

ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری در ایران با استفاده از ابزار ارزیابی مراقبت‌های اولیه

وحید کوه پیمای جهرمی^۱، رضا دهنویه^۲، محمدحسین مهرالحسنی^۳

^۱ استادیار، دکترای تخصصی در مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

^۲ دانشیار، دکترای تخصصی در مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۳ دانشیار، دکترای تخصصی در مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
نویسنده رابط: محمد حسین مهرالحسنی: کرمان، ابتدای جاده هفت باغ علوی، پردیس دانشگاه علوم پزشکی کرمان، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، تلفن: ۰۳۴-۳۱۳۲۵۴۱۵

پست الکترونیک: mhmhealth@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۶/۹/۲۰؛ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۱

مقدمه و اهداف: به دلیل ناکافی بودن پوشش مناسب نظام سلامت در شهرها، اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در دو استان در ایران پایلوت شد. تصمیم‌گیری برای توسعه برنامه به کل کشور نیازمند ارزیابی جامع آن می‌باشد، لذا هدف مطالعه ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری بود.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سالهای ۹۴-۹۵ در دو استان فارس و مازندران انجام گرفت. داده‌ها به روش پرسشنامه از ۱۴۱ نفر پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی و ۷۱۰ نفر از بیماران جمع آوری شد. روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای برای انتخاب نمونه‌ها استفاده گردید. تحلیل داده‌ها با روش‌های توصیفی و تحلیلی انجام گرفت.

یافته‌ها: ۸۱ درصد حجم کار پزشکان خانواده مربوط به ویزیت بیماران بود. پرداخت برای خدمات سطوح دو و سه مراقبت یکی از موانع دسترسی برای برخی بیماران بود. برای اکثریت بیماران، کمتر از ۴۰ دقیقه دسترسی به تسهیلات بهداشتی درمانی امکان‌پذیر بود. برنامه نرم‌افزاری کمتر استفاده می‌شد. بیماران در طول یک سال ۵/۵ بار توسط پزشکان خانواده ویزیت می‌شدند و مدت زمان هر ویزیت برای ۸۰ درصد بیماران تا ۱۰ دقیقه بود. میزان ارجاع بیماران، ۱۴ درصد بدست آمد (فارس ۲۱/۸ درصد، مازندران ۴ درصد). به طور متوسط ۳۰ قلم از ۴۵ تجهیزات پزشکی، در دسترس پزشکان خانواده بود.

نتیجه‌گیری: اگرچه برنامه، در ابعاد دسترسی به خدمات و جامعیت مراقبت، موفقیت نسبی داشته است؛ ولی در ابعاد هماهنگی بین سطوح ارائه خدمت و استمرار مراقبت، موفقیت کمتری نشان داد. لذا پیشنهاد می‌گردد قبل از گسترش کشوری برنامه، حل ریشه‌ای چالش‌های آن مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: پزشک خانواده شهری، ارزیابی، دسترسی به خدمات سلامت، استمرار مراقبت، هماهنگی مراقبت، جامعیت مراقبت

مقدمه

آنچه که به عنوان اصلاح نظام سلامت؛ بنا بر مقتضیات نظام سلامت کشور در ایران مانند برخی کشورهای آمریکای شمالی و اروپای غربی شکل گرفته است، اجرای برنامه پزشک خانواده و سیستم ارجاع بوده است (۱). طبق اعلام سازمان بهداشت جهانی^۱ پزشک خانواده نقش محوری در تلاش‌های جهانی در بهبود کیفیت، هزینه اثربخشی و عدالت در نظام‌های سلامت را به عهده دارد (۲).

^۱ World Health Organization (WHO)

پزشک خانواده برای روستاییان و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر از سال ۱۳۸۴ به اجرا در آمده و جمعیتی بالغ بر ۲۵ میلیون نفر را تحت پوشش قرار داده است. به دنبال اجرای این طرح و با وجود بحث‌های زیادی که از موفقیت (۳) و یا اشکالات (۴) آن در متون علمی بیان شده است و همچنین به دلیل ناکافی بودن پوشش مناسب نظام سلامت در شهرها، اجرای آن در مناطق شهری با جمعیت بالای ۲۰ هزار نفر از سال ۱۳۹۱، حسب اجرای مواد ۳۲ و ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه کشور و با هماهنگی دو وزارتخانه بهداشت درمان و آموزش پزشکی به عنوان بستر اجرایی

مراجعه و یا ارائه کنندگان این برنامه اکتفا نموده و کمتر به بررسی شاخص‌های کمی و معیارهای مورد استفاده تصمیم‌گیران پرداخته‌اند. کمیدر این مطالعه توجه اصلی بر ارزیابی کمی برنامه پزشک خانواده در بخش شهری و با در نظر گرفتن هر دو مؤلفه ارائه کننده و گیرنده خدمت بود.

روش کار

این مطالعه مقطعی در فاصله زمانی بین شهریور سال ۱۳۹۴ تا اسفند ۱۳۹۵ در دو استان فارس و مازندران انجام یافت. این دو استان، برنامه پزشک خانواده شهری را از سال ۱۳۹۱ به صورت پایلوت در شهرهای با جمعیت بیشتر از ۲۰ هزار نفر اجرا نموده‌اند و دارای جمعیت ۷ میلیون و ششصد هزار نفر بوده که تقریباً ۱۰ درصد جمعیت کشور را شامل می‌گردد.

برای نمونه‌های بدست آمده در این پژوهش، با در نظر گرفتن محیط پژوهش (استان‌های فارس و مازندران)، روش به کار رفته "نمونه‌گیری چند مرحله‌ای" بود که به ترتیب شامل، مرحله اول: تعیین استان‌ها طبق نمونه‌گیری طبقه‌بندی شده، مرحله دوم: تعیین شهرها طبق نمونه‌گیری خوشه‌ای و مرحله سوم: تعیین پزشکان خانواده (بر اساس لیست پزشکان در هر شهر) طبق نمونه‌گیری تصادفی ساده بود.

اندازه نمونه برای پزشک خانواده ۱۴۱ نفر بود که با احتساب خطای قابل قبول ۱۵ درصد، فاصله اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۷۵ درصد و میزان پاسخگویی ۹۴ درصد بدست آمد. تعداد خوشه‌ها (شهرها) در استان فارس ۱۴ شهر و در استان مازندران ۹ شهر مشخص شد. با در نظر گرفتن جمعیت پزشک خانواده، نحوه توزیع نمونه‌های پزشک خانواده در استان فارس ۸۸ نفر و در استان مازندران ۵۴ نفر تعیین گردید. برای دسترسی به این افراد، لیست پزشکان خانواده فعال در برنامه، از انجمن پزشکان و نظام پزشکی دریافت و نمونه مورد نظر از آن انتخاب شد (کلیه پزشکان در مراکز بهداشتی درمانی دولتی و خصوصی). در صورت عدم حضور پزشک انتخاب شده، نفر بعدی موجود در لیست برای گردآوری اطلاعات جایگزین شد. به منظور افزایش میزان پاسخگویی، یکی از پژوهشگران با سفر به دو استان و مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی، اطلاعات مربوط به پزشکان را جمع‌آوری نمود. تعداد نمونه برای بیماران، ۷۱۰ بدست آمد (خطای قابل قبول ۷ درصد). با توجه به این تعداد نمونه، به ازای هر پزشک خانواده، پنج نفر بیمار، انتخاب و اطلاعات آن‌ها جمع‌آوری گردید. از ۹۰۰ پرسشنامه توزیع شده، ۷۱۰ پرسشنامه به طور کامل

(سیاست‌گذاری و ارائه خدمات) و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به عنوان پشتیبانی مالی برنامه (پرداخت کننده و خریدار خدمات) در دو استان فارس و مازندران به عنوان پایلوت شروع شد.

