

اجرای طرح ملی پزشکی خانواده در شهرستان شاهرود: وضعیت مراکز مجری و بررسی کیفیت اجرا

رضا چمن^۱، محمد امیری^{۲*}، مهدی راعی^۳، محمد علی نژاد^۴، سید داود نصرالله پور شیروانی^۵

۱- مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود ۲- گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود ۳- گروه علوم پایه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود ۴- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود ۵- دانشگاه علوم پزشکی بابل
* نویسنده مسؤول: دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت، تلفن و نمابر: ۰۲۷۳-۳۳۳۵۵۸۸ همراه: ۰۹۱۲۱۷۳۳۰۳۵
پست الکترونیک: M_amiri_71@yahoo.com

دریافت: ۸۹/۱۰/۱۹ پذیرش: ۹۰/۴/۲۲

چکیده

مقدمه: از مهم‌ترین وظایف پزشکی خانواده، ارایه مراقبت‌های اولیه بهداشتی است که در برنامه پزشکی خانواده به جمعیت تحت پوشش به شکل فعال ارایه می‌شود. این مطالعه به منظور تعیین سطح کیفیت اجرای طرح ملی پزشکی خانواده در شهرستان شاهرود در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

روش کار: این پژوهش، یک مطالعه کاربردی است که به روش مقطعی انجام شد. در این مطالعه، کلیه مراکز بهداشتی درمانی (۱۹ مرکز) که طرح پزشکی خانواده در آنها اجرا شده است به روش سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند و برای آنان چک‌لیست و پرسشنامه ۱۶۴ سؤالی تکمیل شد. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS16 استفاده شد و نتایج به صورت جداول توزیع فراوانی به نمایش درآمد.

یافته‌ها: ۳۹/۳٪ پزشکان خانواده مرد و ۶۰/۷٪ زن بودند. ۵۳/۶٪ (۱۳ نفر) متأهل بودند. میانگین سابقه خدمت به عنوان پزشک خانواده ۱۸/۹۱±۲۲/۰۵ ماه بود. در ۸۴/۲٪ مراکز هیأت امنای تشکیل شده بود. ۴۷/۴٪ از پزشکان خانواده مشخصات بیماران ارجاع شده و نتایج پیگیری آنان را به طور کامل ثبت نموده بودند. تفاوت معناداری بین کیفیت ثبت داده‌ها با سن، جنس، وضعیت تأهل، سابقه خدمت در طرح پزشکی خانواده و کل سابقه کار مشاهده نگردید. بین امکانات رفاهی مراکز و فاصله آنها تا مرکز شهرستان تفاوت معناداری مشاهده گردید.

نتیجه گیری: بسیاری از مؤلفه‌های پزشکی خانواده از جمله ملزومات و تجهیزات اداری و پزشکی، ارجاع بیماران و پیگیری آنها، تکمیل پرونده سلامت جمعیت تحت پوشش و جامعه، تشکیل هیأت امنای، ارایه پس‌خوراند ارجاع از سطح دو و صدور گواهی فوت کمتر از حد انتظار بوده است. بازنگری در برنامه پزشکی خانواده و رفع موارد فوق کمک شایانی به اجرای بهتر طرح خواهد نمود.

کل واژگان: پزشکی خانواده، کیفیت، پزشکی

مقدمه

با وجود آن که استقرار نظام سلامت از اصول بنیادین توسعه محسوب می‌گردد، هنوز بسیاری از نظام‌های بهداشتی و درمانی جهان به شکل مناسب و کارآمدی اداره نمی‌شوند (۱). سلامت و امنیت از حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه است که دولت موظف به تأمین آن‌ها به طور برابر و با رعایت عدالت است. بر اساس بند (ب) ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی کشور، تا پایان برنامه چهارم باید تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشکی خانواده و نظام ارجاع فراهم می‌شد (۲). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متعهد بود که تا پایان برنامه چهارم توسعه، طرح پزشکی تابستان ۹۰، دوره چهاردهم، شماره دوم

با وجود آن که استقرار نظام سلامت از اصول بنیادین توسعه محسوب می‌گردد، هنوز بسیاری از نظام‌های بهداشتی و درمانی جهان به شکل مناسب و کارآمدی اداره نمی‌شوند (۱). سلامت و امنیت از حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه است که دولت موظف به تأمین آن‌ها به طور برابر و با رعایت عدالت است. بر

