

بازتاب عملکرد پزشک خانواده در آینه مشتریان گیلانی

ابوالحسن افکار^{1*}، ابوالقاسم پوررضا²، وحیه الله خدابخشی نژاد³، فردین مهربان⁴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۴/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۷/۱۹

چکیده:

زمینه و هدف: طرح پزشک خانواده یکی از اقدامات ناظر به رفعم در بخش سلامت است که مهم ترین پیامدهای آن می تواند افزایش دسترسی مردم به پزشک بویژه برای مناطق محروم باشد. هدف از این مطالعه بررسی نقاط قوت و ضعف پزشک خانواده در دو شهرستان فومن و شفت در سال ۱۳۹۰ بود.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی و از نوع کاربردی می باشد. در این مطالعه کلیه اعضاء تیم های درمان، مشتمل بر پزشکان خانواده، ماماها، بهورزان، کارشناسان و کاردانان و همچنین ۱۵۶ نفر از گیرندگان خدمت در این دو شهرستان مشارکت نموده اند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه بود که روایی و پایایی آن تأیید شده است.

یافته ها: از نظر ارائه دهندگان خدمت، مهم ترین نقاط قوت نظام ارجاع و طرح پزشک خانواده؛ تأمین دسترسی آسان مردم به خدمات درمانی، کاهش هزینه های درمانی بیماران و مهم ترین نقاط ضعف آن پائین بودن حقوق و دستمزد پزشکان، ارجاع معکوس، عدم دسترسی به پزشک خانواده در تمام اوقات شبانه روز بود. از دیدگاه گیرندگان خدمت؛ مهم ترین نقاط قوت طرح دسترسی آسان به پزشک و مهم ترین نقاط ضعف آن نیز برخورد نامناسب بیمارستان ها و عدم ارائه خدمت در طول شبانه روز بود.

نتیجه گیری: به منظور رفع نقاط ضعف و بهبود کیفیت خدمات، آموزش کارکنان سطوح مختلف نظام شبکه، نظارت جامع تر و انجام ارزیابی های مقطعی به همراه نظارت موثر بر عملکرد صاحبان فرایندهای پزشک خانواده پیشنهاد می گردد.

کلمات کلیدی: نقاط ضعف و قوت، طرح پزشک خانواده، مشتریان

۱. دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان (*نویسنده مسئول) Email: hasanafkar@yahoo.com

۲. استاد علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۴. دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

