مقاله پژوهشی

تامین منابع فیزیکی و الزامات اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران: از تئوری تا عمل

محمدجواد کبیر[۱]، حسن اشرفیان امیری[۲]، سیدمظفر ربیعی[۳]، رضا ممتحن[۴]، رسول ظفرمند[۵]، سیدداود نصرالله‌پور شیروانی*[۲]

۱- مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان ۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل ۳- مرکز تحقیقات سرطان، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل ۴- اداره کل بیمه سلامت استان فارس ۵- اداره کل بیمه سلامت استان مازندران

* **نویسنده مسئول:** مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل. تلفن: ۳۲۱۹۰۶۳۱-۰۱۱،
پست الکترونیک: dnshirvani@gmail.com

دریافت: ۹۷/۱/۲۷ پذیرش: ۹۷/۴/۴

چکیده

مقدمه: *برنامه پزشک خانواده شهری به‌عنوان یک برنامه جدید تندرستی، مستلزم تامین منابع و امکانات مورد نیاز می‌باشد. این مطالعه به منظور بررسی وضعیت منابع فیزیکی و الزامات مرتبط در برنامه پزشک خانواده شهری استان‌های فارس و مازندران انجام گرفت.*

روش کار: *مطالعه از نوع مقطعی بوده و در زمستان ۱۳۹۵ انجام گرفت. با توجه به برآورد حجم نمونه، ۱۳٤ مرکز و پایگاه سلامت شهری مجری برنامه پزشک خانواده در استان فارس و ۹٦ مرکز و پایگاه سلامت شهری در استان مازندران به‌روش تصادفی منظم به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته بود که روایی و پایایی آن مورد تائید قرار گرفت. داده‌ها با آزمون‌های کروسکال-والیس و مجذور کای تحلیل شد.*

یافته‌ها: *از ۲۳۳ مرکز و پایگاه مطالعه شده، در ۱۰۵ واحد (۴۵/۳٪) بیش از یک پزشک مستقر بودند. در خصوص وضعیت سازه‌ای، فضای فیزیکی ۱۸۳ واحد (۷۹/۹٪) و نظافت عمومی ۱۷۸ واحد (۷۸/۱٪) مطلوب بود. نصب مشخصات ارایه‌دهندگان خدمات در برنامه پزشک خانواده شهری از ٤۲/۱٪ تا بیش از ۷۰٪ متغیر بود. همچنین، ۱۰٤ واحد (٤۵/۸٪) دارای الکتروکاردیوگرام (EKG) سالم، ۱۹۵ واحد (۸۵/۵٪) دارای آفتالموسکوب سالم، ۲۲۷ واحد (۹۷/٤٪) دارای لپ‌تاب یا کامپیوتر سالم، ۱۷۸ واحد (۷۷/۷٪) دارای تخت ژنیکولوژی سالم و ۱۲۵ واحد (۵۸/۸٪) دارای اتوکلاو سالم بودند. در خصوص تامین منابع فیزیکی و رعایت الزامات در بسیاری از موارد میان استان‌های مجری تفاوت معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۵).*

نتیجه‌گیری: *نتایج نشان داد بعضی از امکانات و الزامات در تعدادی از واحدهای مجری تامین نشده که برای تامین آن باید مداخلات متناسب به‌عمل آید.*

گل‌واژه‌گان: *پزشک خانواده شهری، تامین منابع، منابع فیزیکی، تجهیزات پزشکی، خدمات سلامت*

مقدمه

در هر سازمانی، عملکرد اصولا حاصل سه منبع فیزیکی، مالی و انسانی است و منابع فیزیکی و مالی خود به خود باعث تولید کالا یا خدمات نمی‌شوند، مگر این‌که عنصر انسانی وارد عمل شود. در نظام سلامت، گرچه منابع انسانی بالاترین نقش و اهمیت را در تولید خدمات سلامت دارد، ولی سایر منابع از جمله منابع فیزیکی نقش غیرقابل انکاری در کمیت و کیفیت خدمات تندرستی ایفا می‌کنند (۱). بنابراین، اجرای هر برنامه جاری و جدید تندرستی در نظام سلامت مستلزم تامین یک سری از منابع انسانی و فیزیکی همراه با مجموعه‌ای از الزامات متناسب با شرایط است، به‌گونه‌ای که بتواند استانداردهای برنامه را تعیین کند (۲). تجهیزات و ملزومات پزشکی، به‌عنوان جزیی از منابع فیزیکی، نقش ویژه‌ای در ارتقای سلامت و ایمنی جامعه به‌عهده دارند و بهره‌برداری بهینه از آن‌ها می‌تواند کمک شایانی به ارایه‌دهندگان خدمات سلامت در فرایند تشخیص، درمان و بازتوانی نماید. واحدهای بهداشتی-درمانی برای ارائه خدمات تشخیصی و درمانی باید تجهیزات و ملزومات پزشکی مورد نیاز را تامین نمایند. به همین جهت، تجهیزات و ملزومات پزشکی بخش مهمی از منابع واحدهای بهداشتی-درمانی را شکل می‌دهند(۳-۴). اگرچه تامین متعادل منابع یکی از پیش‌نیازهای ارایه خدمات است، سازمان جهانی بهداشت در گزارش سال ۲۰۰۰، یکی از مشکلات نظام‌های سلامت را عدم توازن جدی بین منابع انسانی، فیزیکی، فناوری و داروها اعلام نمود. در این نظام‌ها، کارکنان اغلب در مراکز فرسوده‌ای کار می‌کنند که کمبود مزمن تجهیزات در آن‌ها مشهود است (۵).

در مطالعه‌ای که روی ۲۲ مرکز بهداشتی-درمانی شهر

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

مشهد انجام شد، فقدان پاره‌ای از امکانات رفاهی نظیر تلفن، فضای انتظار مناسب، صندلی کافی متناسب با تعداد مراجعین و آب سردکن و سرویس بهداشتی برای رعایت حال مراجعین گزارش شد(۶). Boller در مطالعه‌ای پیرامون ساختار مراقبت‌های پیش از تولد، زیرساخت‌های عمومی موجود در مراکز (دسترسی به آب، فضای انتظار، سرویس بهداشتی، محل مراقبت و مشاوره) را مورد ارزیابی قرار داد و لازمه ارتقای کیفیت در بعد ساختاری مراقبت‌ها را مشروط به دسترسی پرسنل و دریافت‌کنندگان خدمات به همه امکانات مورد نیاز دانست (۷). در مطالعه Kyei، عدم دسترسی به نیروی انسانی متبحر و باتجربه و نیز فقدان تجهیزات لازم برای انجام خدمت مورد نظر از دلایل اصلی نامطلوب بودن کیفیت در بعد ساختاری این مراکز عنوان شد (۸). Agha و همکارانش، که طی مطالعه‌ای کیفیت ساختار خدمات تنظیم خانواده در کنیا را متوسط ارزیابی نمودند، در بررسی بعد ساختار مراقبت‌ها به این مسئله اذعان داشتند که محل ارائه مراقبت، نیروی انسانی و تجهیزات مراکز در ارائه یک خدمت مطلوب سهم به‌سزایی دارند(۹).