داد که به کار بردن نظام ارجاع موجب کاهش ۴۰/۶٪ در بیماران سرپایی بیمارستان، افزایش ۱۹/۶٪ در مراجعین به مراکز بهداشتی شده بود و این طور نتیجه‌گیری گردید که برای داشتن یک نظام ارجاع خوب باید یک ارتباط قوی بین مراکز بهداشتی اولیه و بیمارستان‌ها برقرار شود (۸). مطالعه دیگری که در استان‌های شمالی ایران انجام شد بیانگر آن است که کیفیت نظام ارجاع در ۶۷٪ موارد نامطلوب بوده است (۶). همچنین در یک مطالعه دیگر، درصد مراجعه مجدد بیماران بعد از دریافت خدمات سطح دو به پزشکان خانواده ارجاع‌دهنده تنها ۲۵/۳٪ بوده و بسیاری از قواعد و الزامات اجرایی طرح مطابق دستورالعمل رعایت نشده بود (۹). با توجه به مطالب فوق، پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفیت اجرای طرح ملی پزشک خانواده و تأثیر آن بر شاخص‌های بهداشتی در شهرستان شاهرود انجام شد.

روش کار

این پژوهش از نوع مطالعات کاربردی است که به شیوه مقطعی^۲ انجام شد. در این مطالعه، کلیه مراکز بهداشتی درمانی که طرح پزشک خانواده در آنها اجرا می‌شد (۲۰ مرکز) به روش سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند. یکی از مراکز به دلیل نداشتن پزشک خانواده در ماه‌هایی از سال، از مطالعه حذف گردید. در بررسی کیفیت طرح پزشک خانواده، پرسشگران با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی (برای هر مرکز بهداشتی درمانی دو پرسشگر) و مشاهده فضای فیزیکی، امکانات، تجهیزات و مستندات موجود و همچنین مصاحبه با پزشک یا پزشکان خانواده حاضر در مرکز، پرسشنامه مربوطه را تکمیل نمودند. منظور از کیفیت در این پژوهش، درصد مطابقت اجرای طرح با دستورالعمل پزشک خانواده و بیمه روستایی می‌باشد (۴). داده‌ها با استفاده از پرسشنامه و چک‌لیست ۱۶۴ سؤالی در زمینه کیفیت اجرای طرح ملی پزشک خانواده جمع‌آوری شد. این چک‌لیست شامل: مشخصات عمومی (۱۷ سؤال)، واحدهای فنی و بهداشتی (۹ سؤال)، نظافت و ظواهر کلی فضای فیزیکی (۴ سؤال)، کمیت و کیفیت تجهیزات اساسی پزشکی (۱۸ سؤال)، ساعات کار مرکز (۴ سؤال)، کیفیت پرداخت دستمزد و کارانه (۵ سؤال)، کیفیت امور دارویی (۳ سؤال)، کمیت و کیفیت همکاری‌های برون‌بخشی (۱۲ سؤال)، کمیت و کیفیت پایش و نظارت (۲۴ سؤال)، مشخصات پزشک خانواده (۷ سؤال)، جلسات آموزشی و توجیهی برگزار شده (۷ سؤال)، کیفیت دسترسی مردم

خانواده را در کل کشور به اجرا درآورد. طبق این برنامه، جمعیت کل کشور باید تحت پوشش خدمات بهداشتی درمانی یا توانبخشی پایه و اولویت‌دار قرار گیرند. این خدمات توسط پزشک خانواده یا تیم سلامت ارائه خواهند شد. مسؤولیت تیم سلامت برعهده پزشک خانواده بوده و پزشکان عمومی به عنوان پزشک خانواده جذب طرح می‌شوند (۳). اجرای طرح بیمه روستایی با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع با اهداف ایجاد و بهبود نظام ارجاع در کشور، افزایش پاسخگویی در بازار سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیرضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش خدمات، از ابتدای سال ۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت اجرا شده است. بنابراین یکی از مهم‌ترین وظایف پزشک خانواده، ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمات، نمی‌توان از اصطلاح پزشک خانواده برای صرف خدمات درمانی استفاده کرد. کلیه خدمات سلامت در برنامه پزشک خانواده باید به شکل فعال به جمعیت تحت پوشش ارائه گردد (۴). گزارشات کشوری نشان می‌دهد دانشگاه‌های علوم پزشکی که مسؤولیت اصلی اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع را در حوزه‌های تحت پوشش خود به عهده دارند، از نظر پوشش کمی اجرای طرح، موفقیت‌هایی به دست آورده‌اند که این موفقیت در استان‌های شمالی در زمینه تأمین پزشک و مامای خانواده قابل توجه بوده است (۵). با توجه به نگاه رایج و مشکلاتی که در راستای اجرای این طرح توسط صاحب‌نظران مطرح می‌شود (مانند جابجایی و ریزش سالیانه حدود ۳۰-۲۵ درصدی این پزشکان، عدم آشنایی کافی پزشکان شاغل در این طرح، نقص سیستم آموزش پزشکی جامعه‌نگر، اختلافات موجود بین دو وزارت خانه رفاه و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر سر تعیین سرانه و تخصیص به موقع منابع آن و...)، بیم آن می‌رود که علی‌رغم تلاش‌های زیاد انجام شده، شاخص‌های بهداشتی و سلامتی مناطق تحت پوشش طرح، دچار مشکلاتی شده و از سیر بهبود این شاخص‌ها کاسته شود (۲). نتایج حاصل از مطالعات صورت گرفته بیانگر آنست که اگر سطح‌بندی خدمات با نظام ارجاع سازماندهی گردد، می‌توان ۹۰-۸۰٪ نیازهای سلامت را در سطح اول تأمین نمود (۶). کلمن^۱ در مطالعه خود نشان داد که ۵۵٪ از بیماران با مشکلات بهداشتی غیر اورژانس که به واحد فوریت‌ها مراجعه نموده بودند، می‌توانستند توسط پزشک عمومی یا فقط با توصیه‌های بهداشتی مراقبت شوند (۷). مطالعه‌ای که در عربستان انجام گرفت، نشان