مقدمه

نظام سلامت ایران علیرغم دستاوردهای متعدد و بسیار ارزشمند خود با چالش‌هایی نیز مواجه است و به این دلیل، اصلاحات در نظام سلامت ایران اجتناب‌ناپذیر به نظر می‌رسد (۱). جریان اصلاح نظام سلامت در ایران، سلسله‌ای از تغییرات هدفمند و مستمر برای بهبود کارایی، برقراری عدالت در برخورداری مردم از خدمات بهداشتی و درمانی، محافظت مردم در برابر مخاطرات مالی ناشی از بیماری‌ها، تامین مالی پایدار و اصلاح نظام پرداخت‌ها تعریف می‌شود (۲). اگر چه با استقرار شبکه‌های بهداشتی درمانی از سال ۱۳۶۳ در کلیه شهرستان‌ها با پوشش بیش از ۸۵ درصد مناطق روستایی دستاوردهای چشمگیری در مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی بدست آمد ولی دسترسی مردم به خدمات سطح ۲ و ۳ در طول سالهای پس از آن چندان توسعه نیافت (۳). سیاست‌های دولت در نظام شبکه بهداشتی درمانی به طور عمده بر سه اصل الویت خدمات پیشگیری بر خدمات درمانی، اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری و الویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری بود (۴). پیش‌بینی سطوح مختلف آرایه خدمات بهداشتی در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور به منظور آرایه خدمات به صورت زنجیره‌ای مرتبط و تکامل‌یابنده است، تا اگر یکی از مراجعین واحد پایین‌تر به خدمات تخصصی‌تری نیاز داشته باشد که از عهده این واحد بر نمی‌آید، واحد مذکور بتواند مراجعه‌کننده را به واحد بالاتر ارجاع نماید (۵). برای رفع و یا کاهش مشکلات مذکور مناسب‌ترین استراتژی اجرای برنامه بیمه روستایی در قالب نظام ارجاع، برنامه پزشک خانواده عنوان شده است (۶). در این برنامه، پزشک عمومی و تیم وی، مسئولیت کامل سلامت افراد و خانواده‌های تحت پوشش خود را بر عهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز به عهده دارد (۵). از طرفی ارجاع بیماران به سطوح بالاتر فرصتی برای آموزش مداوم پزشکان خانواده است (۷). بر اساس طرح پزشک خانواده، جمعیت مشخصی برای یک پزشک تعریف می‌شود سوابق بیماری و درمان آنها در اختیار این پزشک قرار می‌گیرد. بنابر این هر گاه بیمار به پزشک مراجعه کند، پزشک دقیقاً می‌داند که مشکلات قبلی این بیمار چه بوده و در حال حاضر چه اقدام پزشکی باید برای وی صورت گیرد و اگر احتیاج به اقدامات پزشکی، تخصصی و یا آزمایشگاهی وجود داشته باشد به پزشک مربوطه ارجاع می‌دهد و این امر می‌تواند با جلوگیری از دسترسی مستقیم به سطوح تخصصی خدمات، موجب جلوگیری از هدر رفتن هزینه‌ها شود (۸). بنابراین طرح پزشک خانواده یک نظام کامل بهداشتی - درمانی است که مهمترین نتایج آن رفع سردرگمی مردم در مراجعه به پزشک و افزایش

رضایتمندی مردم از خدمات سلامت است و البته هدر رفتن منابع را و نیز به حداقل رساندن هزینه‌ها و صرفه‌جویی اقتصادی را در دستور کار خود دارد (۹). برغم مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور از جمله مطالعه‌ای در کشور کاناداکه پژوهشگران نتیجه گرفتند با اجرای پزشک خانواده ارتباط بهتری بین پزشک و بیمار برقرار می‌شود (۱۰). مطالعه انجام شده در تایلند نیز نشان داد که با اجرای پزشک خانواده کیفیت نظام ارجاع بهبود قابل ملاحظه‌ای داشته است (۱۱). آکادمی پزشکان خانواده فلوریدا در امریکا (FAFP) که معتقد است که مؤثرترین و کاراترین شیوه درمان بیماران، ایجاد سیستم پزشک خانواده است و پزشکان خانواده تشخیص و درمان ۹۰ درصد از مشکلات بیماران را عهده دار هستند و درمان بوسیله آنان منجر به بهبود و بالارفتن کیفیت مراقبت‌ها در حد مراقبت‌های تخصصی و رضایت بالای بیماران و هزینه‌ها - اثر بخشی بهتر از بیمارستان‌ها، آزمایشگاه‌ها، روش‌های تشخیصی و تکنولوژی‌های گرانیقیمت می‌شود (۱۲). با این وجود پزشک خانواده دارای کاستی‌هایی نیز می‌باشد. شاید ساده‌ترین شیوه ارزشیابی برنامه پزشک خانواده، سنجش میزان رضایت گیرندگان خدمت باشد که باید در مراحل طراحی، اجرا، ارزشیابی برنامه بیمه روستایی بعنوان محوری‌ترین شاخص موفقیت بیمه خدمات روستایی و پزشک خانواده مدنظر باشد (۱۳). هدف از انجام این مطالعه نقد و واکاوی طرح هم در جهت بیان نکات مثبت و هم بیان مشکلاتی است که منجر به عدم رضایت ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات شده و ارائه راهکارهایی عملی در جهت بهبود کیفیت خدمات تیم سلامت است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی، مقطعی و کاربردی است که در سال ۱۳۹۰ در شهرستانهای شفت و فومن انجام یافته است. در این مطالعه کلیه اعضای تیم پزشک خانواده مشتمل بر پزشکان خانواده، ماماها، بهورزان، کارشناسان و کاردان‌های بهداشتی هر دو شهرستان فومن و شفت و نیز ۸۵۶ نفر از گیرندگان خدمت به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ارائه‌کنندگان خدمات با روش تمام شماری و جهت انتخاب گیرندگان خدمت، کلیه افراد بالای ۲۰ سال سن که در مهر ماه سال ۱۳۹۰ به مراکز بهداشتی و درمانی روستایی تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های فومن و شفت جهت دریافت خدمات بهداشتی و درمانی مراجعه نموده و حاضر به پاسخگویی بودند در مطالعه وارد شدند.

