iran: SWOT Analysis and TOWS Matrix Model	۴۰۸۲
شهری و روستایی	۲۱	ندارد	افراد خیره (از دانشگاه علوم پزشکی کرمان، بیمه خدمات درمانی، نظام پزشکی و کارشناسان در زمینه طرح پزشک خانواده)	کیفی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۳	دهنویه	Urban family physician plan in Iran: challenges of implementation in Kerman	۴۰۸۳
روستایی	۷۰۰	ضعیف	بیماران	کمی	پژوهشی اصیل	۲۰۱۴	دهنویه	Evaluation of the referral system in Iran's rural family physician program; a study of Jiroft University of Medical Sciences	۴۰۸۴