برنامه پزشک خانواده در ایران، با محوریت پزشک انجام می‌گردد که در آن پزشک خانواده به همراه تیم سلامت، به ارائه خدمات می‌پردازد. این محوریت با حرکت بیمار در سطوح سه گانه نظام ارائه خدمات به شکل هدایت شده و به منظور ارتقای سلامت، کنترل خدمات تکراری، افزایش پاسخ گویی به بیمار، امکان پیگیری خدمات، تشکیل پرونده الکترونیک سلامت برای آحاد جامعه، افزایش امکان کنترل کیفیت خدمات پیشگیری از بیماری‌ها، مقابله با عوامل خطرزای سلامت و جلوگیری از سردرگمی بیماران در مراجعه به سایر ارائه کنندگان خدمات، انجام می‌شود. منظور از سطوح سه گانه ارائه خدمات، شامل خدمات عمومی، تخصصی و فوق تخصصی است. این برنامه علاوه بر تأمین خدمات مورد نیاز مردم، امکان سوء استفاده‌ها توسط ارائه دهندگان خدمات سلامت را نیز کم و محدود می‌کند.

علیرغم اجرای برنامه پزشک خانواده شهری از سال ۹۱ در دو استان فارس و مازندران، این برنامه به همین دو استان محدود مانده و آینده این برنامه ملی در ایران شفاف نمی‌باشد (۵). بررسی مطالعات پیشین نشان داد که هر چند اجرای برنامه در این دو استان با دستاوردهایی در زمینه افزایش دسترسی به خدمات، بهبود هماهنگی و ساماندهی پرونده‌های سلامت همراه بوده است (۶)، در عین حال دارای چالش‌هایی در حوزه تولید، نحوه ارائه خدمات، استمرار مراقبت، تأمین منابع مالی، انسانی و اطلاعاتی بوده است (۷-۹). از طرفی مطالعات امکان سنجی و تعیین چالش‌های احتمالی اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در برخی استان‌های کشور (۱۰) نشان داد امکان اجرای برنامه در سایر استان‌ها مستلزم برنامه‌ریزی در حوزه‌های مختلف مانند مدیریت اطلاعات سلامت و پرونده الکترونیک، جامعیت بخشی به محتوای برنامه و دستورالعمل‌ها و بهبود نظام ارجاع بوده است (۱۱). از طرفی بر روی ادامه یا قطع برنامه در این دو استان اختلاف نظر است و شاید یک دلیل آن این است که ارزیابی جامع، عمیق و نظام‌مندی از کار وجود ندارد.

همچنین بدلیل نوپا بودن برنامه پزشک خانواده در بخش شهری و محدود شدن اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در دو استان فارس و مازندران، تحقیقات پیشین بیشتر با تأکید بر رویکرد کیفی برای انجام پژوهش به بررسی رضایت، آگاهی‌ها و نگرش

بهداشت در ایران از مؤسسه تحقیقات خدمات بهداشتی هلند تهیه و در اختیار پژوهش‌گر قرار داده شد، روایی و پایایی آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه‌ها در ابتدا از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه گردید. برای سنجش روایی محتوا از نظرات تعدادی از اساتید و متخصصان برنامه و پزشکان خانواده استفاده شد. ابزارهای مورد نظر توسط این افراد مورد بحث قرار گرفته و در یک نمونه آزمایشی در دو استان، آزمایش شد. بر اساس نمونه آزمایش شده و نظرات تخصصی افراد یاد شده، تغییرات لازم اعمال گردید، ولی محتوای اصلی پرسشنامه‌ها تغییری نکرد. روایی محتوای آن‌ها با موفقیت انجام شد. پایایی پرسشنامه‌ها نیز به روش آلفا کرونباخ از نمونه آزمایشی تعیین گردید که به ترتیب برای پرسشنامه پزشک خانواده شهری و بیمار برابر با ۰/۷ و ۰/۸ بدست آمد.

تحلیل داده‌ها با استفاده از راهنمای پرسشنامه‌ها، از توصیفی شروع و به تحلیل استنباطی ختم گردید. آزمون‌های آماری استفاده شده، شامل تی تست به منظور تعیین اختلاف توزیع متغیرهای کمی حجم کار پزشکان، کا اسکور برای بدست آوردن اختلاف توزیع متغیرهای کیفی موانع مالی در دو استان و همچنین آزمون‌های ناپارامتریک بود. در اینجا از نرم افزار SPSS22 استفاده شد.

تکمیل گردیده بود (میزان پاسخگویی ۷۸ درصد). برای تکمیل پرسشنامه‌های بیمار، از دستیاران شاغل در مراکز بهداشتی درمانی خواسته شد تا در این پژوهش مشارکت نمایند. برای هر دو پرسشنامه بیمار و پزشک، تعداد پرسشنامه‌های پاسخ داده شده، تعداد کل نمونه‌ها را پوشش داد.

ابزار اندازه‌گیری و گردآوری داده‌ها: دو پرسشنامه ارزیابی مراقبت اولیه (Primary Care Evaluation Tool (PCET) برای جمع‌آوری نظرات پزشک خانواده و تجربیات بیماران استفاده شد. این پرسشنامه‌ها توسط سازمان جهانی بهداشت و مؤسسه تحقیقات خدمات بهداشتی هلند (The Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL)) طراحی گردیده است (۱۲،۱۳). این ابزار شامل چهار بخش اصلی یک نظام مراقبت بهداشتی اولیه خوب می‌باشد که عبارت‌اند از: دسترسی به خدمات، استمرار مراقبت، هماهنگی ارائه مراقبت و جامعیت مراقبت. برای دستیابی به این چهار بخش، در پرسشنامه‌های به کار برده شده، از ابعاد و شاخص‌هایی استفاده می‌گردد (جدول شماره ۱).