² Cross-sectional

¹ Coleman

۱۳ نفر) آنها متأهل بودند. میانگین سابقه خدمت به عنوان پزشک خانواده ۲۲/۰۵ ماه بود. کمترین سابقه، ۳ ماه و بیشترین آن ۵۸ ماه بود. میانگین سابقه کار قبل از جذب به عنوان پزشک خانواده ۱/۱۸ سال در سازمان‌های دولتی بود و هیچ کدام سابقه خدمت در سازمان‌های غیردولتی نداشتند. به ۷۳/۷٪ پزشکان حق مسؤلیت پرداخت می‌شد.

جدول ۱- وضعیت مراکز مجری پزشک خانواده از نظر نیرو و امکانات عمومی و فنی

تعداد (درصد)	گزینه
	وضعیت نیروی انسانی
۲۸ (۱۲/۶۷)	پزشک
۱۷ (۷/۶۹)	پرستار
۱۷ (۷/۶۹)	ماما
۱۵۹ (۷۱/۹۵)	سایر نیروها
۲۲۱ (۱۰۰)	جمع
	وضعیت مراکز از نظر پرستار
۱۵ (۷/۸۹)	دارای پرستار
۴ (۲/۱۱)	فاقد پرستار
۱۹ (۱۰۰)	جمع
	وضعیت مراکز از نظر آمبولانس
۱۳ (۶/۸۴)	فاقد آمبولانس
۶ (۳/۱۶)	دارای آمبولانس
۱۹ (۱۰۰)	جمع
	وجود واحدهای بهداشتی
۱۷ (۸۴/۲)	مبارزه با بیماری‌ها
۱۵ (۷۸/۹)	بهداشت خانواده
۱۹ (۱۰۰)	مامایی
۱۳ (۶/۸۴)	آزمایشگاه
۲ (۱۰/۵)	رادیولوژی فعال
۱۹ (۱۰۰)	تزریقات و پانسیون
	وضعیت پانسیون
۱۷ (۸۹/۵)	دارای پانسیون
۲ (۱۰/۵)	فاقد پانسیون
۱۹ (۱۰۰)	جمع
	جنس پزشکان خانواده
۱۱ (۴۹/۳)	مرد
۱۷ (۶۰/۷)	زن
۲۸ (۱۰۰)	جمع

وضعیت نظافت عمومی در ۱۷ مرکز (۸۹/۵٪) مطلوب بود. در ۱۲ مرکز (۶۳/۲٪)، زباله‌ها به نحو مطلوبی جمع‌آوری می‌گردید. در ۱۶ مرکز (۸۴/۲٪)، هیأت امنای تشکیل شده بود. در ۵۰٪ ترکیب هیأت امنای مطابق دستورالعمل بود و در ۴۲/۱٪ مراکز، هیچ جلسه هیأت امنایی تشکیل نشده بود. ۳۶/۸٪ از مراکز، رابط بهداشتی نداشتند و تنها ۱۰/۵٪ مراکز تاکنون کار پژوهشی انجام داده بودند. ۱۰۰٪ کارانه سهم نیروهای بهداشتی درمانی به آنها پرداخت شده بود. در تمامی مراکز بهداشتی درمانی، داروخانه دولتی وجود داشت. در ۱۷ مرکز (۸۹/۵٪)، تعداد ۲۷۰ قلم دارو به طور کامل در داروخانه مرکز وجود داشت. وضعیت فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و اداری در اختیار پزشک خانواده مراکز بهداشتی درمانی مجری در جدول ۲ آورده شده است.