داده‌ها با استفاده از دو نوع پرسشنامه گردآوری شدند: پرسشنامه مربوط به ارائه‌دهندگان خدمت و پرسشنامه مربوط

شرکت در مطالعه اخذ گردید. اطلاعات پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل شد. برای تجزیه و تحلیل آماری از آمار توصیفی و تحلیلی و نیز از آزمون دقیق فیشر برای مقایسه نقاط قوت و ضعف بین دو گروه جنسی و سابقه کاری در ارائه دهندگان و دو گروه جنسی و سنی در گیرندگان خدمت استفاده شد و p-value کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

از ۲۳۴ نفر ارائه دهندگان خدمات ۱۵۱ نفر بهورز، ۳۲ نفر پزشک، ۲۶ نفر کارشناس و کاردان و ۲۵ نفر ماما بودند. که از بهورزان ۵۹٪ زن، ۸۴/۷٪ دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر و ۳۹/۷٪ سابقه کار بین ۱۱-۲۰ سال داشتند. از پزشکان خانواده ۶۹٪ زن، ۸۶/۸٪ در گروه سنی ۳۱-۴۰ سال بودند و ۴۴٪ سابقه جابجایی در طرح پزشک خانواده در سطح استان یا شهرستان داشتند. در گروه کارشناس و کاردان بخش سلامت ۷۶/۹٪ سابقه کار کمتر از ۱۰ سال و استخدام از نوع پیمانی بودند. در گروه ماما ۸۴٪ دارای قرارداد پزشک خانواده و سابقه خدمت کمتر از ۱۰ سال بودند (جدول ۱).

به گیرندگان خدمت که روایی و پایایی آنها قبلاً توسط مجریان طرح، برنامه ریزان، مدیران و متخصصین تأیید شده است (۵). پرسشنامه ارائه دهندگان خدمت شامل دو قسمت بود. بخش نخست آن حاوی اطلاعات جمعیت شناختی و بخش دوم شامل دو سوال باز بود که در آن از کارکنان خواسته شده بود نقاط قوت و ضعف طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع را بیان کنند. پرسشنامه مربوط به گیرندگان خدمت نیز از سه قسمت تشکیل شده بود. بخش نخست آن حاوی اطلاعات جمعیت شناختی و بخش دوم شامل ۵ سوال بسته در مورد آگاهی از اجرای طرح پزشک خانواده، داشتن بیمه خدمات درمانی، مراجعه به پزشک خانواده، میزان رضایت از پزشک خانواده، مسافت طی شده تا محل استقرار پزشک و بخش سوم شامل دو سوال نیمه باز بود که در آن از گیرندگان خدمات خواسته شده بود حداکثر ۵ مورد از نقاط قوت (مزایا) و ۵ مورد از نقاط ضعف (مشکلات) اجرای طرح پزشک خانواده را اعلام نمایند.