روایی و پایایی پرسشنامه‌ها: بعد از اینکه پرسشنامه‌های استاندارد پزشک خانواده و بیماران، توسط نماینده سازمان جهانی

جدول شماره ۱- چهار خصوصیت کلیدی یک نظام مراقبت اولیه خوب، ابعاد و شاخص‌ها

شاخص	ابعاد	خصوصیت فرعی	خصوصیت اصلی
ویزیت بیماران ساعات فعالیت	دسترسی سازمانی		
فعالیت در تعطیلات و در ساعات غیر کاری ویزیت منزل مشاوره‌های غیر درمانی		دسترسی به خدمات	
پرداخت برای خدمات فاصله تا مراکز ارائه کننده خصوصیات فرهنگی	دسترسی مالی دسترسی جغرافیایی دسترسی فرهنگی		
استفاده از کامپیوتر و نرم افزار نگهداری اطلاعات پزشکی توانایی استفاده از اطلاعات و تحلیل آن	استمرار اطلاعات		ارائه مراقبت
ویزیت در سال طول مدت ارتباط بیمار و ارائه کننده ارتباط بیمار- ارائه کننده	استمرار طولی استمرار بین فردی		استمرار مراقبت
سیستم ارجاع مشاوره و ارتباط با متخصصان	همکاری بین سطوح مختلف مراقبت		هماهنگی ارائه مراقبت
تجهیزات پزشکی مدیریت بیماری‌ها رویه‌های درمانی و مهارت‌های فنی	تجهیزات پزشکی ارائه خدمت		جامعیت مراقبت

یافته‌ها

در دسترسی مالی، پرداخت برای خدمات یکی از موانع دسترسی به خدمات سلامت بوده است. در مازندران ۴۲ درصد از بیماران اظهار داشته‌اند که در یک سال گذشته به دلیل عدم توانایی در پرداخت ویزیت متخصص، به ایشان مراجعه نکرده و یا با تأخیر مراجعه کرده‌اند. ۴۱ درصد از بیماران در فارس هم به دلیل عدم توانایی در پرداخت برای دریافت داروی تجویز شده توسط پزشکان خانواده مراجعه نکرده و یا با تأخیر مراجعه نموده‌اند. مشکل مالی برای انجام خدمات پاراکلینیک هم به طور متوسط ۶۱ درصد بوده است (جدول شماره ۳).

در دسترسی جغرافیایی، تقریباً ۹۰ درصد از بیماران در کمتر از ۴۰ دقیقه می‌توانستند به پزشک خانواده خود و داروخانه برسند. دسترسی تقریبی ۸۰ درصد بیماران برای کلیه تسهیلات بهداشتی درمانی شامل داروخانه، مرکز پزشک خانواده، دندانپزشک، زایشگاه، بیمارستان و پایگاه بهداشت در کمتر از ۴۰ دقیقه امکان‌پذیر بود.

در دسترسی فرهنگی، اکثریت پزشکان خانواده (۶۴ درصد) عقیده داشتند که وجود برخی خصوصیات فرهنگی در جمعیت تحت پوشش موجب محدودیت در ارائه خدمات می‌شده است. این عقاید و ارزش‌های فرهنگی در فارس نسبت به مازندران نقش بیشتری را داشته است. تنها ۳۰ درصد پزشکان خانواده در فارس معتقد بوده‌اند که بیماران غیر هم‌جنس تمایل به مراجعه به ایشان داشته‌اند. این تمایل در مازندران ۶۸ درصد بوده است. این در حالی است که در هر دو استان تعداد معدودی از پزشکان اعتقاد داشته‌اند که افراد غیر هم‌جنس به پزشکان دیگر مراجعه و یا تمایل به تغییر پزشک خود را داشته‌اند.

استمرار مراقبت: استمرار اطلاعات که شامل نگهداری اطلاعات پزشکی، استفاده از کامپیوتر و نرم افزار، توانایی استفاده از اطلاعات و تحلیل آن می‌باشد، از نیازمندی‌های لازم برای استمرار مراقبت می‌باشد. نگهداری اطلاعات پزشکی توسط پزشکان خانواده در مازندران به خوبی انجام می‌گرفت و این شاخص دارای تفاوت معنی داری در دو استان بود ($0/001 <$). در دو استان استفاده از کامپیوتر رایج بود ولی برنامه نرم افزاری کمتر استفاده می‌شد (۴۳/۳ درصد) و یا دارای قابلیت ضعیفی بود (۳۱/۹ درصد). تعداد کمی از پزشکان (۲۸/۴ درصد) اعتقاد داشتند که امکان فراهم‌آوری لیست بیماران با تشخیص بیماری خاص و یا خطر سلامت از سیستم نگهداری اطلاعات کنونی به راحتی امکان‌پذیر بوده است. ۸۸ درصد پزشکان اظهار نمودند که

مشخصات زمینه‌ای شرکت کنندگان نشان داد که ۶۶ درصد پزشکان خانواده، مرد بوده‌اند. میانگین سنی پزشکان خانواده، ۴۶/۷ سال با انحراف معیار ۸/۶ سال بوده است. سابقه شرکت کنندگان به عنوان پزشک خانواده، ۲/۸ سال و سابقه ایشان به عنوان پزشک عمومی، ۱۴/۹ سال بوده است. ۵۸ درصد از پزشکان خانواده در مطب خصوصی فعالیت داشته‌اند (استان فارس ۴۳ درصد، استان مازندران ۶۷ درصد). در هر دو استان درصد کمی از پزشکان خانواده (۱۷ درصد) در استخدام دولت بوده‌اند. ۲۴ درصد از ایشان آموزش‌های رسمی پزشک خانواده را گذرانده بودند.

تعداد بیماران شرکت کننده در این تحقیق ۷۱۰ نفر (۴۳۱ نفر استان فارس و ۲۷۹ نفر استان مازندران) بود. میانگین سنی بیماران ۳۸ سال با انحراف معیار ۱۵/۵ بود. به طور کلی ۷۰ درصد بیماران دارای جنسیت زن بودند. از نظر سطح سواد، ۴۳ و ۴۷/۵ درصد از بیماران، به ترتیب در استان‌های فارس و مازندران دارای تحصیلات دانشگاهی بوده و ۴۴ درصد از آنان شاغل بوده‌اند. تنها ۷ درصد از پاسخگویان، بیکار، ۶ درصد، بازنشسته و ۱/۳ درصد، ناتوان بودند. نیمی از بیماران به همراه همسر و فرزندان زندگی می‌کردند. نتایج این مطالعه در ابعاد چهارگانه نظام مراقبت اولیه به شرح زیر می‌باشد.

دسترسی به خدمات: در این مطالعه دسترسی سازمانی بر اساس دو بخش حجم کار و فراهم بودن تعیین گردید. در بحث حجم کار، متوسط جمعیت تحت پوشش پزشکان خانواده ۲۳۳۲ نفر (انحراف معیار ۷۱۶) بوده است. یک چهارم پزشکان دارای جمعیت کمتر از ۱۵۰۰ نفر بوده‌اند. در هر دو استان تنها دو نفر از پزشکان دارای جمعیت ۳۵۰۰ نفر و بیشتر بوده‌اند. بیشترین فعالیت پزشکان خانواده ویزیت بیماران بوده است. ۸۱ درصد پزشکان ویزیت در منزل را انجام نداده‌اند. در طول هفته بیشتر از ۸۱ درصد وقت پزشکان خانواده برای ویزیت بیماران صرف شده است (جدول شماره ۲). در معیار فراهم بودن، بیشتر بیماران از ساعات فعالیت مراکز پزشک خانواده راضی بودند (۸۰ درصد) ولی ملاقات با پزشکان خانواده در تعطیلات و ساعات غیر کاری بندرت امکان‌پذیر بوده است. سیستم نوبت دهی بندرت بیماران را برای ملاقات با پزشکان خانواده معطل می‌نمود (۱۷ درصد) و اکثر بیماران نیاز به صرف وقت زیادی قبل از ویزیت نداشتند (۷۸ درصد).

