

تامین منابع فیزیکی و الزامات اجرای برنامه پزشکی 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 نصرالله پور 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: ۰۱۱-۳۲۱۹۰۶۳۱. پست الکترونیک: dnshirvani@gmail.com

دریافت: ۹۷/۱/۲۷ پذیرش: ۹۷/۴/۴

چکیده

مقدمه: برنامه پزشکی خانواده شهری به عنوان یک برنامه جدید تندرستی، مستلزم تامین منابع و امکانات مورد نیاز می باشد. این مطالعه به منظور بررسی وضعیت منابع فیزیکی و الزامات مرتبط در برنامه پزشکی خانواده شهری استان های فارس و مازندران انجام گرفت.

روش کار: مطالعه از نوع مقطعی بوده و در زمستان ۱۳۹۵ انجام گرفت. با توجه به برآورد حجم نمونه، ۱۳۴ مرکز و پایگاه سلامت شهری مجری برنامه پزشکی خانواده در استان فارس و ۹۶ مرکز و پایگاه سلامت شهری در استان مازندران به روش تصادفی منظم به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه محقق ساخته بود که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت. داده ها با آزمون های کروسکال-والیس و مجذور کای تحلیل شد.

یافته ها: از ۲۳۳ مرکز و پایگاه مطالعه شده، در ۱۰۵ واحد (۴۵/۳٪) بیش از یک پزشک مستقر بودند. در خصوص وضعیت سازه ای، فضای فیزیکی ۱۸۳ واحد (۷۹/۹٪) و نظافت عمومی ۱۷۸ واحد (۷۸/۱٪) مطلوب بود. نصب مشخصات آرایه دهندگان خدمات در برنامه پزشکی خانواده شهری از ۴۲/۱٪ تا بیش از ۷۰٪ متغیر بود. همچنین، ۱۰۴ واحد (۴۵/۸٪) دارای الکتروکاردیوگرام (EKG) سالم، ۱۹۵ واحد (۸۵/۵٪) دارای آفتالموسکوب سالم، ۲۲۷ واحد (۹۷/۴٪) دارای لپ تاب یا کامپیوتر سالم، ۱۷۸ واحد (۷۷/۷٪) دارای تخت ژئیکولوژی سالم و ۱۲۵ واحد (۵۸/۸٪) دارای اتوکلاو سالم بودند. در خصوص تامین منابع فیزیکی و رعایت الزامات در بسیاری از موارد میان استان های مجری تفاوت معنی داری وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد بعضی از امکانات و الزامات در تعدادی از واحدهای مجری تامین نشده که برای تامین آن باید مداخلات متناسب به عمل آید.

کل واژه گان: پزشکی خانواده شهری، تامین منابع، منابع فیزیکی، تجهیزات پزشکی، خدمات سلامت

مقدمه

در هر سازمانی، عملکرد اصولاً حاصل سه منبع فیزیکی، مالی و انسانی است و منابع فیزیکی و مالی خود به خود باعث تولید کالا یا خدمات نمی شوند، مگر این که 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 می کنند (۱). بنابراین، اجرای هر برنامه جاری و جدید تندرستی در نظام سلامت مستلزم تامین یک سری از منابع انسانی و فیزیکی همراه با مجموعه ای از الزامات متناسب با شرایط است، به گونه ای که بتواند استانداردهای برنامه را تعیین کند (۲). تجهیزات و ملزومات پزشکی، به عنوان جزیی از منابع فیزیکی، نقش ویژه ای در ارتقای سلامت و ایمنی جامعه به عهده دارند و بهره برداری بهینه از آن ها می تواند