در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، تامین کلیه منابع و امکانات مورد نیاز و رعایت الزامات مرتبط، چالشی بود که کمابیش در غالب دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور وجود داشت (۱۰). برنامه پزشک خانواده شهری، که در دو استان فارس و مازندران اجرا شد، ممکن است در تامین منابع با چالش‌های مشابه یا متفاوتی مواجه باشد که خود نیازمند مطالعه نسبتا جامعی است. لذا، مطالعه حاضر به منظور بررسی وضعیت منابع فیزیکی و الزامات مرتبط با برنامه پزشک خانواده شهری استان‌های فارس و مازندران انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی بوده و در زمستان ۱۳۹۵ انجام گرفت. محیط پژوهش، مناطق شهری با جمعیت بالای ۲۰۰۰۰ نفر در استان‌های فارس و مازندران و جامعه پژوهش، ۱۱۲۳ مرکز بهداشتی-درمانی و پایگاه سلامت شهری مجری برنامه پزشک خانواده در استان فارس و ۶۵۷ مرکز بهداشتی درمانی و پایگاه سلامت شهری مجری برنامه پزشک خانواده در استان مازندران بودند. حجم نمونه با توجه به حجم جامعه پژوهش در دو استان فارس و مازندران از طریق برآورد و فرمول محاسبه حجم نمونه، در استان فارس ۱۳۴ مرکز و پایگاه سلامت شهری و در استان مازندران ۹۶ مرکز و پایگاه سلامت شهری مجری برنامه پزشک خانواده شهری تعیین و با استفاده از فهرست مراکز و پایگاه‌های سلامت شهری هر استان به روش تصادفی منظم انتخاب شدند. با مراجعه حضوری به مراکز و پایگاه‌های منتخب و توضیح مختصر در خصوص هدف و چگونگی اجرای مطالعه و پس از اخذ رضایت شفاهی، پرسش‌گری انجام گرفت. شرط ورود نمونه پژوهش به مطالعه، دارا بودن حداقل یک سال سابقه افتتاح یا شروع به‌کار بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه خود ساخته با بهره‌گیری از دستورالعمل‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری، شرح وظایف پزشک خانواده و مراقب سلامت و چک‌لیست‌های استانی حاوی چهار بخش متغیرهای سازمانی با ۸ سوال باز و بسته، ۱۷ سوال باز و بسته در خصوص وضعیت سازه‌ای ساختمان محل استقرار مرکز و پایگاه، ۱۴ سوال بسته در خصوص تامین الزامات مرکز و پایگاه و ۳۸ سوال بسته در خصوص برخورداری مرکز و پایگاه از تجهیزات و ملزومات پزشکی، اداری و رفاهی با نظرخواهی از شش نفر از مدیران و کارشناسان سازمان بیمه سلامت ایران، دو نفر از کارشناسان پایش‌گر برنامه پزشک خانواده شهری و سه از پزشکان خانواده شهری به شکل صوری به تایید خبرگان رسیده و پایایی آن نیز با انجام طرح پایلوت و یکسان‌سازی برداشت پرسشگران، که داده‌های مربوطه را صرفا با مشاهده منابع، امکانات و مستندات موجود و اطمینان کامل از موجود بودن در مراکز و پایگاه مورد مطالعه ثبت می‌کردند، با فاصله اطمینان بیش از ۹۵ درصد تایید شد.

برای امتیازدهی به پاسخ سوالات بسته مربوط به متغیرهای سازمانی، وضعیت فیزیکی ساختمان، تامین الزامات و تجهیزات و ملزومات با کدگذاری و سوالات باز هم به همان صورت (کمی کسسته) وارد اکسل گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون مجذور کای برای متغیرهای کیفی در نرم‌افزار SPSS-23 در سطح معناداری $\alpha<0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

از ۲۳۳ مرکز و پایگاه مطالعه شده، ۱۳۵ مرکز و پایگاه (۵۷/۹ درصد) از استان فارس و ۹۸ مرکز و پایگاه (۴۲/۱ درصد) از استان مازندران بودند. همچنین، ۵۸ مرکز و پایگاه (۲۴/۹ درصد) دولتی و ۱۷۵ مرکز و پایگاه (۷۵/۱ درصد) خصوصی بودند. سابقه فعالیت در برنامه پزشک خانواده شهری از حداقل یکسال تا حداکثر ۵۶ ماه با میانگین ۱۴/۹±۴۵/۶ ماه بود. ساعات کار ۱۵۱ مرکز و پایگاه (۶۴/۸ درصد) دو شیفته صبح و عصر، ۲۷ مرکز و پایگاه (۱۱/۶ درصد) تک شیفت صبح (از ساعت ۱۲-۸ صبح)، ۲۸ مرکز و پایگاه (۱۲/۰ درصد) تک شیفته عصر (از ساعت ۸-۴ عصر) و ۲۷ مرکز و پایگاه (۱۱/۶ درصد) تا ساعت ۲ بعد از ظهر بود. جدول ۱ وضعیت فضای فیزیکی مراکز و پایگاه‌های خصوصی مجری برنامه پزشک خانواده شهری را به تفکیک استان‌های فارس و مازندران نشان می‌دهد.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

جدول۱: وضعیت فضای فیزیکی مراکز و پایگاه‌های مجری برنامه پزشک خانواده شهری در استان‌های فارس و مازندران