پرسشنامه ها به صورت حضوری در اختیار افراد واجد شرایط در مطالعه قرار داده شد و در خصوص اهداف مطالعه، روش اجرای آن و نحوه تکمیل پرسشنامه توضیحات لازم ارائه گردید. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، رضایت نمونه ها جهت

جدول شماره ۱) اطلاعات دموگرافیک ارائه دهندگان خدمات سلامت

ارائه دهندگان خدمات		پزشک		کارشناس و کاردان		ماما		بهورز	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
جنس	مرد	۱۰	۳۱/۳	۱۲	۴۶/۲	۰	۰	۶۴	۴۲/۴
	زن	۲۲	۶۸/۷	۱۴	۵۳/۸	۲۵	۱۰۰	۸۷	۵۷/۶
	جمع	۳۲	۱۰۰	۲۶	۱۰۰	۲۵	۱۰۰	۱۵۱	۱۰۰
تاهل	مجرد	۸	۲۵	۱۱	۴۲/۳	۸	۳۲	۲۹	۱۹
	متاهل	۲۴	۷۵	۱۵	۵۷/۷	۱۷	۶۸	۱۲۲	۸۱
	جمع	۳۲	۱۰۰	۲۶	۱۰۰	۲۵	۱۰۰	۱۵۱	۱۰۰
سن	۲۰-۳۰ سال	۵	۱۵/۶	۱۶	۶۱/۵	۸	۳۲	۴۵	۳۰
	۳۱-۴۰ سال	۲۲	۶۸/۸	۷	۲۶/۹	۱۴	۵۶	۴۸	۳۲
	۴۱-۵۰ سال	۵	۱۵/۶	۳	۱۱/۶	۳	۱۲	۵۸	۳۸
	جمع	۳۲	۱۰۰	۲۶	۱۰۰	۲۵	۱۰۰	۱۵۱	۱۰۰
سابقه کار	۰-۱۰ سال	۳۲	۱۰۰	۲۰	۷۶/۹	۲۱	۸۴	۵۱	۳۳/۸
	۱۱-۲۰ سال	۰	۰	۴	۱۵/۴	۴	۱۶	۶۰	۳۹/۷
	۲۱-۳۰ سال	۰	۰	۲	۷/۷	۰	۰	۴۰	۲۶/۵
	جمع	۳۲	۱۰۰	۲۶	۱۰۰	۲۵	۱۰۰	۱۵۱	۱۰۰

مهم ترین نقطه ضعف برنامه پزشک خانواده را عدم رعایت سیستم ارجاع در سطوح محیطی و میانی ذکر کرده بودند که تفاوت بین دو گروه جنسی از نظر آماری معنی دار بود ($p=008$). ولی این تفاوت از نظر سابقه کاری معنی دار نبود ($p=083$). هرچند بهورزان با سابقه کار کمتر از ۱۱ سال بیشتر به این نقطه ضعف اشاره کرده بودند.

از نظر بهورزان مهم ترین نقطه قوت طرح پزشک خانواده کاهش هزینه های درمانی و مهم ترین نقطه ضعف طرح پزشک خانواده عدم رعایت سیستم ارجاع در سطوح محیطی و میانی بود. ۷۵٪ بهورزان مرد و ۸۲/۸٪ بهورزان زن این نقطه قوت را ذکر کرده بودند که تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود ($p=03$). هم چنین تفاوت معنی داری از نظر سابقه کاری نیز مشاهده نگردید ($p=083$). ۹۵/۳٪ بهورزان مرد و ۸۰/۵٪ بهورزان زن

جدول شماره ۲) نقاط قوت و ضعف نظام ارجاع و طرح پزشک خانواده از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات سلامت