در هر سازمانی، عملکرد اصولاً حاصل سه منبع فیزیکی، مالی و انسانی است و منابع فیزیکی و مالی خود به خود باعث تولید کالا یا خدمات نمی شوند، مگر این که 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 می کنند (۱). بنابراین، اجرای هر برنامه جاری و جدید تندرستی در نظام سلامت مستلزم تامین یک سری از منابع انسانی و فیزیکی همراه با مجموعه ای از الزامات متناسب با شرایط است، به گونه ای که بتواند استانداردهای برنامه را تعیین کند (۲). تجهیزات و ملزومات پزشکی، به عنوان جزیی از منابع فیزیکی، نقش ویژه ای در ارتقای سلامت و ایمنی جامعه به عهده دارند و بهره برداری بهینه از آن ها می تواند

پاییز ۹۷، دوره بیست و یکم، شماره سوم، پیاپی ۸۲

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 به کار بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه خود ساخته با بهره‌گیری از دستورالعمل‌های اجرای برنامه پزشکی 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 پیش‌گر 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 صرفاً 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 $14/9 \pm 45/6$ ماه بود. ساعات کار ۱۵۱ مرکز و پایگاه (۶۴/۸ درصد) دو شیفته صبح و عصر، ۲۷ مرکز و پایگاه (۱۱/۶ درصد) تک شیفته 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.

پاییز ۹۷، دوره بیست‌ویکم، شماره سوم، پیاپی ۸۲

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 نسبتاً 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

جدول ۱: وضعیت فضای فیزیکی مراکز و پایگاه‌های مجری برنامه پزشکی خانواده شهری در استان‌های فارس و مازندران

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

همان‌طور که جدول ۱ 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

P Value	کل		مازندران		فارس		استان مجری	نوع الزامات
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