استان‌های مجری / وضعیت فضای فیزیکی	فارس		مازندران		کل		P Value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
مالکیت پایگاه یا مرکز							
دولتی	۲۶	۱۹/۷	۲۶	۲۶/۸	۵۲	۲۲/۷	۰/۳۶۹
ملکی/شخصی	۵۲	۳۹/۴	۳۳	۳۴/۰	۸۵	۳۷/۱	
استیجاری	۵۲	۳۹/۴	۳۸	۳۹/۲	۹۰	۳۹/۳	
واگذاری	۲	۱/۵	–	–	۲	۰/۹	
اشتغال بیش از یک پزشک در واحد							
بله	۶۵	۴۸/۱	۴۰	۴۱/۲	۱۰۵	۴۵/۳	۰/۱۸۲
خیر	۷۰	۵۱/۹	۵۷	۵۸/۸	۱۲۷	۵۴/۷	
برخورداری از آبدارخانه							
بله	۹۹	۷۳/۹	۸۰	۸۲/۶	۱۷۹	۷۷/۵	۰/۰۸۲
خیر	۳۵	۲۶/۱	۱۷	۱۷/۴	۵۲	۲۲/۵	
وضعیت سازه‌ای ساختمان مرکز و پایگاه							
مطلوب	۱۱۰	۸۳/۴	۷۳	۷۵/۳	۱۸۳	۷۹/۹	۰/۱۹۴
تا حدودی مطلوب	۱۸	۱۳/۶	۲۲	۲۲/۶	۴۰	۱۷/۵	
نامطلوب	۴	۳/۰	۲	۲/۱	۶	۲/۶	
وضعیت فیزیکی آبدارخانه							
مطلوب	۶۶	۶۶/۶	۵۵	۶۸/۵	۱۲۱	۶۷/۶	۰/۸۴۵
تا حدودی مطلوب	۲۶	۲۶/۳	۲۱	۲۶/۵	۴۷	۲۶/۳	
نامطلوب	۷	۷/۱	۴	۵/۰	۱۱	۶/۱	
سرویس بهداشتی							
بله	۱۳۵	۱۰۰	۹۸	۱۰۰	۲۳۳	۱۰۰	–
خیر	–	–	–	–	–	–	
وضعیت فیزیکی سرویس بهداشتی							
مطلوب	۹۵	۷۰/۹	۶۵	۶۷/۷	۱۶۰	۶۹/۶	۰/۶۷۱
تا حدودی مطلوب	۳۰	۲۲/۴	۲۶	۲۷/۱	۵۶	۲۴/۳	
نامطلوب	۹	۶/۷	۵	۵/۲	۱۴	۶/۱	
استفاده بیماران از سرویس بهداشتی							
استفاده بدون اعمال محدودیت	۸۷	۶۵/۴	۸۶	۸۸/۷	۱۷۳	۷۵/۲	<۰/۰۰۱
استفاده با اعمال محدودیت	۲۸	۲۱/۱	۸	۸/۲	۳۶	۱۵/۷	
عدم استفاده	۱۸	۱۳/۵	۳	۳/۱	۲۱	۹/۱	
برخورداری از وسایل گرمایشی							
کامل	۱۱۷	۸۷/۴	۸۱	۸۲/۷	۱۹۸	۸۵/۴	۰/۳۶۱
تا حدودی	۱۶	۱۱/۹	۱۷	۱۷/۳	۳۳	۱۴/۲	
عدم برخورداری	۱	۰/۷	–	–	۱	۰/۴	
برخورداری از وسایل خنک‌کننده							
کامل	۱۱۴	۸۵/۱	۸۰	۸۱/۶	۱۹۴	۸۳/۶	۰/۶۸۶
تا حدودی	۱۸	۱۳/۴	۱۷	۱۷/۴	۳۵	۱۵/۱	
عدم برخورداری	۲	۱/۵	۱	۱/۰	۳	۱/۳	
نظافت عمومی مرکز و پایگاه							
مطلوب	۱۰۷	۸۱/۱	۷۱	۷۴/۰	۱۷۸	۷۸/۱	۰/۴۴۱
تا حدودی مطلوب	۲۱	۱۵/۹	۲۱	۲۱/۹	۴۲	۱۸/۴	
نامطلوب	۴	۳/۰	۴	۴/۱	۸	۳/۵	
اتصال مرکز و پایگاه به اینترنت							
بله	۱۳۳	۹۹/۳	۹۶	۹۸/۰	۲۲۹	۹۸/۷	۰/۳۸۴
خیر	۱	۰/۷	۲	۲/۰	۳	۱/۳	

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

همان‌طور که جدول۱ نشان می‌دهد، تفاوت معنی‌داری در وضعیت فضای فیزیکی مراکز و پایگاه‌های مجری برنامه پزشک خانواده شهری میان استان‌های فارس و مازندران وجود نداشت.

جدول ۲: میزان رعایت یا تامین الزامات در مراکز و پایگاه‌های مجری برنامه پزشک خانواده شهری در استان‌های فارس و مازندران

استان مجری / نوع الزامات	فارس		مازندران		کل		P Value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
نصب تابلوی پزشک خانواده در سردر مطب							
بود	۱۰۱	۷۴/۸	۸۸	۹۱/۷	۱۸۹	۸۱/۸	۰/۰۰۱
نبود	۳۴	۲۵/۲	۸	۸/۳	۴۲	۱۸/۲	
در معرض دید مراجعین بودن شیفت و ساعات کار مطب							
بود	۹۵	۷۱/۴	۸۴	۸۶/۶	۱۷۹	۷۷/۸	۰/۰۰۴
نبود	۳۸	۲۸/۶	۱۳	۱۳/۴	۵۱	۲۲/۲	
نصب تابلوی شناسایی اتاق‌ها							
کامل	۸۱	۶۰/۰	۴۶	۴۷/۴	۱۲۷	۵۴/۷	۰/۱۶۳
ناکامل	۲۲	۱۶/۳	۲۰	۲۰/۶	۴۲	۱۸/۱	
عدم نصب	۳۲	۲۳/۷	۳۱	۳۲/۰	۶۳	۲۷/۲	
نصب مشخصات ارائه‌دهنده خدمات							
کامل	۵۷	۴۲/۲	۴۳	۴۴/۳	۱۰۰	۴۳/۱	۰/۵۵۱
ناکامل	۲۹	۲۱/۵	۲۵	۲۵/۸	۵۴	۲۳/۳	
عدم نصب	۴۹	۳۶/۳	۲۹	۲۹/۹	۷۸	۳۳/۶	
در معرض دید مراجعین بودن مشخصات پزشک جانشین							
نصب مشخصات کامل	۷۹	۵۹/۸	۷۸	۸۲/۱	۱۵۷	۶۹/۲	۰/۰۰۲
نصب مشخصات ناقص	۱۱	۸/۴	۳	۳/۲	۱۴	۶/۲	
عدم نصب	۴۲	۳۱/۸	۱۴	۱۴/۷	۵۶	۲۵/۶	
در معرض دید مراجعین بودن تابلوی ۱۵۹۰							
بود	۱۰۱	۷۵/۴	۶۰	۶۳/۲	۱۶۱	۷۰/۳	۰/۰۴۱
نبود	۳۳	۲۴/۶	۳۵	۳۶/۸	۶۸	۲۹/۷	
در معرض دید مراجعین بودن فهرست مراکز معین							
بود	۶۳	۴۷/۷	۶۶	۶۹/۵	۱۲۹	۵۶/۸	۰/۰۰۴
نبود	۶۹	۵۲/۳	۲۹	۳۰/۵	۹۸	۴۲/۲	
در معرض دید مراجعین بودن فهرست متخصصین و مراکز پاراکلینیک							
بود	۸۵	۶۳/۴	۸۰	۸۳/۳	۱۶۵	۷۱/۷	<۰/۰۰۱
نبود	۴۹	۳۶/۶	۱۶	۱۶/۷	۶۵	۲۸/۳	
ثبت روزانه اسامی بیماران ویزیت شده							
کامل	۱۱۵	۸۷/۱	۹۴	۹۶/۹	۲۰۹	۹۱/۲	۰/۰۳۱
ناقص	۱۵	۱۱/۴	۳	۳/۱	۱۸	۷/۹	
عدم ثبت	۲	۱/۵	–	–	۲	۰/۹	
وجود فرم سفید ارجاع							
داشت	۱۲۸	۹۹/۲	۹۶	۹۸/۰	۲۲۴	۹۸/۸	۰/۳۶۸
نداشت	۱	۰/۸	۲	۲/۰	۳	۱/۲	
بایگانی پس‌خوراندهای ارجاع							
منظم	۵۵	۴۴/۰	۸۱	۸۳/۵	۱۳۶	۶۱/۳	<۰/۰۰۱
تا حدودی منظم	۵۳	۴۲/۴	۱۳	۱۳/۴	۶۶	۲۹/۷	
نامنظم	۱۷	۱۳/۶	۳	۳/۱	۲۰	۹/۰	
پوشیدن روپوش سفید توسط پزشک خانواده							
بلی	۷۹	۵۹/۰	۴۴	۴۵/۴	۱۲۳	۵۳/۲	۰/۰۲۸
خیر	۵۵	۴۱/۰	۵۳	۵۴/۶	۱۰۸	۴۶/۸	
پوشیدن روپوش سفید توسط مراقب سلامت							
بلی	۹۵	۷۳/۶	۴۷	۵۰/۰	۱۴۲	۶۳/۷	<۰/۰۰۱
خیر	۳۴	۲۶/۴	۴۷	۵۰/۰	۸۱	۳۶/۳	

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

همان‌طور که اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد، در خصوص میزان رعایت یا تامین الزامات در مراکز و پایگاه‌های مجری برنامه پزشک خانواده شهری، در موضوعاتی چون پوشیدن روپوش سفید توسط ارایه‌دهندگان خدمات و بایگانی پس‌خوراندهای ارجاع، تفاوت معنی‌داری میان استان‌های فارس و مازندران وجود داشت.