نقاط ضعف			نقاط قوت		
درصد	فراوانی	متغیر	درصد	فراوانی	متغیر
پزشکان خانواده					
۸۷/۵	۲۸	پایین بودن حقوق و دستمزد پزشکان	۷۱/۹	۲۳	دسترسی آسان مردم به خدمات درمانی
۷۸/۱	۲۵	ارجاع معکوس	۶۲/۵	۲۰	بهبود شاخص های سلامت
۵۶/۳	۱۸	تغییر ناگهانی سیستم درمانی کشور	۵۳/۱	۱۷	تشکیل پرونده سلامت
۴۶/۹	۱۵	نبود فضای فیزیکی مناسب برای استراحت	۴۶/۹	۱۵	هماهنگی برونبخشی با تشکیل هیئت امنا
۳۴/۴	۱۱	غیر واقعی بودن تعرفه ها	۳۷/۵	۱۲	سامان دهی وضعیت درمان
بهورزان					
۸۶/۸	۱۳۱	عدم رعایت سیستم ارجاع در سطوح محیطی و میانی	۷۹/۵	۱۲۰	کاهش هزینه های درمانی بیماران
۷۴/۸	۱۱۳	عدم دسترسی به پزشک خانواده در تمام اوقات شبانه روز	۵۳	۸۰	مراقبت مطلوبتر بیماران غیر واگیر
۶۶/۹	۱۰۱	ناکافی و ناعادلانه بودن توزیع کارانه ها	۴۱/۷	۶۳	مراقبت بهتر و موثرتر از مادران و کودکان
۵۷/۶	۸۷	عدم همکاری پزشکان متخصص با بیماران و ندادن پس خوراند	۳۹/۷	۶۰	تشکیل پرونده سلامت
۴۱	۶۲	تکرار مراجعات با توجه به غیر واقعی بودن تعرفه ها	۲۹/۸	۴۵	رایگان بودن برخی از خدمات
ماماها					
۹۲	۲۳	پایین بودن سطح حقوق و دستمزد ماماها	۶۴	۱۶	کاهش هزینه های درمان و دارو برای روستائیان
۷۲	۱۸	ساعت کار طولانی	۴۴	۱۱	ارتقاء سطح سلامت روستائیان
۴۸	۱۲	کمبود امکانات و تجهیزات مامایی در محیط کار	۴۰	۱۰	صدور دفترچه بیمه روستائیان
۴۰	۱۰	نا کارآمد بودن نظام ارجاع	۴۰	۱۰	ایجاد اشتغال برای گروه زیادی از پزشکان و ماماها
۳۶	۹	عدم امنیت شغلی	۳۲	۸	انجام معاینات دوره ای برای بیمه شدگان روستایی
کارشناسان و کاردانان					
۵۷/۷	۱۵	تکرار مراجعات به دلیل پایین بودن تعرفه	۴۶/۲	۱۲	تجهیز مراکز بهداشتی درمانی
۵۰	۱۳	آموزش ناکافی پزشکان خانواده	۴۲/۳	۱۱	تحت پوشش قرار گرفتن جمعیت روستایی
۳۸/۵	۱۰	درمان نگر بودن پزشکان	۴۲/۳	۱۱	تشکیل پرونده سلامت
۲۶/۹	۷	کمبود نیروی انسانی در سطح مراکز	۳۸/۵	۱۰	بیماریابی و پیگیری به موقع بیماران
۲۶/۹	۷	محدودیت در ارجاع بیماران برای آزمایشگاه و رادیولوژی	۳۴/۶	۹	دسترسی آسان مردم به خدمات درمانی

در گروه ماما ۷۱/۴٪ با سابقه کار کمتر از ۵ سال و ۶۱/۱٪ با سابقه کار ۵ سال و بالاتر مهم ترین نقطه قوت برنامه پزشک خانواده را کاهش هزینه های درمان و دارو برای روستاییان عنوان نمودند که تفاوت بین دو گروه سابقه کاری از نظر آماری معنی دار نبود ($p=1/00$). همچنین ۱۰۰٪ ماماها با سابقه کار کمتر از ۵ سال و ۸۸/۹٪ با سابقه کار ۵ سال و بالاتر مهمترین نقطه ضعف برنامه را پایین بودن سطح حقوق و دستمزد ماماها عنوان نمودند که تفاوت بین دو گروه سابقه کاری از نظر آماری معنی دار نبود ($p=1/00$).

در بخش گیرندگان خدمت ۸۵۶ نفر شرکت کردند که ۴۱/۲٪ مرد و ۵۸/۸٪ زن بودند و میانگین سنی آنها ۴۰ سال بوده و ۲۳٪ دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند و ۱۰۰ درصد آنها حداقل یکبار به پزشک خانواده مراجعه کرده بودند. ۹۵٪ از اجرای طرح پزشک خانواده آگاهی داشتند، ۹۸٪ از دفترچه بیمه خدمات درمانی برخوردار بودند، ۹۳٪ از پزشک خانواده رضایت داشتند و حداقل و حداکثر مسافت طی شده تا محل استقرار پزشک خانواده به ترتیب ۱ و ۱۵ کیلومتر بود (جدول ۳).