	نصب تابلوی پزشک خانواده در سردر مطب							
/۰۰۱	۸۱/۸	۱۸۹	۹۱/۷	۸۸	۷۴/۸	۱۰۱	بود	
	۱۸/۲	۴۲	۸/۳	۸	۲۵/۲	۳۴	نیبود	
	در معرض دید مراجعین بودن شیفت و ساعات کار مطب							
/۰۰۴	۷۷/۸	۱۷۹	۸۶/۶	۸۴	۷۱/۴	۹۵	بود	
	۲۲/۲	۵۱	۱۳/۴	۱۳	۲۸/۶	۳۸	نیبود	
	نصب تابلوی شناسایی اتاق‌ها							
/۱۶۳	۵۴/۷	۱۲۷	۴۷/۴	۴۶	۶۰/۰	۸۱	کامل	
	۱۸/۱	۴۲	۲۰/۶	۲۰	۱۶/۳	۲۲	ناکامل	
	۲۷/۲	۶۳	۳۲/۰	۳۱	۲۳/۷	۳۲	عدم نصب	
	نصب مشخصات ارائه‌دهنده خدمات							
/۵۵۱	۴۳/۱	۱۰۰	۴۴/۳	۴۳	۴۲/۲	۵۷	کامل	
	۲۳/۳	۵۴	۲۵/۸	۲۵	۲۱/۵	۲۹	ناکامل	
	۳۳/۶	۷۸	۲۹/۹	۲۹	۳۶/۳	۴۹	عدم نصب	
	در معرض دید مراجعین بودن مشخصات پزشک جانشین							
/۰۰۲	۶۹/۲	۱۵۷	۸۲/۱	۷۸	۵۹/۸	۷۹	نصب مشخصات کامل	
	۶/۲	۱۴	۳/۲	۳	۸/۴	۱۱	نصب مشخصات ناقص	
	۲۵/۶	۵۶	۱۴/۷	۱۴	۳۱/۸	۴۲	عدم نصب	
	در معرض دید مراجعین بودن تابلوی ۱۵۹+							
/۰۴۱	۷۰/۳	۱۶۱	۶۳/۲	۶۰	۷۵/۴	۱۰۱	بود	
	۲۹/۷	۶۸	۳۶/۸	۳۵	۲۴/۶	۳۳	نیبود	
	در معرض دید مراجعین بودن فهرست مراکز معین							
/۰۰۴	۵۶/۸	۱۲۹	۶۹/۵	۶۶	۴۷/۷	۶۳	بود	
	۴۲/۲	۹۸	۳۰/۵	۲۹	۵۲/۳	۶۹	نیبود	
	در معرض دید مراجعین بودن فهرست متخصصین و مراکز پاراکلینیک							
</۰۰۱	۷۱/۷	۱۶۵	۸۳/۳	۸۰	۶۳/۴	۸۵	بود	
	۲۸/۳	۶۵	۱۶/۷	۱۶	۳۶/۶	۴۹	نیبود	
	ثبت روزانه اسامی بیماران ویزیت شده							
/۰۳۱	۹۱/۲	۲۰۹	۹۶/۹	۹۴	۸۷/۱	۱۱۵	کامل	
	۷/۹	۱۸	۳/۱	۳	۱۱/۴	۱۵	ناقص	
	۰/۹	۲	-	-	۱/۵	۲	عدم ثبت	
	وجود فرم سفید ارجاع							
/۳۶۸	۹۸/۸	۲۲۴	۹۸/۰	۹۶	۹۹/۲	۱۲۸	داشت	
	۱/۲	۳	۲/۰	۲	۰/۸	۱	نداشت	
	بایگانی پس‌خوراندهای ارجاع							
</۰۰۱	۶۱/۳	۱۳۶	۸۳/۵	۸۱	۴۴/۰	۵۵	منظم	
	۲۹/۷	۶۶	۱۳/۴	۱۳	۴۲/۴	۵۳	تا حدودی منظم	
	۹/۰	۲۰	۳/۱	۳	۱۳/۶	۱۷	نامنظم	
	پوشیدن روپوش سفید توسط پزشک خانواده							
/۰۲۸	۵۳/۲	۱۲۳	۴۵/۴	۴۴	۵۹/۰	۷۹	بلی	
	۴۶/۸	۱۰۸	۵۴/۶	۵۳	۴۱/۰	۵۵	خیر	
	پوشیدن روپوش سفید توسط مراقب سلامت							
</۰۰۱	۶۳/۷	۱۴۲	۵۰/۰	۴۷	۷۳/۶	۹۵	بلی	
	۳۶/۳	۸۱	۵۰/۰	۴۷	۲۶/۴	۳۴	خیر	