جدول ۳: میزان تامین تجهیزات و ملزومات پزشکی و اداری موجود در اتاق معاینه پزشک مراکز و پایگاه‌های مجری برنامه پزشک خانواده شهری در استان‌های فارس و مازندران

استان مجری / نام وسایل	فارس		مازندران		کل		P Value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
EKG							
نداشتند	۶۵	۴۸/۵	۳۹	۴۱/۹	۱۰۴	۴۵/۸	۰/۲۰۰
داشتند	۶۹	۵۱/۵	۵۴	۵۸/۱	۱۲۳	۵۴/۱	
اتوسکوپ							
نداشتند	۳	۲/۲	–	–	۳	۱/۳	۰/۱۹۱
داشتند	۱۳۱	۹۷/۸	۹۸	۱۰۰	۲۲۹	۹۸/۷	
آفتالموسکوپ							
نداشتند	۲۲	۱۶/۵	۱۱	۱۱/۶	۳۳	۱۴/۵	۰/۱۹۶
داشتند	۱۱۱	۸۳/۵	۸۴	۸۸/۴	۱۹۵	۸۵/۵	
لارنگوسکوپ							
نداشتند	۳۶	۲۷/۱	۱۰	۱۰/۶	۴۶	۲۰/۳	۰/۰۰۲
داشتند	۹۷	۷۲/۹	۸۴	۸۹/۴	۱۸۱	۷۹/۷	
نگاتوسکوپ							
نداشتند	۶۳	۴۸/۵	۳۹	۴۱/۱	۱۰۲	۴۵/۳	۰/۱۶۷
داشتند	۶۷	۵۱/۵	۵۶	۵۸/۹	۱۲۳	۵۴/۷	
چراغ معاینه (قوه)							
نداشتند	–	–	۱	۱/۰	۱	۰/۴	۰/۴۲۰
داشتند	۱۳۴	۱۰۰	۹۶	۹۹/۰	۲۳۰	۹۹/۶	
ترازوی قدسنج‌دار							
نداشتند	۵۸	۴۴/۳	۳۹	۴۱/۹	۹۷	۴۳/۳	۰/۴۱۷
داشتند	۷۳	۵۵/۷	۵۴	۵۸/۱	۱۲۷	۵۶/۷	
تخت معاینه							
نداشتند	۳	۲/۲	۳	۳/۱	۶	۲/۶	۰/۵۰۳
داشتند	۱۳۱	۹۷/۸	۹۵	۹۶/۹	۲۲۶	۹۷/۴	
پرده پاراوان							
نداشتند	۵۰	۳۷/۹	۴۵	۴۸/۹	۹۶	۴۲/۵	۰/۰۶۴
داشتند	۸۲	۶۲/۱	۴۸	۵۱/۱	۱۳۰	۵۷/۵	
فشارخون سنج بزرگسال							
نداشتند	–	–	–	–	–	–	–
داشتند	۱۳۵	۱۰۰	۹۸	۱۰۰	۲۳۳	۱۰۰	
فشارخون سنج اطفال							
نداشتند	۳۸	۲۸/۸	۱۳	۱۴/۱	۵۱	۲۲/۹	۰/۰۰۷
داشتند	۹۴	۷۱/۲	۷۹	۸۵/۹	۱۷۳	۷۷/۲	
لب تاب							
نداشتند	۵۲	۴۰/۰	۳۴	۳۷/۴	۸۶	۳۹/۹	۰/۴۰۰
داشتند	۷۸	۶۰/۰	۵۷	۶۲/۰	۱۳۵	۸۱/۱	
کامپیوتر							
نداشتند	۴۶	۳۶/۵	۳۰	۳۱/۹	۷۶	۳۴/۵	۰/۲۸۶
داشتند	۸۰	۶۳/۵	۶۴	۶۸/۱	۱۴۴	۶۵/۵	
لپ تاپ							
نداشتند	۴	۳/۰	۲	۲/۰	۶	۲/۶	۰/۵۰۱
داشتند	۱۳۱	۹۷/۰	۹۶	۹۸/۰	۲۲۷	۹۷/۴	
میز تحریر							
نداشتند	–	–	–	–	–	–	–
داشتند	۱۳۴	۱۰۰	۹۸	۱۰۰	۲۳۲	۱۰۰	
فایل							
نداشتند	۳۲	۲۴/۲	۲۸	۲۸/۶	۶۰	۲۶/۱	۰/۲۷۹
داشتند	۱۰۰	۷۵/۸	۷۰	۷۱/۴	۱۷۰	۷۳/۹	

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

همان‌طور که جدول۳ نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری در راستای تامین تجهیزات و ملزومات پزشکی و اداری موجود در اتاق معاینه پزشک خانواده مراکز و پایگاه‌های مجری برنامه پزشک خانواده شهری میان استان‌های فارس و مازندران وجود نداشت.

جدول ۴: میزان تامین تجهیزات و ملزومات پزشکی و اداری موجود در اتاق مامایی مراکز و پایگاه‌های مجری برنامه پزشک خانواده شهری در استان‌های فارس و مازندران