جامعیت مراقبت: در این بخش، جامعیت در تجهیزات پزشکی و جامعیت در ارائه خدمات وجود دارد. یکی از پیش شرط‌های مراقبت جامع، دسترسی به یک مجموعه حداقلی تجهیزات پزشکی است. نتایج نشان داد که به طور متوسط ۳۰ قلم از تجهیزات پزشکی از ۴۵ قلم در دسترس پزشکان خانواده در دو استان بوده است. در مازندران ۴۲ درصد پزشکان دارای ۳۱ تا ۳۵ نوع تجهیزات پزشکی و در فارس بیشترین درصد پزشکان دارای ۲۶ تا ۳۰ نوع از تجهیزات پزشکی بوده‌اند. همچنین ۲۱ آیتم (۴۶ درصد) از ۴۵ نوع تجهیزات پزشکی عموماً در دسترس کلیه پزشکان خانواده در دو استان بوده است.

شرح وظیفه بالینی پزشک خانواده و جامعیت در ارائه خدمات، شامل دو حوزه مجزا می‌باشد. ۱- مشارکت در درمان و پیگیری بیماری‌ها ۲- ارائه رویه‌های فنی پزشکی (جدول ۵ و ۶). نمرات کل در دو استان نشان دهنده مشارکت مشابه پزشکان خانواده در درمان و پیگیری ۱۹ نوع بیماری بوده است. بیشتر پزشکان خانواده گفته بودند که آن‌ها پزشک رایج برای بیمارانی بوده‌اند که در سه مورد از مشکلات و بیماری‌ها از آن‌ها مشاوره می‌گرفتند: زخم معده، دیابت نوع ۲ و افسردگی. برای شش بیماری دیگر، نصف تا دو سوم پزشکان خانواده اعلام کرده بودند که بیماران از آن‌ها معمولاً در درمان بیماری خود مشاوره می‌گرفتند که شامل: پرکاری تیروئید، برونشیت مزمن، گل مزه، فتق، دیسک بین مهره‌ای، ذات‌الریه و آرتریت روماتوئید، می‌شده است. مشارکت پزشکان خانواده در بیماری‌های مغزی (حوادث حاد عروق مغزی، نارسایی احتقانی مغز، ضربه مغزی)، سالپنژیت، پارکینسون و پیگیری مراقبت سل، کم بوده است.

در موضوع رویه‌های فنی پزشکی، از لیست ۲۰ تایی، تنها وصل آنژیوکت و رگ‌گیری رایج‌ترین خدمت ارائه شده در مراکز/مطب توسط بیشتر پزشکان خانواده و یا تیم آن‌ها بوده است. چهار رویه فنی نیز شامل حذف نقطه زنگاری از قرنیه، سوراخ کردن فک بالا، میرنگوتومی پرده گوش و نوار زنی به مچ پا، توسط تعداد معدودی از پزشکان خانواده گزارش شد.

فرم ارجاع را برای کلیه بیماران ارجاعی تکمیل نموده‌اند ولی ۵۷ درصد آن‌ها پس خوردند کافی را از پزشکان متخصص دریافت داشته‌اند.

در این مطالعه استمرار طولی بر اساس دو شاخص مدت زمان ثبت نام بیمار در مرکز و تعداد ویزیت در یک سال محاسبه گردید. به دلیل اینکه برنامه، به مدت چهار سال اجرایی شده، مدت زمانی که بیماران توسط پزشکان خانواده ثبت نام شده‌اند نسبتاً کوتاه بود. همچنین به طور متوسط در طول یک سال بیماران ۵/۵ بار (انحراف معیار = ۶/۷) توسط پزشکان و ۳ بار (انحراف معیار = ۳/۷) توسط تیم سلامت ویزیت شده بودند به طوریکه برای مثال توسط تیم سلامت برای ۲۳ درصد از بیماران در یکسال، هیچ ویزیتی انجام نگرفته بود.

بخش استمرار بین فردی، به ارزیابی بیماران از شایستگی‌های پزشکان خانواده شامل مهارت بالینی، مهارت برقراری ارتباط، مهارت اطلاعات، و اطمینان و اعتماد آنان به پزشک خانواده خود تاکید داشت. یک سوم پاسخ‌گویان اظهار داشته‌اند که مدت زمانی که برای هر ویزیت انجام گرفته است، تا ۵ دقیقه طول کشیده است و این زمان تقریباً برای ۸۰ درصد بیماران تا ۱۰ دقیقه بوده است. تعداد کمی از پزشکان خانواده از وضعیت شخصی بیماران اطلاع داشته‌اند. نتایج نشان داده است که ۲۹ درصد از پزشکان خانواده از بیماری‌ها و مشکلات قبلی بیماران اطلاع داشته‌اند. بیشتر بیماران از طرز رفتار پزشکان راضی بوده‌اند. اند و این در حالی است که ۴۰ تا ۵۰ درصد بیماران اظهار داشته‌اند که پزشکان خانواده قبل از نوشتن دارو از تمایلات و ترجیحات آنان جویا شده و توضیحات کافی در مورد بیماری به آنها داده‌اند.

همانگی ارائه مراقبت: این بخش به وضعیت نظام ارجاع و نقش پزشک خانواده در نظام ارجاع پرداخته است. تعداد بیماران ارجاع شده به متخصص در یک ماه در جدول ۴ نشان داده شده است. تعداد ارجاع در بین پزشکان خانواده دارای پراکندگی بسیار زیادی بوده است. ارجاع بیمار به متخصصین زنان و زایمان، داخلی و اطفال دارای بیشترین مقدار و به آنکولوژیست کمترین مقدار بوده است. پزشکان خانواده در فارس در مقایسه با مازندران بیماران خود را بیش از پنج برابر به متخصصان ارجاع داده‌اند. در کل ۱۴ درصد مراجعین به پزشکان خانواده منجر به ارجاع می‌شد. درصد مراجعین به پزشکان خانواده منجر به ارجاع می‌شد.

جدول شماره ۲- حجم کار پزشکان خانواده براساس استان‌های مورد مطالعه

P	کل (n=۱۴۱)		مازندران (n=۵۴)		فارس (n=۸۷)		جنبه‌های حجم کار
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۱	۷۱۶	۲۳۳۲	۵۴۶	۲۵۰۷	۷۷۴	۲۲۱۸	جمعیت تحت پوشش
۰/۲	۱۶	۳۹	۱۵	۳۷	۱۸	۴۰	تعداد ویزیت در روز
۰/۰۹	۶	۸/۵	۶	۹/۵	۶	۷/۸	تعداد مشاوره سلامت در روز
۰/۲	۰/۰۵	۰/۶	۰/۰۲	۰/۲	۰/۰۸	۰/۸	تعداد ویزیت منزل در هفته
۰/۵	۱۹	۳۵	۱۸	۳۵/۴	۲۰	۳۴/۹	ساعات کاری در هفته
	۷	۸/۲	۷	۹/۳	۷	۷/۵	ویزیت بیمار
	۰/۰۲	۰/۰۶	۰/۰۲	۰	۰/۰۲	۰/۱۳	مشاوره سلامت
۱/۰۰	۴۳/۲		۴۴/۷		۴۲/۵		ویزیت منزل
							مجموع ساعات کار در هفته (مجموع سه ردیف بالا)