موضوعاتی چون پوشیدن روپوش سفید توسط آرایه‌دهندگان خدمات و بایگانی پس‌خوراندهای ارجاع، تفاوت معنی‌داری میان استان‌های فارس و مازندران وجود داشت.

همان‌طور که اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد، در خصوص میزان رعایت یا تأمین الزامات در مراکز و پایگاه‌های مجری برنامه پزشکی خانواده شهری، در

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

P Value	کل		مازندران		فارس		استان مجری
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	نام وسایل
							EKG
۰/۲۰۰	۴۵/۸	۱۰۴	۴۱/۹	۳۹	۴۸/۵	۶۵	نداشتند
	۵۴/۱	۱۲۳	۵۸/۱	۵۴	۵۱/۵	۶۹	داشتند
							آتوسکوپ
۰/۱۹۱	۱/۳	۳	-	-	۲/۲	۳	نداشتند
	۹۸/۷	۲۳۹	۱۰۰	۹۸	۹۷/۸	۱۳۱	داشتند
							افتالموسکوپ
۰/۱۹۶	۱۴/۵	۳۳	۱۱/۶	۱۱	۱۶/۵	۲۲	نداشتند
	۸۵/۵	۱۹۵	۸۸/۴	۸۴	۸۳/۵	۱۱۱	داشتند
							لارنگوسکوپ
۰/۰۰۲	۲۰/۳	۴۶	۱۰/۶	۱۰	۲۷/۱	۳۶	نداشتند
	۷۹/۷	۱۸۱	۸۹/۴	۸۴	۷۲/۹	۹۷	داشتند
							نگاتوسکوپ
۰/۱۶۷	۴۵/۳	۱۰۲	۴۱/۱	۳۹	۴۸/۵	۶۳	نداشتند
	۵۴/۷	۱۲۳	۵۸/۹	۵۶	۵۱/۵	۶۷	داشتند
							چراغ معاینه (قوه)
۰/۴۲۰	۰/۴	۱	۱/۰	۱	-	-	نداشتند
	۹۹/۶	۲۳۰	۹۹/۰	۹۶	۱۰۰	۱۳۴	داشتند
							ترازوی قدسنج‌دار
۰/۴۱۷	۴۲/۳	۹۷	۴۱/۹	۳۹	۴۴/۳	۵۸	نداشتند
	۵۶/۷	۱۲۷	۵۸/۱	۵۴	۵۵/۷	۷۳	داشتند
							تخت معاینه
۰/۵۰۳	۲/۶	۶	۳/۱	۳	۲/۲	۳	نداشتند
	۹۷/۴	۲۲۶	۹۶/۹	۹۵	۹۷/۸	۱۳۱	داشتند
							پرده پاراوان
۰/۰۶۴	۴۲/۵	۹۶	۴۸/۹	۴۵	۳۷/۹	۵۰	نداشتند
	۵۷/۵	۱۳۰	۵۱/۱	۴۸	۶۲/۱	۸۲	داشتند
							فشارخون سنج بزرگسال
-	-	-	-	-	-	-	نداشتند
	۱۰۰	۲۳۳	۱۰۰	۹۸	۱۰۰	۱۳۵	داشتند
							فشارخون سنج اطفال
۰/۰۰۷	۲۲/۹	۵۱	۱۴/۱	۱۳	۲۸/۸	۳۸	نداشتند
	۷۷/۲	۱۷۳	۸۵/۹	۷۹	۷۱/۲	۹۴	داشتند
							لب تاب
۰/۴۰۰	۳۹/۹	۸۶	۳۷/۴	۳۴	۴۰/۰	۵۲	نداشتند
	۸۱/۱	۱۳۵	۶۲/۰	۵۷	۶۰/۰	۷۸	داشتند
							کامپیوتر
۰/۲۸۶	۳۴/۵	۷۶	۳۱/۹	۳۰	۳۶/۵	۴۶	نداشتند
	۶۵/۵	۱۴۴	۶۸/۱	۶۴	۶۳/۵	۸۰	داشتند
							لب تاب
۰/۵۰۱	۲/۶	۶	۲/۰	۲	۳/۰	۴	نداشتند
	۹۷/۴	۲۲۷	۹۸/۰	۹۶	۹۷/۰	۱۳۱	داشتند
							میز تحریر
-	-	-	-	-	-	-	نداشتند
	۱۰۰	۲۳۲	۱۰۰	۹۸	۱۰۰	۱۳۴	داشتند
							فایل
۰/۲۷۹	۲۶/۱	۶۰	۲۸/۶	۲۸	۲۴/۲	۳۲	نداشتند
	۷۳/۹	۱۷۰	۷۱/۴	۷۰	۷۵/۸	۱۰۰	داشتند

مراکز و پایگاه‌های مجری برنامه پزشکی خانواده شهری میان استان‌های فارس و مازندران وجود نداشت.

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری در راستای تامین تجهیزات و ملزومات پزشکی و اداری موجود در اتاق معاینه پزشک خانواده