استان مجری / نام وسایل	فارس		مازندران		کل		P Value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
تخت ژنیکولوژی							
نداشتند	۴۸	۳۶/۴	۳	۳/۱	۵۱	۲۲/۳	<۰/۰۰۱
داشتند	۸۴	۶۳/۶	۹۴	۹۶/۹	۱۷۸	۷۷/۷	
پرده پاراوان							
نداشتند	۶۴	۴۸/۹	۲۶	۲۷/۱	۹۰	۳۹/۶	<۰/۰۰۱
داشتند	۶۷	۵۱/۱	۷۰	۷۲/۹	۱۳۷	۶۰/۴	
چراغ معاینه پایه‌دار							
نداشتند	۵۱	۳۸/۳	۱۱	۱۱/۳	۶۲	۲۷/۰	<۰/۰۰۱
داشتند	۸۲	۶۱/۷	۸۶	۸۸/۷	۱۶۸	۷۳/۰	
ترازوی قدسنج‌دار							
نداشتند	۴۳	۳۳/۱	۴۲	۴۶/۲	۸۵	۳۸/۵	۰/۰۳۴
داشتند	۸۷	۶۶/۹	۴۹	۵۳/۸	۱۳۶	۶۱/۵	
اتوکلاو							
نداشتند	۶۰	۴۵/۱	۳۹	۴۲/۹	۹۹	۴۴/۲	۰/۴۲۲
داشتند	۷۳	۵۴/۹	۵۲	۵۷/۱	۱۲۵	۵۵/۸	
سونی‌کیت							
نداشتند	۱۳	۹۲/۲	۲	۲/۱	۱۵	۶/۸	۰/۰۱۷
داشتند	۱۲۰	۹۰/۲	۹۳	۹۷/۹	۲۱۳	۹۳/۴	
اسپکلوم							
نداشتند	۷۶	۵۹/۴	۹	۹/۷	۸۵	۳۸/۵	<۰/۰۰۱
داشتند	۵۲	۴۰/۰	۸۴	۹۰/۳	۱۳۶	۶۱/۵	
تناکلوم							
نداشتند	۸۱	۶۱/۸	۴۱	۴۴/۱	۱۲۲	۵۴/۵	۰/۰۰۶
داشتند	۵۰	۳۲/۲	۵۲	۵۵/۹	۱۰۲	۴۵/۵	
هیسترومتر							
نداشتند	۸۱	۶۱/۸	۳۹	۴۲/۴	۱۲۰	۴۶/۲	۰/۰۰۳
داشتند	۵۰	۳۸/۲	۵۳	۵۷/۶	۱۰۳	۵۳/۸	
گوشی مامایی							
نداشتند	۵۸	۴۴/۳	۱۶	۱۶/۹	۷۴	۳۲/۶	<۰/۰۰۱
داشتند	۷۳	۵۵/۷	۸۱	۸۳/۵	۱۵۴	۶۷/۵	
فشارخون سنج							
نداشتند	۸	۶/۰	۴	۴/۱	۱۲	۵/۲	۰/۳۷۴
داشتند	۱۲۵	۹۴/۰	۹۳	۹۵/۹	۲۱۸	۹۴/۸	
میز تحریر							
نداشتند	۱۱	۸/۳	۶	۶/۲	۱۷	۷/۴	۰/۳۷۱
داشتند	۱۲۲	۹۱/۷	۹۱	۹۳/۸	۲۱۳	۹۲/۶	
فایل							
نداشتند	۲۴	۱۸/۰	۲۱	۲۲/۱	۴۵	۱۹/۷	۰/۲۷۶
داشتند	۱۰۹	۸۲/۰	۷۴	۷۷/۹	۱۸۳	۸۰/۳	

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

همان‌طـور کـه اطلاعـات جـدول ۴ نشـان می‌دهـد، میـزان تامیـن تجهیـزات و ملزومـات پزشـکی موجـود در اتـاق مامایـی مراکـز و پایگاه‌هـای مجـری برنامـه پزشـک خانـواده شـهری در مـواردی چـون تامیـن تخـت ژنیکولـوژی، اسـپکلوم و گوشـی مامایـی تفـاوت معنـی‌داری میـان اسـتان‌های فـارس و مازنـدران وجـود داشـت.

جدول ۵: میزان تامین تجهیزات و ملزومات پزشکی و اداری در اتاق تزریقات و پانسمان و تجهیزات رفاهی مراکز و پایگاه‌های مجری برنامه پزشک خانواده شهری در استان‌های فارس و مازندران

استان مجری / نام وسایل	فارس		مازندران		کل		P Value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
تخت معاینه							
نداشتند	۴	۳/۰	۰	۰	۴	۱/۷	۰/۱۱۳
داشتند	۱۳۱	۹۷/۰	۹۷	۱۰۰	۲۲۸	۹۸/۳	
پرده پاراوان							
نداشتند	۳۳	۲۴/۶	۳۲	۳۴/۴	۶۵	۲۸/۶	۰/۰۷۳
داشتند	۱۰۱	۷۵/۴	۶۱	۶۵/۶	۱۶۲	۷۱/۴	
ترالی پانسمان							
نداشتند	۳۰	۲۲/۴	۵	۶/۲	۳۵	۱۵/۲	<۰/۰۰۱
داشتند	۱۰۴	۷۷/۶	۹۱	۹۴/۸	۱۹۵	۸۴/۸	
کپسول اکسیژن با مانومتر							
نداشتند	۱۲	۹/۰	۲	۲/۱	۱۴	۶/۱	۰/۰۲۵
داشتند	۱۲۲	۹۱/۰	۹۵	۹۷/۹	۲۱۷	۹۳/۹	
ست پانسمان							
نداشتند	۳۷	۲۷/۸	۲	۲/۱	۳۹	۱۷/۰	<۰/۰۰۱
داشتند	۹۶	۷۲/۲	۹۵	۹۷/۹	۱۹۱	۸۳/۰	
ست بخیه							
نداشتند	۴۱	۳۰/۶	۱۲	۱۲/۶	۵۳	۲۳/۱	<۰/۰۰۱
داشتند	۹۳	۶۹/۴	۸۳	۸۷/۴	۱۷۶	۷۶/۹	
یخچال							
نداشتند	۲۳	۱۷/۲	۶	۶/۳	۲۹	۱۲/۷	۰/۰۱۱
داشتند	۱۱۱	۸۲/۸	۸۹	۹۳/۷	۲۰۰	۸۷/۳	
آب‌سردکن							
نداشتند	۶۶	۴۸/۹	۴۷	۵۲/۸	۱۱۳	۵۰/۴	۰/۳۳۱
داشتند	۶۹	۵۱/۱	۴۲	۴۷/۲	۱۱۱	۴۹/۶	
تلویزیون در سالن انتظار							
نداشتند	۶۶	۴۸/۹	۲۸	۳۰/۴	۹۴	۴۱/۴	۰/۰۰۴
داشتند	۶۹	۵۱/۱	۶۴	۹۶/۶	۱۳۳	۵۸/۶	

همان‌طـور کـه اطلاعـات جـدول ۵ نشـان می‌دهـد، در خصـوص تامین تجهیـزات و ملزومات پزشـکی در اتـاق تزریقات و پانسـمان مراکـز و پایگاه‌هـای مجـری برنامـه پزشـک خانواده شـهری، در مـواردی چـون ترالـی پانسـمان، سـت پانسـمان و سـت بخیـه تفـاوت معنـی‌داری میـان اسـتان‌های فـارس و مازنـدران وجـود داشـت.

بـا توجـه بـه وضعیـت برخـورداری مراکـز و پایگاه‌هـای مجـری برنامـه پزشـک خانـواده شـهری از تجهیـزات و ملزومات مـورد نیـاز کـه در جـدول ۳ تـا ۵ نشـان داده شـد، از بیـن ۲۳۳ واحـد مـورد مطالعـه، ۸ مرکـز و پایـگاه (۳/۴ درصـد) از کلیـه ۳۸ قلـم تجهیـزات و ملزومـات مـورد بررسـی برخـوردار بودنـد؛ ۴۹ مرکـز و پایـگاه (۲۱/۰ درصـد) ۸۵ درصـد تـا کمتـر از ۱۰۰ درصـد، ۶۰ مرکـز و پایـگاه (۲۵/۸ درصـد) ۷۰ تـا ۸۵ درصـد و ۱۱۶ مرکـز و پایـگاه (۴۹/۸ درصـد) کمتـر از ۷۰ درصـد از ۳۸ قلـم تجهیـزات و ملزومـات مـورد بررسـی برخـوردار بودنـد.