جدول شماره ۳- موانع مالی بیماران برای استفاده از خدمات

P	کل (n=۷۱۰)		مازندران (n=۲۷۹)		فارس (n=۴۳۱)		نوع مشکل بیمار برای پرداخت هزینه در یک سال گذشته
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰/۰۱	۱۴	۱۰۱	۱۴	۳۹	۱۴	۶۲	عدم مراجعه به پزشک خانواده به دلیل عدم توانایی پرداخت ویزیت
<۰/۰۰۱	۳۰	۲۱۴	۳۵	۹۹	۲۷	۱۱۵	عدم مراجعه به پزشک متخصص به دلیل عدم توانایی پرداخت ویزیت
۰/۰۰۳	۳۳	۲۳۴	۲۵	۷۱	۳۸	۱۶۳	عدم توانایی در پرداخت بابت داروهای تجویز شده توسط پزشک خانواده
<۰/۰۰۱	۵۳	۳۷۹	۳۹	۱۰۹	۶۳	۲۷۰	عدم توانایی در پرداخت بابت خدمات پاراکلینیک تجویز شده توسط پزشک خانواده

جدول شماره ۴- تعداد بیماران ارجاع شده توسط پزشک خانواده به متخصص در یک ماه بر اساس استان‌های مورد مطالعه

نوع تخصص	مازندران (n= ۵۴)		فارس (n= ۸۷)		جمع کل (n= ۱۴۱)
	میانگین (محدوده*)	میانگین (محدوده*)	میانگین (محدوده*)	میانگین (محدوده*)	
متخصص زنان و زایمان	۸ (۱-۵۰)	۴۶ (۲-۳۰۰)	۲۹ (۱-۲۰۰)	۱۹ (۰-۲۰۰)	۱۹ (۰-۲۰۰)
متخصص بیماری‌های داخلی	۶ (۰-۲۲)	۳۱ (۱-۱۰۰)	۲۵ (۰-۱۵۰)	۱۷ (۰-۱۵۰)	۱۷ (۰-۱۵۰)
فوق تخصص قلب، غدد درون ریز، گوارش	۵ (۰-۲۵)	۲۵ (۰-۱۰۰)	۱۶ (۰-۲۰۰)	۱۱ (۰-۲۰۰)	۱۱ (۰-۲۰۰)
متخصص اطفال	۹ (۰-۵۰)	۱۳ (۰-۱۰۰)	۱۵ (۰-۱۰۰)	۱۰ (۰-۱۰۰)	۱۰ (۰-۱۰۰)
چشم پزشک	۵ (۰-۲۵)	۱۲ (۰-۵۰)	۱۱ (۰-۵۰)	۸ (۰-۵۰)	۸ (۰-۵۰)
ارتوپد	۴ (۰-۱۲)	۱۲ (۰-۵۰)	۱۱ (۰-۵۰)	۸ (۰-۵۰)	۸ (۰-۵۰)
متخصص گوش و حلق و بینی	۳ (۰-۱۳)	۱۲ (۰-۵۰)	۱۱ (۰-۵۰)	۸ (۰-۵۰)	۸ (۰-۵۰)
روانپزشک	۴ (۰-۱۸)	۱۲ (۰-۵۰)	۱۱ (۰-۵۰)	۸ (۰-۵۰)	۸ (۰-۵۰)
متخصص پوست	۵ (۰-۲۲)	۱۳ (۰-۱۰۰)	۱۱ (۰-۵۰)	۸ (۰-۵۰)	۸ (۰-۵۰)
جراح	۳ (۱-۸)	۱۲ (۰-۵۰)	۱۱ (۰-۵۰)	۸ (۰-۵۰)	۸ (۰-۵۰)
متخصص مغز و اعصاب	۲ (۰-۶)	۱۲ (۰-۵۰)	۱۱ (۰-۵۰)	۸ (۰-۵۰)	۸ (۰-۵۰)
آنکولوژیست	۲ (۰-۷)	۱۲ (۰-۵۰)	۱۱ (۰-۵۰)	۸ (۰-۵۰)	۸ (۰-۵۰)
تعداد کل ارجاع در طول یک ماه	۴۱ (۰-۵۰)	۲۰۰ (۰-۳۰۰)	۲۰۰ (۰-۳۰۰)	۱۳۳ (۰-۳۰۰)	۱۳۳ (۰-۳۰۰)
درصد ارجاع از کل ویزیت‌ها	۴	۲۱/۸	۲۱/۸	۱۴	۱۴

* حداقل و حداکثر تعداد بیمارانی که توسط پزشک خانواده به متخصص ارجاع شده است.

جدول شماره ۵- مشارکت پزشک خانواده در درمان و پیگیری بیماری‌ها بر اساس استاهای مورد مطالعه

کل (n=۱۴۱)		مازندران (n=۵۴)		فارس (n=۸۷)		نوع مشکل سلامت یا بیماری (که پزشک خانواده همیشه یا معمولاً در درمان آن نقش داشته است)
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۸۸	۱۲۴	۸۹	۴۸	۸۷	۷۶	دیابت نوع دو
۷۹	۱۱۲	۸۳	۴۵	۷۷	۶۷	زخم معده
۶۹	۹۷	۷۰	۳۸	۶۹	۵۹	افسردگی
۶۵	۹۱	۶۷	۳۶	۶۳	۵۵	پرکاری تیروئید
۶۴	۹۰	۶۷	۳۶	۶۲	۵۴	آرتریت روماتوئید
۶۱	۸۶	۶۵	۳۵	۵۹	۵۱	برونشیت مزمن
۶۱	۸۶	۵۴	۲۹	۶۶	۵۷	گل‌مژه
۵۵	۷۸	۴۸	۲۶	۶۰	۵۲	ذات‌الریه
۵۴	۷۶	۴۶	۲۵	۵۹	۵۱	فتق دیسک بین مهره‌ای
۴۳	۶۱	۴۲	۲۳	۴۴	۳۸	سکته‌ی قلبی
۴۳	۶۱	۵۴	۲۹	۳۷	۳۲	مراقبت‌های تسکینی
۳۹	۵۵	۴۱	۲۲	۳۸	۳۳	آبسه‌ی دور لوزه
۳۰	۴۲	۳۵	۱۹	۲۷	۲۳	کولیت زخمی
۲۶	۳۶	۲۲	۱۲	۲۸	۲۴	پارکینسون
۲۴	۳۴	۳۰	۱۶	۲۱	۱۸	سالپنژیت
۲۳	۳۲	۱۹	۱۰	۲۶	۲۲	نارسایی احتقانی مغز
۲۱	۳۰	۳۱	۱۷	۱۵	۱۳	پیگیری مراقبت‌های سل
۲۰	۲۸	۱۹	۱۰	۲۱	۱۸	حوادث حاد عروق مغزی
۱۷	۲۴	۱۷	۹	۱۷	۱۵	ضربه‌ی مغزی
۲/۴		۲/۴		۲/۴		نمره کل برای مشارکت در درمان (محدوده ۱-۴)*

* برای محاسبه نمره کل وزن نمرات عبارت بود از: ۱= به ندرت/اصلاً ۲= گاهی ۳= معمولاً ۴= همیشه

جدول شماره ۶- مشارکت پزشک خانواده یا سایر کارکنان در ارائه رویه‌های فنی پزشکی و خدمات پیشگیرانه بر اساس استان‌های مورد مطالعه