به پزشک خانواده (۷ سؤال)، کیفیت ثبت داده‌ها در دفاتر و پرونده سلامت (۲۰ سؤال)، بررسی محل پانسیون و امکانات رفاهی (۶ سؤال)، کیفیت اطلاع‌رسانی (۹ سؤال) و کیفیت فضای فیزیکی و تجهیزات پزشکی در اختیار وی (۱۲ سؤال) بود. به منظور تعیین و مقایسه کیفیت ثبت داده‌ها، امکانات رفاهی، اطلاع‌رسانی و فضای فیزیکی پاسخ‌های سؤالات پرسشنامه نمره‌گذاری شده و نمرات مربوط به هر زیر مقیاس محاسبه شد. حداکثر نمرات مربوط به کیفیت ثبت داده‌ها، امکانات رفاهی، اطلاع‌رسانی و فضای فیزیکی به ترتیب برابر با ۲۶، ۶، ۹ و ۱۲ و حداقل نمرات در هر ۴ زیر مقیاس برابر با صفر بود. سپس دسته‌بندی نتایج پاسخ به سؤالات نیز با مقیاس سه رتبه‌ای بوگاردوس^۳ در سطح مطلوب (بیشتر از ۷۵٪ نمره)، نسبتاً خوب (بین ۷۵-۵۰٪ نمره) و نامناسب (کمتر از ۵۰٪ نمره) صورت پذیرفت. روایی و پایایی ابزار قبلاً توسط نصرالله‌پور و همکاران تأیید (۶) شده بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS 16 استفاده شد و نتایج به صورت جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار نمایش داده شد. همچنین برای ارتباط بین متغیرهای کمی از ضریب همبستگی پیرسون و برای مقایسه میانگین متغیرهای کمی در بین گروه‌ها از آزمون‌های t مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون‌های ناپارامتری معادل آن استفاده شد. سطح معناداری در کلیه آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

طرح پزشک خانواده، ۷۱/۴٪ مراکز بهداشتی درمانی شهرستان و ۱۰۰٪ مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت (۶۴ واحد)، یعنی ۱۴۳ روستا با جمعیتی معادل ۹۹۰۴۷ نفر را تحت پوشش خدمات خود قرار داده است. فاصله نزدیک‌ترین مرکز بهداشتی درمانی تا مرکز بهداشت شهرستان ۶ کیلومتر و دورترین مرکز ۲۵۰ کیلومتر (میانگین ۸۰/۳۰ ± ۹۷/۴۷ کیلومتر) بود. در ۴۲/۱٪ مراکز بیش از یک پزشک خانواده وجود داشت. نسبت پزشک به جمعیت ۱ به ۳۵۳۷ نفر، نسبت ماما و پرستار به جمعیت ۱ به ۵۸۲۶ نفر و نسبت سایر نیروهای بهداشتی درمانی به جمعیت ۱ به ۶۲۳ نفر بود. ۶۳/۲٪ مراکز دارای وسیله نقلیه دائمی و ۳۶/۸٪ در تعدادی از روزهای هفته از وسیله نقلیه برخوردار بودند. در ۸۴/۲٪ از مراکز، خدمات سلامت توسط پزشک خانواده در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل ارائه می‌شد (جدول ۱). میانگین سنی پزشکان خانواده ۴/۵۲ ± ۳۰/۷۴ بوده و ۵۳/۶٪

³ Bogardus

کیفیت ثبت داده‌ها و کیفیت فضای فیزیکی در ۱۸ مرکز (۹۴/۷٪)، کیفیت امکانات رفاهی در ۱۶ مرکز (۸۴/۲٪) و کیفیت اطلاع‌رسانی در ۱۰ مرکز (۵۲/۶٪) مطلوب بود. میانگین نمرات مربوط به کیفیت ثبت داده‌ها، امکانات رفاهی، اطلاع‌رسانی و فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و اداری در اختیار پزشک خانواده در جدول ۳ آمده است.