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

P Value	کل		مازندران		فارس		استان مجری نام وسایل
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
							تخت ژنیکولوژی
<./۰۰۱	۲۲/۳	۵۱	۳/۱	۳	۳۶/۴	۴۸	نداشتند
	۷۷/۷	۱۷۸	۹۶/۹	۹۴	۶۳/۶	۸۴	داشتند
							پرده پاراوان
<./۰۰۱	۳۹/۶	۹۰	۲۷/۱	۲۶	۴۸/۹	۶۴	نداشتند
	۶۰/۴	۱۳۷	۷۲/۹	۷۰	۵۱/۱	۶۷	داشتند
							چراغ معاینه پایه‌دار
<./۰۰۱	۲۷/۰	۶۲	۱۱/۳	۱۱	۳۸/۳	۵۱	نداشتند
	۷۳/۰	۱۶۸	۸۸/۷	۸۶	۶۱/۷	۸۲	داشتند
							ترازوی قدسنج‌دار
./۰۳۴	۳۸/۵	۸۵	۴۶/۲	۴۲	۳۳/۱	۴۳	نداشتند
	۶۱/۵	۱۳۶	۵۳/۸	۴۹	۶۶/۹	۸۷	داشتند
							اتوکلاو
./۴۲۲	۴۴/۲	۹۹	۴۲/۹	۳۹	۴۵/۱	۶۰	نداشتند
	۵۵/۸	۱۲۵	۵۷/۱	۵۲	۵۴/۹	۷۳	داشتند
							سونی کیت
./۰۱۷	۶/۸	۱۵	۲/۱	۲	۹۲/۲	۱۳	نداشتند
	۹۳/۴	۲۱۳	۹۷/۹	۹۳	۹۰/۲	۱۲۰	داشتند
							اسپکولوم
<./۰۰۱	۳۸/۵	۸۵	۹/۷	۹	۵۹/۴	۷۶	نداشتند
	۶۱/۵	۱۳۶	۹۰/۳	۸۴	۴۰/۰	۵۲	داشتند
							تناکولوم
./۰۰۶	۵۴/۵	۱۲۲	۴۴/۱	۴۱	۶۱/۸	۸۱	نداشتند
	۴۵/۵	۱۰۲	۵۵/۹	۵۲	۳۲/۲	۵۰	داشتند
							هیسترومتر
./۰۰۳	۴۶/۲	۱۲۰	۴۲/۴	۳۹	۶۱/۸	۸۱	نداشتند
	۵۳/۸	۱۰۳	۵۷/۶	۵۳	۳۸/۲	۵۰	داشتند
							گوشی مامایی
<./۰۰۱	۳۲/۶	۷۴	۱۶/۹	۱۶	۴۴/۳	۵۸	نداشتند
	۶۷/۵	۱۵۴	۸۳/۵	۸۱	۵۵/۷	۷۳	داشتند
							فشارخون سنج
./۳۳۴	۵/۲	۱۲	۴/۱	۴	۶/۰	۸	نداشتند
	۹۴/۸	۲۱۸	۹۵/۹	۹۳	۹۴/۰	۱۲۵	داشتند
							میز تحریر
./۳۷۱	۷/۴	۱۷	۶/۲	۶	۸/۳	۱۱	نداشتند
	۹۲/۶	۲۱۳	۹۳/۸	۹۱	۹۱/۷	۱۲۲	داشتند
							فایل
./۲۷۶	۱۹/۷	۴۵	۲۲/۱	۲۱	۱۸/۰	۲۴	نداشتند
	۸۰/۳	۱۸۳	۷۷/۹	۷۴	۸۲/۰	۱۰۹	داشتند

شهری در مواردی چون تأمین تخت ژنیکولوژی، اسپکلوم و گوشی مامایی تفاوت معنی‌داری میان استان‌های فارس و مازندران وجود داشت.

همان‌طور که اطلاعات جدول ۴ نشان می‌دهد، میزان تأمین تجهیزات و ملزومات پزشکی موجود در اتاق مامایی مراکز و پایگاه‌های مجری برنامه پزشکی خانواده