جمع کل (n= ۱۴۱)		مازندران (n= ۵۴)		فارس (n=۸۷)		رویه‌های پزشکی یا خدمات پیشگیری (که پزشک خانواده یا کادر پزشکی معمولاً در ارائه آن نقش داشته‌اند)
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۸۷	۱۲۲	۸۹	۴۸	۸۵	۷۴	وصل آنژیوت و رگ‌گیری
۷۱	۱۰۰	۶۵	۳۵	۷۵	۶۵	بخیه زدن زخم
۷۰	۹۸	۶۳	۳۴	۷۴	۶۴	ایمن‌سازی در برابر آنفلوآنزا یا کزاز
۶۷	۹۴	۶۷	۳۶	۶۷	۵۸	شست و شوی گوش
۶۴	۹۰	۴۴	۲۴	۷۶	۶۶	سوراخ کردن گوش
۴۸	۶۸	۴۴	۲۴	۵۱	۴۴	برداشتن زگیل
۴۳	۶۱	۳۳	۱۸	۴۹	۴۳	واکسیناسیون در برابر آلرژی
۴۰	۵۷	۳۵	۱۹	۴۴	۳۸	برداشتن ناخن پا با رویش درون سو
۳۸	۵۴	۳۱	۱۷	۴۳	۳۷	واکسیناسیون هاری
۳۴	۴۸	۴۳	۲۳	۲۹	۲۵	گذاشتن آی بو دی
۳۳	۴۷	۳۱	۱۷	۳۴	۳۰	ختنه
۳۲	۴۵	۳۰	۱۶	۳۳	۲۹	برداشتن کیست چربی از زیرپوست سر
۲۳	۳۳	۲۶	۱۴	۲۲	۱۹	تزریق مشترک
۲۰	۲۸	۲۸	۱۵	۱۵	۱۳	معاینه ته چشم
۱۴	۲۰	۱۷	۹	۱۳	۱۱	گچ گرفتن
۱۴	۲۰	۱۷	۹	۱۳	۱۱	سرما درمانی (زگیل)
۹	۱۳	۴	۲	۱۳	۱۱	حذف نقطه‌ی رنگاری از قرنیه
۶	۹	۶	۳	۷	۶	نوار زنی به مچ پا
۲	۳	۰	۰	۳	۳	میرنگوتومی پرده‌ی گوش (پاراستنژ)
۱	۲	۰	۰	۲	۲	سوراخ کردن (سینوس) فک بالا
۱/۵		۱/۵		۱/۵		نمره کل برای مشارکت در رویه‌های پزشکی/خدمات پیشگیرانه (محدوده ۱-۳)*

* برای محاسبه نمره کل، وزن نمرات عبارت بود از: ۱= ارجاع به متخصص ۲= توسط کادر پزشکی ۳= توسط پزشک خانواده

بحث

مهم در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، که بسیاری از زیر ساخت‌های فیزیکی مانند حمل و نقل و جاده‌ها توسعه پیدا نکرده‌اند، می‌باشد (۱۹). در این زمینه شواهد علمی زیادی وجود دارد که این مشکل، ارتباط مستقیمی با بروز عوارض در سلامت بیماران گردیده است (۲۰). ما نشان داده‌ایم که بیشتر بیماران در کمتر از ۴۰ دقیقه به نزدیک ترین ارائه کننده و تسهیلات، دسترسی داشته‌اند که این شاخص در روسیه و ترکیه دارای وضعیت بهتری بوده است (۱۳، ۲۱).

موانع فرهنگی، به عنوان یکی از دلایل استفاده پایین از خدمات مراقبت سلامت در آسیا گزارش شده است (۲۲). در این خصوص، دونالد بار و همکاران، دسترسی فرهنگی را با مواردی مانند نژاد، اقلیت‌ها و زبان، مطرح نموده‌اند و در مطالعه خود برخی عقاید برگرفته از مذهب در جمعیت تحت پوشش را نشان داده‌اند (۲۳). در این مطالعه برخی بیماران ترجیح داده اند تا به پزشک هم جنس خود مراجعه نمایند و نه به پزشک خانواده خود. البته این رویکرد منجر به این نشده است که به پزشک دیگری مراجعه کنند یا پزشک خود را عوض کنند. با توجه به مطالعه دونالد بار، شاید دسترسی فرهنگی در استان‌هایی که اقلیت‌های مذهبی و یا سایر مذاهب وجود دارد نقش بیشتری خواهد داشت.

فن‌آوری اطلاعات سلامت، کمک شایانی به سازمان‌های مراقبت سلامت برای دستیابی به استمرار مراقبت و بهبود تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد می‌کند. ارتباط مستمر پزشک-بیمار برای پزشکان، بیماران، خانواده‌ها و سازمان‌های سلامت دارای ارزش زیادی است (۲۴). علاوه بر این، این ارتباط برای برخی بیماران مانند بیماران دارای بیماری مزمن و برنامه‌های پیشگیری آن‌ها مفید می‌باشد (۲۵). در این مطالعه نرم افزار موجود امکان تهیه گزارش یا لیست مورد درخواست پزشکان را نداشته است. این امکان، برای دریافت لیست بیمارانی که دارای بیماری مشترک یا تشخیص‌های مشترک بوده‌اند، بسیار مفید می‌باشد و کمک زیادی برای پزشکان خانواده می‌نماید تا بتوانند اقدامات پیشگیری و پایش جمعیت تحت پوشش خود را انجام دهند (۱۳). به نظر می‌رسد طراحی و اجرای سامانه سیب یا سامانه یکپارچه بهداشت در راستای نظام ملی سلامت ایرانیان و ابلاغ توسط وزارت بهداشت از تیر ماه ۱۳۹۵ (۴ سال بعد از شروع برنامه) به دانشگاه‌های علوم پزشکی، منجر به بهبود نسبی در این بخش گردیده است.

در مطالعات انجام یافته زیادی ارتباط بین استمرار طولی و کاهش فشار خون در افراد با بیماری پرفشاری خون و کاهش قند

این مطالعه نشان داد که تعداد ویزیت در روز در مقایسه با اندازه جمعیت تحت پوشش، زیاد بوده است، به طوریکه ۸۱ درصد حجم کار پزشکان خانواده در هفته را شامل می‌شد. در مقایسه با تعداد متوسط جمعیت تحت پوشش در اروپا، این تعداد ویزیت بسیار زیاد بوده است (۱۴). در مطالعه انجام شده در ترکیه نیز تعداد ویزیت کمتری گزارش شده است (۱۳). تعداد ویزیت زیاد به معنای این است که مدت زمانی که برای ویزیت صرف می‌شده است کم بوده، و پزشکان فرصت کمتری برای مشاوره و ارتباط با بیماران داشته‌اند. تغییر نظام پرداخت از کارانه به سرانه در برنامه پزشک خانواده، می‌بایست منجر به کاهش تعداد ویزیت در روز می‌گردید ولیکن به نظر می‌رسد تعداد ویزیت بالا را می‌توان مرتبط با موضوعاتی مانند زیر ساخت‌ها، زمینه‌های فرهنگی و محتوای قانونی برنامه دانست.