جدول ۲- وضعیت فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و اداری در اختیار پزشک خانواده

سؤالات		فراوانی	
تعداد درصد	تعداد	بلی	خبر
-	-	۱۰۰	۱۹
۱۰/۵	۲	۸۹/۵	۱۷
-	-	۱۰۰	۱۹
۵/۳	۱	۹۴/۷	۱۸
-	-	۱۰۰	۱۹
۴۲/۱	۸	۵۷/۹	۱۱
۳۱/۶	۶	۶۸/۴	۱۳
۵/۳	۱	۹۴/۷	۱۸
۵/۳	۱	۹۴/۷	۱۸
۲۶/۳	۵	۷۳/۷	۱۴
۱۰/۵	۲	۸۹/۵	۱۷
۵/۳	۱	۹۴/۷	۱۸

جدول ۳- کیفیت ثبت داده‌ها، امکانات رفاهی، اطلاع‌رسانی و فضای فیزیکی در مراکز مجری طرح پزشک خانواده

متغیرها	انحراف معیار ± میانگین	P
کیفیت ثبت داده‌ها	فاصله تا مرکز شهرستان کمتر از ۳۰ کیلومتر بین ۳۰ تا ۱۲۰ کیلومتر بیشتر از ۱۲۰ کیلومتر	۰/۰۵۹**
کیفیت امکانات رفاهی	جنسیت زن مرد تاهل متاهل مجرد کل	۰/۴* ۰/۷*
کیفیت امکانات رفاهی	فاصله تا مرکز شهرستان کمتر از ۳۰ کیلومتر بین ۳۰ تا ۱۲۰ کیلومتر بیشتر از ۱۲۰ کیلومتر	۰/۰۲۵**
کیفیت اطلاع‌رسانی	فاصله تا مرکز شهرستان کمتر از ۳۰ کیلومتر بین ۳۰ تا ۱۲۰ کیلومتر بیشتر از ۱۲۰ کیلومتر	۰/۷۳**
کیفیت اطلاع‌رسانی	جنسیت زن مرد تاهل متاهل مجرد کل	۰/۸* ۰/۵۹*
کیفیت فضای فیزیکی	فاصله تا مرکز شهرستان کمتر از ۳۰ کیلومتر بین ۳۰ تا ۱۲۰ کیلومتر بیشتر از ۱۲۰ کیلومتر	۰/۰۵**

* آزمون t مستقل

** آنالیز واریانس یک طرفه (one-way Anova)

۸۹/۵٪ از پزشکان خانواده در اوایل شروع به کار توسط رئیس یا مسوولین و کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان به اعضای تیم سلامت معرفی شده بودند. ۴۷/۴٪ از پزشکان خانواده در اوایل شروع به کار توسط رئیس یا مسوولین و کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان به جمعیت تحت پوشش یا نمایندگان آنها معرفی شده بودند. در ۱۵ مرکز (۷۸/۹٪)، پس‌خوراند ماهانه عملکرد از سوی مرکز بهداشت شهرستان به مراکز بهداشتی درمانی داده نمی‌شد. در طول یک سال گذشته پزشکان خانواده به طور متوسط $2/82 \pm 4/42$ بار در جلسات آموزشی و توجیهی که توسط مرکز بهداشت شهرستان یا استان برگزار شده است، شرکت نموده بودند. ۷۳/۷٪ از پزشکان خانواده اعلام نموده که با برنامه‌های پزشک خانواده و بیمه روستایی به اندازه کافی آشنایی داشته و اطلاعات مورد نیاز را کسب کرده‌اند و مابقی این آشنایی را در حد متوسط گزارش کردند. ۹۴/۷٪ از پزشکان برای ۸۰ تا ۱۰۰٪ جمعیت تحت پوشش، پرونده سلامت تشکیل داده بودند که کیفیت ثبت پوشه پرونده سلامت خانوار در ۳۱/۶٪ مراکز به طور کامل و در ۶۸/۴٪ تاحدودی صورت گرفته بود. ۸۹/۵٪ از پزشکان خانواده در اطاق خود دفتر ثبت نام بیماران داشتند که ۶۳/۲٪ آنها به طور کامل همه داده‌های خواسته شده را در دفتر ثبت نام بیماران ثبت کرده بودند. کیفیت ثبت در نه مرکز (۵۳٪)، مطلوب و مابقی تاحدودی مطلوب یا نامطلوب بود. ۴۷/۴٪ از پزشکان خانواده مشخصات بیماران ارجاع شده به سطح دو و همین طور موارد پیگیری و نتایج ارجاع را در فرم سابقه ارجاع به پزشک متخصص به طور کامل ثبت می‌نمودند. کمیت و کیفیت ثبت داده‌ها در ۴۲/۱٪ به طور کامل مطلوب یا مناسب بود. کیفیت ثبت پوشه پرونده سلامت خانوار در ۳۱/۶٪ از مراکز به طور کامل صورت گرفته بود. تنها ۱۵/۸٪ از پزشکان خانواده فرم سه برگی (رنگی) یکسان‌سازی گواهی فوت را در اختیار داشتند و ۱۰/۵٪ از پزشکان خانواده برای متوفی تحت پوشش گواهی فوت صادر نموده بودند. ۸۹/۵٪ از پزشکان خانواده، کارت معاینه سلامت (شاغلین و اصناف) و گواهی سلامت ورزشکاران و سربازان را صادر می‌نمودند. محل سکونت اصلی پزشک خانواده در ۷۳/۷٪ مراکز در داخل مرکز بهداشتی درمانی محل خدمت بود. دسترسی مردم به پزشک شیفت شب و روزهای تعطیل در ۷۸/۹٪ از مراکز توسط مرکز بهداشتی درمانی مربوطه و ۱۵/۸٪ از موارد در مرکز بهداشتی درمانی دیگر با فاصله کمتر از ۱۰ کیلومتر صورت می‌گرفت. تنها ۲۶/۳٪ از پزشکان خانواده یک بار در ماه از روستاهای قمر بازدید کرده بودند.