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

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

۴۹ مرکز و پایگاه (۲۱/۰ درصد) ۸۵ درصد تا کمتر از ۱۰۰ درصد، ۶۰ مرکز و پایگاه (۲۵/۸ درصد) ۷۰ تا ۸۵ درصد و ۱۱۶ مرکز و پایگاه (۴۹/۸ درصد) کمتر از ۷۰ درصد از ۳۸ قلم تجهیزات و ملزومات مورد بررسی برخوردار بودند. درخصوص برخورداری مراکز و پایگاه‌ها از تجهیزات و ملزومات، تفاوت معنی‌داری میان استان‌های مجری (به‌نفع استان مازندران در مقایسه با استان فارس) وجود داشت ($P=۰/۰۰۸$). در خصوص برخورداری از تجهیزات و ملزومات و نوع مراکز و پایگاه‌ها، تفاوت معنی‌داری میان مراکز دولتی و طرف قرارداد بخش خصوصی (به‌نفع مراکز دولتی) وجود داشت ($P<۰/۰۰۱$). میانگین ارقام

همان‌طور که اطلاعات جدول ۵ نشان می‌دهد، در خصوص تأمین تجهیزات و ملزومات پزشکی در اتاق تزریقات و پانسمان مراکز و پایگاه‌های مجری برنامه پزشکی خانواده شهری، در مواردی چون ترالی پانسمان، ست پانسمان و ست بخیه تفاوت معنی‌داری میان استان‌های فارس و مازندران وجود داشت.

با توجه به وضعیت برخورداری مراکز و پایگاه‌های مجری برنامه پزشکی خانواده شهری از تجهیزات و ملزومات مورد نیاز که در جدول ۳ تا ۵ نشان داده شد، از بین ۲۳۳ واحد مورد مطالعه، ۸ مرکز و پایگاه (۳/۴ درصد) از کلیه ۳۸ قلم تجهیزات و ملزومات مورد بررسی برخوردار بودند؛

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 ارائه نمایند و بدین ترتیب از بروز نارضایتی مردم به علت عدم حضور پزشک یا مراقب سلامت پیش‌گیری می‌شود. طبیعی است اگر رسالت پزشک خانواده ارائه خدمات صرف درمانی باشد، دیدگاه فوق تا حدود زیادی مقبولیت دارد؛ اما اگر رسالت پزشک خانواده تاکید بر ارائه خدمات پیش‌گیری و مراقبت جامع و مستمر از بیماران باشد، آن‌وقت ارائه 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 تاکید شده از جمله معرفی مراکز و ارائه‌دهندگان 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 ارائه‌دهندگان و ضوابط برخورداری از خدمات سلامت است. آشنایی با ضوابط و قواعد ارائه 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 ارائه‌دهنده

تجهیزات پزشکی و غیرپزشکی (از مجموع ۳۸ قلم) در مراکز و پایگاه‌های دو شیفته صبح و عصر $27/5 \pm 5/9$ ، تک شیفته صبح $29/1 \pm 5/3$ ، تک شیفته عصر $28/1 \pm 5/5$ و تا ساعت ۲ عصر $31/0 \pm 5/5$ قلم بود و تفاوت معنی‌داری میان میانگین تجهیزات و ساعات کاری مراکز و پایگاه‌ها وجود داشت ($P=0/026$).

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 ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی در سطح اول و ارائه یک‌جای خدمات مورد نیاز در یک مراجعه، یکی از فاکتورهای مهم برای پیش‌گیری یا کاهش مراجعه غیرضروری مردم به سطح دوم ارائه 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 ارائه خدمات بهداشتی-درمانی با مطالعات سایرین هم‌خوانی دارد (۱۰ و ۱۲). اهمیت تجهیزات پزشکی در پیگیری تشخیص، درمان و پژوهش در عرصه 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 سالم بودن، 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

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، تأکید شده است. 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 تأمین تجهیزات و رعایت الزامات ممکن است دلایل متعددی از جمله تفاوت در تأمین میزان اعتبارات مورد نیاز، کمیت و کیفیت پیگیری مدیران و کارشناسان استانی و شهرستانی، نگرش و رفتار ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات سلامت، پرداخت دیر هنگام سازمان‌های بیمه‌گر و ضعف فنی در نگهداشت منابع داشته باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که علی‌رغم تلاش‌های مستمر به‌منظور بهبود استانداردهای منابع فیزیکی، بعضی از امکانات، الزامات و استانداردهای برنامه پزشکی 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 تأمین 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 این که حدود ۵ سال از زمان اجرای برنامه پزشکی خانواده شهری می‌گذرد، اطلاعات جامع از کمیت و کیفیت تأمین منابع فیزیکی مورد نیاز پزشکان خانواده شهری وجود نداشت. احتمالاً خیلی از مدیران و کارشناسان با تصور این که تجهیزات و ملزومات مورد نیاز در حد انتظار تأمین شده، نگرانی چندانی برای این امور نداشتند.