درخصـوص برخـورداری مراکـز و پایگاه‌هـا از تجهیـزات و ملزومـات، تفـاوت معنـی‌داری میـان اسـتان‌های مجـری (به‌نفـع اسـتان مازنـدران در مقایسـه بـا اسـتان فـارس) وجـود داشـت (P=۰/۰۰۸). در خصـوص برخـورداری از تجهیـزات و ملزومـات و نـوع مراکـز و پایگاه‌هـا، تفـاوت معنـی‌داری میـان مراکـز دولتـی و طـرف قـرارداد بخـش خصوصـی (به‌نفـع مراکـز دولتـی) وجـود داشـت (P<۰/۰۰۱). میانگیـن اقـلام

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

تجهیزات پزشکی و غیرپزشکی (از مجموع ۳۸ قلم) در مراکز و پایگاه‌های دو شیفته صبح و عصر ۵/۹±۲۷/۵، تک شیفته صبح ۵/۳±۲۹/۱، تک شیفته عصر ۵/۵±۲۸/۱ و تا ساعت ۲ عصر ۵/۵±۳۱/۰ قلم بود و تفاوت معنی‌داری میان میانگین تجهیزات و ساعات کاری مراکز و پایگاه‌ها وجود داشت (P=۰/۰۲۶).

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که درصد معدودی از مراکز و پایگاه‌های مورد بررسی از همه ۳۸ قلم تجهیزات و ملزومات مورد بررسی برخوردار بودند. کامل بودن تجهیزات و ملزومات در واحدهای ارایه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی در سطح اول و ارایه یک‌جای خدمات مورد نیاز در یک مراجعه، یکی از فاکتورهای مهم برای پیش‌گیری یا کاهش مراجعه غیرضروری مردم به سطح دوم ارایه خدمات می‌باشد. Palmer موثرترین شیوه جلب مردم و تشویق آن‌ها به استفاده از خدمات سطح اول را اطمینان دادن به مراجعین از جنبه قابل‌اعتماد بودن خدمات و تجهیز کامل مراکز مربوطه می‌داند (۱۱). نتایج مطالعه حاضر در خصوص کمبود تجهیزات پزشکی مورد نیاز برای ارایه خدمات بهداشتی-درمانی با مطالعات سایرین هم‌خوانی دارد (۱۰ و ۱۲). اهمیت تجهیزات پزشکی در پیگیری تشخیص، درمان و پژوهش در عرصه‌ی بهداشت و درمان بر کسی پوشیده نیست. بدون تردید، کمبود و نقص این‌گونه تجهیزات و وسایل، ارائه خدمات ضروری و حیاتی نظام مراقبت سلامت را با مشکل مواجه می‌سازد (۱۳). تجهیز ناکافی مراکز بهداشتی-درمانی یکی از مشکلات عمومی نظام مراقبت سلامت است و یکی از دلایل عمده آن می‌تواند به کمبود اعتبارات بخش سلامت مربوط باشد و مشکل دیگری که باعث می‌شود تجهیزات تهیه‌شده مورد استفاده قرار نگیرند و یا در دوره زمانی کوتاه‌تری اسقاط و بلااستفاده گردند، کمبود پرسنل و یا نبود پرسنل با مهارت کافی است (۱۴). چرا که در مطالعه نصرالله‌پور شیروانی و همکاران گزارش شد که درصد قابل ملاحظه‌ای از تجهیزات تامین‌شده، سالم نبوده و یا با وجود سالم‌بودن، مورد بهره‌برداری قرار نمی‌گرفتند. به عنوان مثال، تنها ۷ سال پس از خریداری دستگاه ECG در سال ۱۳۸۴، حدود ۱۰ درصد آن خراب و غیرقابل استفاده شده بود و ۳ مرکز دیگر برخوردار از ECG سالم نیز آن را مورد بهره‌برداری قرار نمی‌دادند (۱۰).

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که در نزدیک به نیمی از واحدهای مجری، بیش از یک پزشک خانواده کار می‌کردند. حتی در برخی پایگاه‌های سلامت شهری و مراکز درمانی تامین اجتماعی، استقرار بیش از ۵ پزشک خانواده هم گزارش شد. بعضی از مدیران، با دفاع از استقرار بیش از یک پزشک خانواده در یک مرکز یا پایگاه، آن را در قالب حسن اجرای برنامه بیان کرده و چنین توجیه می‌کردند که اگر در واحدهای مجری بیش از یک پزشک و همین‌طور بیش از یک مراقب سلامت مستقر باشد و یکی از پزشکان یا مراقبین سلامت به هر دلیلی در محل کار حضور نیابد، پزشک و مراقب سلامت حاضر در محل می‌توانند خدمات مورد نیاز مراجعین را ارایه نمایند و بدین ترتیب از بروز نارضایتی مردم به علت عدم حضور پزشک یا مراقب سلامت پیش‌گیری می‌شود. طبیعی است اگر رسالت پزشک خانواده ارایه خدمات صرف درمانی باشد، دیدگاه فوق تا حدود زیادی مقبولیت دارد؛ اما اگر رسالت پزشک خانواده تاکید بر ارایه خدمات پیش‌گیری و مراقبت جامع و مستمر از بیماران باشد، آن‌وقت ارایه خدمات با ۸ ساعت کار مفید برای یک جمعیت حدود ۳۰۰۰ نفری هم ناکافی و نارساست؛ چه رسد به این‌که در محل کار به بهانه حضور بیش از یک پزشک و یک مراقب سلامت به‌گونه‌ای تبانی و تفاهم شود که به نوبت همیشه یک پزشک و یک مراقب سلامت در محل حاضر بوده و مابقی به‌دنبال کارهای شخصی خود باشند.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بعضی از الزامات تاکیده شده از جمله معرفی مراکز و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت، ساعات انجام کار و اطلاع‌رسانی به شهروندان در خصوص قواعد برنامه پزشک خانواده شهری در سطح مناسبی تامین نشده‌است. یکی از عواملی که می‌تواند موجب کنترل و یا اصلاح رفتار متقاضیان خدمات سلامت شود، آگاهی و شناخت لازم از ارایه‌دهندگان و ضوابط برخورداری از خدمات سلامت است. آشنایی با ضوابط و قواعد ارایه خدمات سلامت سبب می‌شود که انتظارات مردم در چارچوب تعیین شده، تعدیل و تا حدودی از نارضایتی ضمنی پیش‌گیری شود. مطالعات نشان می‌دهند علی‌رغم اهمیت اطلاع‌رسانی جامع به مردم، اقدامات موثری در سطح جمعیت انجام نمی‌گیرد. در مطالعه‌ای پیرامون میزان آشنایی ۱۰۸۱ بیمه‌شده روستایی با تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی از دفترچه بیمه روستایی در طرح پزشک خانواده، نتایج نشان داد که ۳۳ نفر (۳ درصد) دارای سطح آشنایی خوب، ۴۱۶ نفر (۳۸/۵ درصد) متوسط و ۶۳۲ نفر (۵۸/۵ درصد) دارای سطح آشنایی ضعیف بودند (۱۵). نتایج مطالعه مذکور نشان داد که برای آشنا نمودن مردم باید قدم‌های گسترده‌تری برداشت.