در طرح پزشک خانواده گرچه می‌تواند انگیزه و رضایت بیشتر پزشک را به دنبال داشته باشد، ولی جامع بودن خدمات و درگیر شدن پزشکان خانواده در مسایل بهداشتی را با چالش مواجه خواهد نمود.

اکثر پزشکان خانواده زن بودند. میانگین سنی آنها $4/52 \pm 30/74$ بود. $53/6\%$ متأهل بودند که با نتایج مطالعه نصرالله‌پور (۱۰) در خصوص بیشتر بودن تعداد مردان (۵۷٪) و تأهل (۸۰٪) آنان و میانگین سنی (۳۴/۵ سال) همخوانی ندارد. نتایج اخیر حاکی از جوان بودن جامعه مورد مطالعه دارد.

در اکثر مراکز هیأت امنای تشکیل شده بود که با نتایج مطالعه نصرالله‌پور (۱۰) در خصوص نداشتن هیأت امنای در بیش از نیمی از مراکز همخوانی ندارد. شاید یکی از دلایل، گذشت مدت طولانی‌تری از اجرای طرح در شهرستان شاهرود باشد. عدم همخوانی ترکیب هیأت امنای مطابق دستورالعمل و نداشتن جلسه هیأت امنای در بیش از دو پنجم مراکز جای تأمل دارد.

۸۹/۵٪ از پزشکان خانواده در اوایل شروع به کار توسط رئیس یا مسؤولین و کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان به اعضای تیم سلامت و $47/4\%$ به جمعیت تحت پوشش یا نمایندگان آنها معرفی شده بودند که با نتایج مطالعه نصرالله‌پور (به ترتیب 36% و ۲ نفر) همخوانی ندارد (۱۰). معرفی پزشکان به تیم سلامت و خصوصاً جامعه با توجه به اهمیت آن در جلب مشارکت‌های بعدی اهمیت خاصی دارد. تمامی پزشکان دارای مطب خصوصی بودند که با نتایج مطالعه نصرالله‌پور (۷۵٪) همخوانی ندارد (۱۰).

داشتن اتاق اختصاصی برای معاینه بیماران یکی از ضرورت‌های رعایت منشور حقوق بیماران و حفظ اسرار و حقوق آنان می‌باشد. اکثر پزشکان خانواده در اطاق خود دفتر ثبت نام بیماران داشتند که با نتایج مطالعه نصرالله‌پور (۸۸٪) همخوانی دارد (۱۰). نتایج اخیر و مطالعات قبلی حاکی از مطلوب نبودن ثبت اطلاعات ضروری و پیگیری موارد ارجاع است. تنها درصد کمی از پزشکان خانواده برای متوفی تحت پوشش گواهی فوت صادر نموده بودند. محل سکونت اصلی پزشک خانواده در بیش از دو سوم مراکز در داخل مرکز بهداشتی درمانی محل خدمت بود که با نتایج مطالعه نصرالله‌پور (به ترتیب $24/4$ و 71% خارج از مرکز) همخوانی ندارد (۱۰). اقامت پزشکان در مرکز بهداشتی درمانی، دسترسی مردم به آنان در خارج وقت اداری و مواقع ضروری جهت درمان یا موارد اورژانس یا مشاوره را امکان‌پذیر نموده است.