هزینه‌های مالی در مطالعاتی مورد بررسی قرار گرفته و به عنوان یک مانع اساسی در دسترسی به خدمات سلامت بوده است (۱۵). در مطالعه‌ای، آنسا و همکاران^۱ اعلام کرده اند که حذف پرداخت از جیب برای مراقبت سلامت، منجر به افزایش رفتار جستجوگر درمانی^۲ بیماران به ویژه افراد کم درآمد و تمایل ایشان برای دریافت خدمات شده است (۱۶). در این مطالعه، بیماران بیان کرده‌اند که آن‌ها در زمان مراجعه به متخصص و دریافت دارو و آزمایشاتی که توسط پزشک خانواده تجویز شده است، دارای مشکلاتی بوده‌اند. در عین حال در مطالعه‌ای که در بین سال‌های ۱۳۶۱ تا ۱۳۸۶ در ایران در خصوص دسترسی مالی به خدمات سلامت انجام یافته بود، میزان دسترسی مالی کاهش یافته بود (۱۷). علاوه بر این در مطالعه یزدی فیض آبادی و همکاران در خصوص ارتباط اجرای برنامه پزشک خانواده شهری با شاخص‌های حفاظت مالی سلامت در دو استان فارس و مازندران نیز نتیجه گرفته شد که در سال‌های اجرای برنامه، مخارج کمرشکن سلامت و مخارج فقرزای سلامت افزایش یافته است. با توجه به این مطالعه، به نظر می‌رسد حتی بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده شهری، هنوز بیماران دارای مانع دسترسی مالی به خدمات سلامت، به خصوص در سطوح دوم و سوم مراقبت، بوده‌اند (۱۸). عدم دسترسی جغرافیایی به خدمات سلامت یکی از مشکلات

^۱ Ansah et al.

^۲ Care-seeking behavior

خون در افراد دیابتی گزارش گردیده است (۲۶،۲۷). در این مطالعه به دلیل اینکه برنامه، در سال‌های اخیر شروع شده بود، مدت زمانی که بیمار با پزشک خود همراه بودند، مدت کوتاهی بوده است لذا نتایج این بخش در سال‌های آتی بهتر قابل بحث می‌باشد. ضمناً در مقایسه با بسیاری از کشورهای اجرا کننده برنامه، تعداد متوسط ویزیت‌های سالانه برای پزشک خانواده و تیم او کم بوده است (۱۳،۲۸). این مقدار پایین ویزیت برای بیماری‌های مزمن کافی نمی‌باشد.

در این مطالعه، بیماران معمولاً در هر مراجعه با پزشک خانواده خود ملاقات نموده‌اند (تا اینکه چند پزشک خانواده را ملاقات کنند) و مورد احترام پزشکان قرار گرفته‌اند. همانطور که بتی و همکاران^۱ گزارش داده‌اند، تکمیل درمان با یک پزشک موجب رضایتمندی بیشتری از فرآیند درمان شده است (۲۹). همچنین اکثر بیماران در مواردی مانند درمان ارائه شده و مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی پزشکان نظر مساعدی نداشته‌اند. کمبود مهارت‌های ارتباطی در بین پزشکان و مدیران سلامت در ایران، توسط محققین زیادی گزارش شده است (۳۰،۳۱).

نتایج این مطالعه در معیار هماهنگی، نشان داد میزان ارجاع بیماران به پزشک متخصص بیشتر از استاندارد بوده است و به علاوه این میزان در بین دو استان دارای تفاوت قابل توجهی بوده است. در استان فارس درصد قابل توجهی از مراجعین به سطوح بالاتر ارجاع شده بودند در حالیکه در استان مازندران میزان ارجاع مناسب بوده است. این یافته در پزشک خانواده شهری مازندران با مطالعه یزدی و همکاران (۱۸)، تطابق نداشته است که به نظر می‌رسد، با استقرار برنامه در شهر، منجر به بهبود این شاخص در سیستم ارجاع شده است. بررسی چرایی این موضوع و تفاوت قابل توجه در نحوه اجرای سیستم ارجاع در دو استان مطالعه شده به دلایل متعددی بر می‌گردد. به نظر می‌رسد مهم‌ترین دلیل آن نحوه استقرار و اجرای متفاوت برنامه در این دو استان بوده است.

دسترسی به مجموعه‌ای حداقلی از تجهیزات پزشکی از پیش شرط‌های لازم برای ارائه مراقبت خوب توسط پزشک خانواده است. این مطالعه نشان داده است که تقریباً نیمی از تجهیزات پزشکی در اختیار کلیه پزشکان خانواده در مرکز/مطب وجود داشته است و میانگین تعداد اقلام تجهیزات پزشکی در ایران ۳۰ قلم (۶۶ درصد) بوده است که در مقایسه با کشورهای منطقه و جهان دارای میانگین کمتری بوده است (۱۳،۱۴،۳۱).

نتیجه‌گیری

برنامه پزشک خانواده شهری در ایران موجب افزایش فراهمی خدمات گردید که این امر با وجود تعداد جمعیت تحت پوشش متوسط، در تعداد مراجعات به پزشکان خانواده مؤثر بوده و به صورت تعداد ویزیت بالا خود را نشان داد. با اجرای برنامه، دسترسی جغرافیایی به خدمات بهبود یافت. هماهنگی بین سطوح مراقبت که با شاخص میزان ارجاع بیماران به سطوح بالاتر (پزشک خانواده به متخصص) اندازه‌گیری گردید، در دو استان متفاوت بوده و این میزان در استان فارس به مقدار قابل توجهی بیشتر از مازندران بدست آمد. در استمرار مراقبت که از طریق فن آوری اطلاعات فراهم می‌گردید، امکان استفاده از نرم افزار موجود برای مدیریت سلامت جمعیت تحت پوشش امکان‌پذیر نبود. معیار جامعیت مراقبت در برنامه پزشک خانواده شهری نیز دارای نمره‌ای متوسط در ایران بوده است. بالاخره هرچند اجرای این برنامه در شاخص‌هایی، موفق عمل کرد ولی در بخش‌هایی نیز با چالش‌هایی عمده‌تر اجرایی همراه بود لذا بهتر است قبل از توسعه برنامه به استان‌های دیگر، رفع ریشه‌ای این چالش‌ها مد نظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه دکترای تخصصی با عنوان "تحلیل اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران" بوده و مورد حمایت دانشگاه علوم پزشکی کرمان بوده است. از آقایان دکتر بهجو رئیس انجمن پزشکان شیراز و باقری کارشناس دانشگاه علوم پزشکی مازندران که در این پژوهش همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