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

خدمات سلامت ضمن این که می‌تواند به طور مستقیم و غیرمستقیم فرهنگ مردم را برای ایجاد شرایط مطلوب محل مسکونی تحت تأثیر قرار دهد، به طور غیرمستقیم می‌تواند نشان‌دهنده کیفیت خدمات سلامت باشد (۷-۸). بنابراین ضرورت دارد که همه مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت برای جلب اعتماد مردم در تأمین 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. تأمین امکانات رفاهی برای بیماران ضمن این که یکی از نشانه‌های احترام به نیازهای مردم است، مخصوصاً 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 پزشکی 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 ارائه 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، خصوصاً زنان و دختران، در حضور سایر مراجعین مورد معاینه قرار گیرند. تأکید بر حقوق اساسی انسان در مراقبت‌های بهداشتی-درمانی، خصوصاً 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 تأکید شده است. حتی در مراکز آموزشی که قرارگرفتن دانشجویان و سایر کارآموزان در کنار بیمار ضرورت می‌یابد، تأکید می‌گردد که این کار با اعلام رضایت بیمار صورت گیرد (۱۷).

در مطالعه حاضر، نزدیک به نیمی از ارائه‌دهندگان 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

استانداردهای واحدهای ارایه خدمات سلامت داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله، حاصل طرح تحقیقاتی با کد اخلاق IR.MUBABOL.REC.1397.032 می‌باشد 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.

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

References

- 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)
- Abolhasani F. Health programs management, systematic approach for promotion of Health programs efficiency. 1nd ed. Tehran: Baraye Farda Publication; 2004: 27-67. (In Persian)
- 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)
- 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.iuums.ac.ir/article-1-1622-fa.html>
- World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance, 1nd ed. Geneva: World Health Organization; 2000: 7-21.
- 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>
- 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.
- Kyei NNA, Chollin C, Gabrysch S. Quality of antenatal care in Zambia: a national assessment. *BMC Pregnancy & Childbirth* 2012; 12: 151-162.
- 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.
- 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
- Palmer PES. "Feeling Unwell? Must you go straight to hospital? *World Health Forum* 1991; 12(1): 38-42.
- 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. *j Hosp*. 2012; 11 (1) :9-18. (In Persian) URL: <http://jhosp.tums.ac.ir/article-1-33-fa.html>
- Baghbanian A, Agamohammadi G, saeei A, Ramani H, Saeidpour J. Management in the health sector. 1nd ed. Rasht: Gap; 2009: 430. (In Persian)
- Nekoeei Moghadam M, Beheshtifar M. Health services planning. 1nd ed. Tabriz: National Public Health Management Center (NPMC), Tabriz University of Medical Sciences; 2005: 41-67. (In Persian)
- 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)
- Family Physician and Referral System Instruction in urban areas. 2nd ed. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2011: 11-35. (In Persian)
- Sadigiani E. Organization and management of the hospital. 1nd ed. Tehran: Jahan Rayane; 1998: 703- 704. (In Persian)

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 Momtahn ⁴, Rasoul Zafarmand ⁵, Seiyed Davoud Nasrollahpour Shirvani ^{2*}

¹Health Management and Social Determinants Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

²Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Science, Babol, Iran

³Cancer Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

⁴Directorate of Health Insurance of Fars Province, Shiraz, Iran

⁵Directorate 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, Momtahn 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