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که حدود یک‌پنجم فضای فیزیکی مراکز و پایگاه‌های مجری برنامه پزشک خانواده شهری از نظر وضعیت سازه‌ای، شرایط آبدارخانه و نظافت عمومی دارای شرایط مطلوب نبود که تا حدودی با نتایج مطالعه غفاری سردشت و همکاران همخوانی دارد (۶). وضعیت مطلوب فضای فیزیکی مراکز ارایه‌دهنده

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

خدمات سلامت ضمن این‌که می‌تواند به طور مستقیم و غیرمستقیم فرهنگ مردم را برای ایجاد شرایط مطلوب محل مسکونی تحت تاثیر قرار دهد، به طور غیرمستقیم می‌تواند نشان‌دهنده کیفیت خدمات سلامت باشد (۸-۷). بنابراین ضرورت دارد که همه مراکز ارایه‌دهنده خدمات سلامت برای جلب اعتماد مردم در تامین شرایط مطلوب فضای فیزیکی، که نشان‌دهنده شان و منزلت یک واحد بهداشتی است، اقدام نمایند.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که حدود نیمی از مراکز و پایگاه‌های مجری، فاقد امکانات رفاهی مثل آب‌سردکن و تلویزیون برای بیماران بودند. تامین امکانات رفاهی برای بیماران ضمن این‌که یکی از نشانه‌های احترام به نیازهای مردم است، مخصوصا در مواردی که صف انتظار کمی طولانی است، می‌تواند نقش موثری در ایجاد سرگرمی و آرامش داشته، از بروز عصبانیت و اعتراض‌های احتمالی جلوگیری نماید.

در پژوهش حاضر نزدیک به ۲۰ درصد مراکز و پایگاه‌ها فاقد ست پانسمان و بخیه بودند. در دستورالعمل ۰۲، یکی از ویژگی‌های برنامه پزشک خانواده شهری، انجام پانسمان و بخیه ساده به صورت رایگان است (۱۶). حال باید توجه نمود که واحدهای مجری برنامه فاقد لوازم ضروری، چگونه می‌توانند این خدمات را به متقاضیان نیازمند ارایه دهند.

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بیش از ۵۰ درصد پزشکان در اتاقی کار می‌کردند که تخت معاینه فاقد پرده پاراوان بوده است. یکی از ضرورت‌های حفظ اسرار بیمار این است که بیمار در یک محل امن و به‌دور از حضور دیگران مورد معاینه قرار گیرد. علاوه بر آن، فرهنگ کشور در خیلی از موارد این اجازه را نمی‌دهد که بیماران، خصوصا زنان و دختران، در حضور سایر مراجعین مورد معاینه قرار گیرند. تاکید بر حقوق اساسی انسان در مراقبت‌های بهداشتی-درمانی، خصوصا حفظ شان بیمار به عنوان یک انسان، زمانی اهمیت می‌یابد که تخلفات و نقاط ضعف سیستم بهداشتی-درمانی منجر به ایجاد موانع فرهنگی برای دریافت خدمات گردد. در منشور حقوق بیمار، به صراحت بر احترام به حریم خصوصی وی به‌هنگام مراقبت، رفع حاجت، مشاوره‌ها و معاینات پزشکی تاکید شده است. حتی در مراکز آموزشی که قرارگرفتن دانشجویان و سایر کارآموزان در کنار بیمار ضرورت می‌یابد، تاکید می‌گردد که این کار با اعلام رضایت بیمار صورت‌گیرد (۱۷).

در مطالعه حاضر، نزدیک به نیمی از ارایه‌دهندگان خدمات فاقد روپوش سفید در حین انجام وظیفه بودند. به استناد مواد ۸۵ و ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه و به‌منظور ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت و تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره‌وری، حفظ حریم شخصی، کرامت انسانی، رعایت موازین و ضوابط عرفی و اجتماعی، حفظ سلامت و ایمنی کارکنان و بیماران، ایجاد تصویر مثبت از اخلاق حرفه‌ای، افزایش ضریب امنیت فردی و شغلی کارکنان و شناسایی سریع آنان در محیط کار، استانداردهای پوشش افراد در موسسات پزشکی و ضوابط مرتبط با آن تشریح شده که یکی از موارد ذکر شده، پوشیدن روپوش توسط کارکنان می‌باشد که به تمیز، مرتب و بدون چروک خوردگی بودن آن، به‌گونه‌ای که متناسب با وجهه واحد بهداشتی باشد، تاکیده شده‌است.

یافته‌های پژوهش دردست نشان می‌دهد که در برخورداری از بعضی تجهیزات و رعایت الزامات، میان استان‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود داشت که با مطالعه نصرالله‌پور شیروانی و همکاران (۱۰) همسو می‌باشد. تفاوت در تامین تجهیزات و رعایت الزامات ممکن است دلایل متعددی از جمله تفاوت در تامین میزان اعتبارات مورد نیاز، کمیت و کیفیت پیگیری مدیران و کارشناسان استانی و شهرستانی، نگرش و رفتار ارایه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات سلامت، پرداخت دیرهنگام سازمان‌های بیمه‌گر و ضعف فنی در نگهداشت منابع داشته باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که علی‌رغم تلاش‌های مستمر به‌منظور بهبود استاندارد منابع فیزیکی، بعضی از امکانات، الزامات و استانداردهای برنامه پزشک خانواده شهری کامل نبوده و نیاز مبرم به بهبود دارد. لذا، پیشنهاد می‌شود مدیران و کارشناسان پایش‌گر استانی و شهرستانی و همچنین پزشکان خانواده شهری، که از مخاطبان اصلی نتایج این پژوهش هستند، نسبت به تامین کامل منابع فیزیکی و رعایت جامع الزامات مورد نیاز اقدامات لازم را معمول نمایند.

کاربرد در تصمیم‌گیری مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

۱- پیش از انجام تحقیق حاضر، در مورد موضوع مورد مطالعه چه می‌دانستید؟ با توجه به این‌که حدود ۵ سال از زمان اجرای برنامه پزشک خانواده شهری می‌گذرد، اطلاعات جامع از کمیت و کیفیت تامین منابع فیزیکی مورد نیاز پزشکان خانواده شهری وجود نداشت. احتمالا خیلی از مدیران و کارشناسان با تصور این‌که تجهیزات و ملزومات مورد نیاز در حد انتظار تامین شده، نگرانی چندانی برای این امور نداشتند.

۲- مطالعه حاضر چه اطلاعاتی را به دانش موجود اضافه می‌کند؟ نظر بر این‌که تامین منابع حرفه‌ای و شغلی مورد نیاز در تولید و توزیع مطلوب خدمات سلامت

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

غیرقابل اجتناب است، این پژوهش نوع و وسعت کمی و کاستی‌های موجود در تامین منابع و الزامات را در ابعاد مختلف مشخص نموده است. سیاست‌گذاران می‌توانند بر اساس اهمیت و اولویت موارد، تصمیمات متناسب را اتخاذ نمایند.