گرچه انجام این مطالعه و تحقیقات مشابه می‌تواند مستندات لازم را جهت اصلاح و تقویت طرح پزشک خانواده فراهم نماید؛ لیکن انجام مطالعات جامع در خصوص تأثیر طرح پزشک خانواده تابستان ۹۰، دوره چهاردهم، شماره دوم

بین کیفیت ثبت داده‌ها با سن، جنس، وضعیت تأهل، سابقه خدمت در طرح پزشک خانواده و کل سابقه کار ارتباط معناداری مشاهده نگردید و آزمون‌های معادل ناپارامتری آن نیز این موضوع را تأیید نمود. گرچه افراد با سابقه کار پایین‌تر کیفیت ثبت بهتری داشتند ولی تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. میانگین نمرات کیفیت ثبت داده‌ها بین مراکز (فاصله کمتر از ۳۰، بین ۳۰ تا ۱۲۰ و بیشتر از ۱۲۰ کیلومتر تا مرکز شهرستان) با یکدیگر متفاوت بود و این اختلاف از نظر آماری به طور مرزی معنادار بود ($p=0/059$). یافته‌ها نشان داد هر چه فاصله مراکز تا مرکز شهرستان بیشتر می‌شد، امکانات رفاهی مراکز افزایش می‌یافت. با آنالیز واریانس یک‌طرفه بین امکانات رفاهی مراکز و فاصله آنها تا مرکز شهرستان تفاوت معناداری ($p=0/025$) مشاهده گردید. همچنین آزمون تعقیبی توکی نشان داد مراکز که فاصله آنها تا مرکز شهرستان کمتر از ۳۰ کیلومتر است نسبت به مراکز که فاصله آنها بین ۳۰ تا ۱۲۰ و یا بیشتر از ۱۲۰ کیلومتر هستند از نظر امکانات رفاهی در وضعیت بدتری قرار دارند. بین میانگین نمرات کیفیت اطلاع‌رسانی مراکز بهداشتی با فاصله و جنسیت ($p=0/8$) و تأهل پزشک ($p=0/59$) ارتباط معنادار آماری مشاهده نشد. هر چند نمرات کیفیت اطلاع‌رسانی در بین پزشکان مرد بهتر از پزشکان زن و همچنین پزشکان مجرد بهتر از متأهلین بود.

بین سابقه خدمت و امتیاز کیفیت اطلاع‌رسانی به جمعیت تحت پوشش ارتباط معکوس وجود داشت. بدین صورت که هر چه سابقه خدمت پزشک در طرح پزشک خانواده افزایش می‌یافت، میزان اطلاع‌رسانی به جمعیت تحت پوشش کاهش پیدا می‌کرد ($t=-0/44$ و $p=0/06$). میانگین کیفیت نمرات فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و اداری در اختیار پزشک خانواده در بین سه گروه با یکدیگر متفاوت بود و این اختلاف به طور مرزی معنادار بود ($p=0/050$). مراکز که فاصله آنها تا مرکز شهرستان کمتر از ۳۰ کیلومتر بود دارای نمرات فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و اداری کمتر از دو گروه دیگر بود.

بحث

نسبت پزشک به جمعیت از حداکثر در نظر گرفته شده در دستورالعمل کشوری (۱ به حداکثر ۴۰۰۰ نفر) کمتر می‌باشد (۴). نصرالله‌پور (۱۰) در پژوهش خود بیان نمود که 40% پزشکان خانواده جمعیتی بیش از ۴۰۰۰ نفر را تحت پوشش داشتند. در استاندارد جهانی برای هر ۱۰۰۰ نفر یک پزشک (۱۱) و در طرح پزشک خانواده کمیته امداد برای هر پزشک حداقل ۱۰۰۰ و حداکثر ۲۵۰۰ نفر تعیین شده است (۱۲ و ۱۳). افزایش جمعیت

تجهیزات، ارجاع بیماران و پیگیری آنها، تکمیل پرونده سلامت، ویزیت تمامی خانوارها و بازدید از جمعیت روستاهای قمر، صدور گواهی فوت، تشکیل و ترکیب هیأت امنای و معرفی پزشکان خانواده به جامعه به خوبی برآورده نشده است که بازنگری طرح پزشک خانواده و رفع این نواقص کمک شایانی به اجرای هرچه بهتر آن خواهد نمود.