- Janati A, Maleki MR, Gholamzadeh M, Narimani MR, Vakili S. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program. 2010.
- Khayyati F, Motlagh ME, Kabir MJ, Kazemeini H, Gharibi F, Jafari N. The role of family physician in case finding, referral, and insurance coverage in the rural areas. *Iran J Public Health*. 2011; 40: 136.
- Lankarani KB, Alavian SM, Haghdoost AA, Hatmi ZN, Malekpour M. Family physicians in Iran: success despite challenges. *Lancet*. 2010; 376: 1540-1.
- Shalileh K, Mahdani A. Family physicians' satisfaction in Iran: a long path ahead. *Lancet*. 2010; 376: 515.
- Khayatzadeh-Mahani A, Takian A. Family physician program in Iran: considerations for adapting the policy in urban settings. *Arch Iran Med*. 2014; 17: 776-8.
- Jahromi VK, Dehnavieh R, Mehrolhassani MH, Anari HS. Access to Healthcare in Urban Family Physician Reform from Physicians and Patients' Perspective: a survey-based project in two pilot provinces in Iran. *Electron physician*. 2017; 9: 3653.
- Jahromi VK, Mehrolhassani MH, Dehnavieh R, Anari HS. Continuity of care evaluation: The view of patients and professionals about urban family physician program. *Int J Prev Med*. 2017; 8.
- Damari B, Vosough Moghaddam A, Rostami Gooran N, Kabir MJ. Evaluation of the Urban Family Physician and Referral System Program in Fars and Mazandran Provinces: History, Achievements, Challenges and Solutions. *J Sch Public Heal Inst Public Heal Res*. 2016; 14: 17-38.
- Amiresmaili M, Khosravi S, Yazdi-Fezabadi V. Factors Affecting Leave out of General Practitioners from Rural Family Physician Program: A Case of Kerman, Iran. *International journal of preventive medicine*. 2014; 5(10):1314-23.
- Dehnavieh R, Kalantari AR, Jafari Sirizi M. Urban family physician plan in Iran: Challenges of implementation in Kerman. *Med J Islam Repub Iran*. 2015; 29: 1219-28.
- Mehrolhassani MH, Sirizi MJ, Poorhoseini SS, Yazdi-Fezabadi V. The Challenges of Implementing Family Physician and Rural Insurance Policies in Kerman Province, Iran: A Qualitative Study. *J Heal Dev*. 2012; 1: 193-206.
- Brand H, Albrecht T. Organiser: NIVEL Netherlands Institute for Health Services Research, EUPHA section on health services research, health systems working party of DG SANCO. In: *European Journal of Public Health*. 2007; 65-6.
- Kringos DS, Boerma WGW, Spaan E, Pellny M, Karakaya K. Evaluation of the organizational model of primary care in Turkey: a survey-based pilot project in two provinces of Turkey. 2008.
- Boerma WGW, Snoeijs S, Wiegers TA, Baltag V. Evaluation of the structure and provision of primary care in the Republic of Moldova: a survey-based project. 2012.
- Shook M. Transportation barriers and health access for patient attending a community health center. *F Area Pap*. 2005.
- Ansah EK, Narh-Bana S, Asiamah S, Dzordzordzi V, Biantey K, Dickson K, et al. Effect of removing direct payment for health care on utilisation and health outcomes in Ghanaian children: a randomised controlled trial. *PLoS med*. 2009; 6: e1000007.
- Amini AH, Meskarpour AM. Financial Accessibility of Iranian Households to Health Care Services during. 2013; 1983-2008.
- Yazdi-Fezabadi V, Mehrolhassani MH, Baneshi MR, Mirzaei S, Oroomiei N. The Association between Pilot Applying of Urban Family Physician with Health Financial Protection Measures in Iran: An Experience of Fars and Mazandran Provinces. *irje*. 2018; 14: 1-12 [Submitted].
- Rosero-Bixby L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. *Soc Sci Med*. 2004; 58: 1271-84.
- Jones AP, Bentham G. Health service accessibility and deaths from asthma in 401 local authority districts in England and Wales, 1988-92. *Thorax*. 1997; 52: 218-22.
- Sergey B. Country report Russia. *European society of cardiology*. 2014.
- Uba L. Cultural barriers to health care for Southeast Asian refugees. *Public Health Rep*. 1992; 107(5): 544.
- Barr DA, Wanat SF. Listening to patients: cultural and linguistic barriers to health care access. *Fam Med*. 2005; 37: 199-204.
- Yazdi-Fezabadi V, Emami M, Mehrolhassani MH. Health information system in primary health care: the challenges and barriers from local providers' perspective of an area in Iran. *Int J Prev Med*. 2015; 6.
- Gray DP, Evans P, Sweeney K, Lings P, Seamark D, Seamark C, et al. Towards a theory of continuity of care. *J R Soc Med [Internet]*. 2003; 96: 160-6.
- Shin DW, Cho J, Yang HK, Park JH, Lee H, Kim H, et al. Impact of continuity of care on mortality and health care costs: A nationwide cohort study in Korea. *Ann Fam Med*. 2014; 12: 534-41.
- Parchman ML, Pugh JA, Noël PH, Larme AC. Continuity of Care, SelfManagement Behaviors, and Glucose Control in Patients with Type 2 Diabetes. *Med Care*. 2002; 40: 137-44.
- Boerma WGW, Snoeijs S, Wiegers TA, Baltag V. Evaluation of the Structure and Provision of Primary Care in Russian Federation: A Survey-Based Pilot Project in Two Rayons of Moscow Oblast. *WHO Reg off Eur*. 2009.
- Beattie P, Dowda M, Turner C, Michener L, Nelson R. Longitudinal continuity of care is associated with high patient satisfaction with physical therapy. *Phys Ther*. 2005; 85: 1046.
- Jahromi VK, Tabatabaee SS, Abdar ZE, Rajabi M. Active listening: The key of successful communication in hospital managers. *Electron physician*. 2016; 8: 2123.
- Honarvar B, Lankarani KB, Ghahramani S, Akbari M, Tabrizi R, Bagheri Z, et al. Satisfaction and dissatisfaction toward urban family physician program: A population based study in Shiraz, Southern Iran. *Int J Prev Med*. 2016-Janua.

Evaluation of Urban Family Physician Program in Iran Using Primary Care Evaluation Tool

Kohpeima Jahromi V¹, Dehnavieh R², Mehrolhassani MH³

1- Assistant Professor, PhD in Health Services Management, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

2- Associate Professor, PhD in Health Services Management, Medical Informatics Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- Associate Professor, PhD in Health Services Management, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding author: Mehrolhassani MH, mhmhealth@gmail.com

(Received 11 March 2018; Accepted 10 May 2018)

Background and Objectives: Due to lack of proper health system coverage in cities, the urban family physician program began as pilot in two provinces in Iran. Decision on developing the program to other provinces requires a comprehensive assessment. The study aimed to evaluate the program in Iran.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2015 and 2016 in two provinces (Fars and Mazandaran). The data of 141 family physicians working in health centers and 710 patients were collected using a questionnaire. A multi-stage sampling method was used for the samples. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistical methods.

Results: 81% of the workload of family physicians in a week was patient visits. Co-payment in second and third levels was a real obstacle for some patients. The majority of the patients could receive their required healthcare facilities in up to 40 minutes. Software programs were infrequently used. Patients were visited by their physicians 5.5 times in a week. The mean duration of each patient visit was less than 10 minutes in 80% of the cases. Referral rate was reported by 14% (Fars= 21.8%, Mazandaran= 4%). 30 out of 45 medical devices were available to family physicians on average.

Conclusion: Although the program has been successful in areas such as access to health services and comprehensiveness of care, there are some challenges in coordination and continuity of care. Therefore, it is suggested that the root causes of these challenges be resolved prior to extending this program to other provinces.

Keywords: Urban family physician, Evaluation, Accessibility of care, Continuity of care, Coordination of care, Comprehensive of care