۳- نتایج مطالعه حاضر چگونه می‌تواند بر تصمیم‌سازی‌های مرتبط با سیاست‌گذاری و مدیریت نظام سلامت کشور اثر بگذارد؟ نتایج پژوهش حاضر، با توجه به این‌که کل مناطق مجری برنامه پزشک خانواده شهری در ایران را مورد بررسی و دو استان فارس و مازندران را مورد مقایسه قرار داده، می‌تواند نقشی در سیاست‌گذاری و اعمال اصلاحات لازم به‌منظور بهبود کمی و کیفی پایش‌های دوره‌ای و متعاقب آن بهبود استانداردهای واحدهای ارایه خدمات سلامت داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله، حاصل طرح تحقیقاتی با کد اخلاق IR.MUBABOL.REC.1397.032می‌باشد که با حمایت سازمان بیمه سلامت ایران و دانشگاه علوم پزشکی بابل، اداره کل بیمه سلامت استان‌های فارس و مازندران و همکاری معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بابل، مازندران، شیراز، جهرم، فسا و لارستان انجام شد. بدین‌وسیله از همه مدیران و کارشناسان محترم کشوری، استانی و شهرستانی و همچنین از کلیه پزشکان خانواده شهری و پرسشگران محترمی که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد.

References

1- Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Mohoudi S, Nahvijoy A. Satisfaction of health teams about the function of family physician (FPs) in Universities medical of northern provinces of Iran. Journal of Nursing And Midwifery Urmia University of Medical Sciences 2011; 9(3): 180-187. (In Persian)

2- Abolhasani F. Health programs management, systematic approach for promotion of Health programs efficiency. 1nd ed. Tehran: Baraye Farda Publication; 2004: 27-67. (In Persian)

3- Jadidi R, Biati A, Arab M. The Effect of Medical Equipment Maintenance Management System Implementation on Valie–Asr Hospital Costs Situated in Arak: 2006. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2006; 11(4): 41-8. (In Persian)

4- Tourani S, Chegini Z, Mosadeghrad A. Prioritizing Factors Influencing Purchase of Medical Equipment in Selected Hospitals in Tehran Using Analytic Hierarchy Process Model. jha. 2015; 18 (59): 55-65. (In Persian). URL: http://jha.iums.ac.ir/article-1-1622-fa.html

5- World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance, 1nd ed. Geneva: World Health Organization; 2000: 7-21.

6- Ghaffari Sardasht F, Jafarnejad F, Jahani N. Applying Donabedian Quality-of-care Framework in Assessing the Structure of Preconception Care in Urban Health Centers, Mashhad, 2012. J Mazandaran Univ Med Sci. 2014; 24 (116) :149-160. (In Persian) URL: http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-4279-fa.html

7- Boller C, Wyss K, Mtasiwa D, Tanner M. Quality and comparison of antenatal care in public and private providers in the United Republic of Tanzania. Bull World Health Organ 2003; 81(2): 116-122.

8- Kyei NNA, Chollin C, Gabrysch S. Quality of antenatal care in Zambia: a national assessment. BMC Pregnancy & Childbirth 2012; 12: 151-162.

9- Agha S, Do M. The quality of family planning services and client satisfaction in the public and private sectors in Kenya. Int J Qual Health care. 2009; 21(2): 87-96.

10- Nasrollahpour Shirvani SD, Mikaniki E, Ashrafian Amiri H, Kabir M, Jafari N, Oveis G, et al . Resources, equipment and requirements for the implementation of Rural family physicians and insurance programs in northern . Community Health (Journal of Rafsanjan Faculty of Nursing & Midwifery and Paramedical). 2013; 7(2) :1-11. (In Persian) URL http://chj.rums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-1-127&slc_lang=en&sid=1

11- Palmer PES. "Feeling Unwell? Must you go straight to hospital? World Health Forum 1991; 12(1): 38-42.

12- Kavousi Z, Setoudehzade F, Kharazmi E, Khabiri R, Ravangard R, Rahimi H. The level of propensity to outsource Study: Based on hospital services features by managers and staff perspective in hospitals Kavousi Z Abstract: of Shiraz University of Medical Science, 2010. jhosp. 2012; 11 (1) :9-18. (In Persian) URL: http://jhosp.tums.ac.ir/article-1-33-fa.html

13- Baghbanian A, Agamohammadi G, saeei A, Ramani H, Saeidpour J. Management in the health sector. 1nd ed. Rasht: Gap; 2009: 430. (In Persian)

14- Nekooei Moghadam M, Beheshtifar M. Health services planning. 1nd ed. Tabriz: National Public Health Management Center (NPMC),Tabriz University of Medical Sciencs; 2005: 41-67. (In Persian)

15- Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Mohoudi S, Nahvijoy A. Understanding rural insurance insured loans, terms and conditions of the benefit plan insurance ID Rural family physician in the northern provinces of Iran: 2008. Journal of north Khorasan University of medical sciences 2010; 2,3: 33-38. (In Persian)

16- Family Physician and Referral System Instruction in urban areas. 2nd ed. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2011: 11-35. (In Persian)

17- Sadigiani E. Organization and management of the hospital. 1nd ed. Tehran: Jahan Rayane; 1998: 703- 704. (In Persian)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

Providing Physical Resources and Requirements for the Implementation of the Family Physician Program in Iran: From Theory to Practice

Mohammad Javad Kabir [1], Hasan Ashrafian Amiri [2], Seyed Mozaffar Rabiee [3], Reza Momtahen [4], Rasoul Zafarmand [5], Seiyed Davoud Nasrollahpour Shirvani [2 *]

[1]*Health Management and Social Determinants Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran*
[2]*Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Science, Babol, Iran*
[3]*Cancer Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran*
[4]*Directorate of Health Insurance of Fars Province, Shiraz, Iran*
[5]*Directorate of Health Insurance of Mazandaran Province, Sari, Iran*

Abstract

Background: The urban physician program as a new health program requires the provision of resources and facilities. This study aimed to investigate the status of physical resources and related requirements in the family physician program in Fars and Mazandaran provinces.

Methods: This cross-sectional study was carried out in winter 2016. According to the sample size estimation, 98 clinics and centers, in Mazandaran province, and 135 clinics and centers, in Fars province, were selected by a systematic random sampling method. The data collection tool was a researcher-made questionnaire; its validity and reliability were confirmed. Data were analyzed using Kruskal-Wallis and Chi-square tests.

Results: Out of 233 studied units, 105 (45.3%) had more than one physician. The structural status of the physical space in 183 units (79.9%) and the general cleaning of 178 units (78.1%) were desirable. The specification of service providers in the urban family physician program was completed from 42.1% to over 70%. One hundred and four units (45.8%) had an intact EKG, 195 units (85.5%) had an intact Ophthalmoscope, 227 units (97.4%) had an intact laptop or computer, 178 units (77.7%) had an intact gynecology bed, and 125 units (58.8%) had working autoclaves. Concerning supplying physical resources and meeting the requirements, there was mostly a significant difference between the provinces ($P < 0.05$).

Conclusions: The results showed that some of the facilities and requirements were not provided in a number of execution units; so, effective measures must be taken.

Keywords: Urban Family Physician; Resources Supply; Physical Resources; Medical Requirements; Health Services

Please cite this article as follows:

Kabir MJ, Ashrafian Amiri H, Rabiee SM, Momtahen R, Zafarmand R, Nasrollahpour Shirvani SD. Providing Physical Resources and Requirements for the Implementation of the Family physician Program in Iran: From Theory to Practice. Hakim Health Sys Res 2018; 21(3): 180-190.

***Corresponding Author:** Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Science, Babol, Iran. Tel: +98-11132190631, Email: dnshirvani@gmail.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]