بر شاخص‌های بهداشتی، درمانی و رضایت‌مندی ارایه‌دهندگان و گیرندگان خدمت می‌تواند کمک شایانی در ارزشیابی و اجرای بهتر برنامه پزشک خانواده نماید.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری نمود که انتظارات از طرح پزشک خانواده از جمله در تأمین ملزومات و

References

- 1- Structure Reform in Ministry of Health and Medical Education, 10th vol. Ministry of Health and Medical Education; Tehran: 1999.
- 2- Alipour A, Habibian N, Tabatabaei SHR. Evaluation the impact of family physician care program on family planning in Sari from 2003 to 2007. *Iranian Journal of Epidemiology* 2009; 5(1):47-55. (in Persian)
- 3- Farzadi F, Mohammad K, Maftoun F, Labaf Ghasemi R, Tabibzadeh Dezfouli R. General practitioner supply: family physician program and medical workforce. *Payesh* 2009; 8(4):415-421. (in Persian)
- 4- Family physician instruction. Iran Ministry of Health and Medical Education, health deputy, Center for Health Network Development and Health Promotion; version11. Tehran: December 2010.
- 5- Report of implementation of rural insurance and family physician. Iran Ministry of Health and Medical Education, health deputy, Center for Health Network Development and Health Promotion. Tehran: July 2007.
- 6- Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, et al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2010; 11(6): 46-52. (in Persian)
- 7- Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency. *Emerg Med J* 2001; 18(6): 482-7.
- 8- Tawfik KA, Al Shehri AM, Abdul-Aziz F, Khwaja MS. Patterns of referral from health centers to hospital in Riyadh region. *EMHJ* 1997; 3(2): 236-53.
- 9- Nasrollahpour Shirvani SD, Raeisee P, Motlagh ME, Kabir MJ, Ashrafian Amiri H. Evaluation of the performance of referral system in family physician program in Iran University of Medical Sciences: 2009. *Hakim Research Journal* 2010; 13(1):19-25. (in Persian)
- 10- Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir M. Evaluation of the quality of performance of family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. *Babol University of Medical Sciences*. Babol: 2008.
- 11- Baghiani Moghadam MH, Ehrampoosh MH. Principles and generalities of health services. Tehran: Asar sobhan publications; 2006.
- 12- Imam Khomeini's relief committee. Insurance laws and regulations about covered classes. 2003.
- 13- Masoudi I. Study conception of family physician having an Imam Khomeini's Relief Committee on family physician system. *Medical Journal of Social Security* 2003; 14:10.

National Family Physician Program in Shahroud: Assessing Quality of Implementation and Condition of Settings

Chaman R¹ (PhD), Amiri M^{2*} (PhD), Raei M³ (MSc), Alinejad M⁴ (BSc), Nasrollahpour Shirvani SD⁵ (MSc)

¹Center for Health Related Social and Behavioral Sciences Research,
Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

²School of Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

³School of Medicine, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

⁴Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

⁵Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

Received: 9 Jan 2011, Accepted: 13 July 2011

Abstract

Introduction: One of the most important duties of a family physician is to provide primary health care. This is completely considered in the family physician program for a target population. This study aimed to assess quality of implementation of the national family physician program in Shahroud in 2010.

Methods: In this cross-sectional study, all health care centers (n=19) in where the family physician program was implemented were studied. A checklist and a 164-item questionnaire were filled out for each center. The data were analyzed using SPSS 16.

Results: Most of the physicians were female (60.7%). More than half (53.6%) were married. The duration of employment as a family physician was 22.05±18.91 months. In 84.2% of the centers, a board of trustees was formed. About half of the physicians (47.4%), had fully registered the referred patients' characteristics and the results of the follow-ups in the recording system. No significant relationships were observed between the quality of the data registration with age, gender, marital status, and duration of working as family physician and general practitioner. There was a significant relationship between the welfare facilities of health care centers and the distance of the centers from city.

Conclusion: Many components of the family physician program such as supplies, office, medical equipments, patient referral and follow-up, filling out health files of the target population, forming boards of trustees, providing reference feedbacks from level two, and issuing death certificates were lower than the expected level. Thus, revising and improving the family physician program will greatly help to a better implementation of the program.

Key words: Family physician, Quality, Physician

Please cite this article as follows:

Chaman R, Amiri M, Raei M, Alinejad M, Nasrollahpour Shirvani SD. National Family Physician Program in Shahroud: Assessing Quality of Implementation and Condition of Settings. *Hakim Research Journal* 2011; 14(2): 123- 129.

*Corresponding Author: School of Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran. Tel: +98- 273- 3335588; E-mail: M_amiri_71@yahoo.com