در گروه پزشکان ۴۰٪ پزشکان مرد و ۸۶/۴٪ از پزشکان زن مهمترین نقطه قوت پزشک خانواده را دسترسی آسان مردم به خدمات درمانی ذکر کرده اند که تفاوت بین دو گروه جنسی از نظر آماری معنی دار بود ($p=0/13$). و پزشکان با سابقه کار ۴ سال و بالاتر بطور معنی داری بیش از پزشکان با سابقه کار کمتر از ۴ سال به این نقطه قوت اشاره کرده بودند ($p=0/35$). ۶۳/۶٪ از پزشکان با سابقه کمتر از ۴ سال و ۱۰۰٪ از پزشکان با سابقه کاری ۴ سال و بالاتر مهم ترین نقطه ضعف برنامه را پایین بودن حقوق و دستمزد پزشکان ذکر کرده اند که از نظر آماری معنی دار بود ($p=0/009$). ولی از نظر جنسی تفاوت معنی داری مشاهده نگردید ($p=1/00$).

۳۳/۳٪ کارشناسان و کاردندان مرد و ۵۷/۱٪ زنان در این گروه مهم ترین نقطه قوت برنامه را تجهیز مراکز بهداشتی درمانی عنوان کرده بودند که تفاوت آماری معنی دار نبود ($p=0/276$). همچنین این گروه مهم ترین ضعف برنامه را تکرار مراجعات به دلیل پایین بودن تعرفه ذکر کردند ولی تفاوت از نظر جنسی بین دو گروه معنی دار نبود ($p=0/69$).

جدول شماره ۳) نقاط قوت و ضعف نظام ارجاع و طرح پزشک خانواده از دیدگاه گیرندگان خدمات سلامت

نقاط ضعف			نقاط قوت		
درصد	فراوانی	متغیر	درصد	فراوانی	متغیر
۵۷/۲	۴۹۰	برخورد نامناسب بیمارستانهای دولتی	۹۰/۵	۷۷۵	کاهش هزینه درمان و رایگان بودن خدمات
۴۴/۹	۳۸۴	عدم حضور پزشک در تمام اوقات شبانه روز	۷۲/۴	۶۲۰	دسترسی آسان به پزشک
۴۱/۷	۳۵۷	نداشتن حق انتخاب در مورد متخصصین	۵۷/۶	۴۹۳	بهره مندی از دفترچه بیمه همگانی
۳۴/۶	۲۹۶	محدودیت در ارجاع بیماران برای آزمایشگاه و رادیولوژی	۲۷/۵	۲۳۵	تشکیل پرونده سلامت

۴۰/۵٪ زنان مهم ترین نقطه ضعف برنامه پزشک خانواده را برخورد نامناسب بیمارستانهای دولتی ذکر کردند و تفاوت بین دو گروه جنسی معنی دار بود ($p=0/0001$). ولی بین دو گروه سنی زیر ۳۰ سال و بالای ۳۰ سال تفاوت آماری معنی دار مشاهده نگردید ($p=1/00$).

بر اساس تحلیل داده ها ۱۰۰٪ مردان و ۸۳/۹٪ زنان مهمترین نقطه قوت برنامه را کاهش هزینه درمان و رایگان بودن خدمات ذکر کردند که تفاوت مشاهده شده بین دو گروه جنسی از نظر آماری معنی دار بود ($p=0/0001$). ولی اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه سنی زیر ۳۰ سال و بالای ۳۰ سال مشاهده نگردید ($p=0/072$). هم چنین ۸۱/۲٪ مردان و

بحث و نتیجه گیری

نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده یکی از مهم ترین اهداف برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در حوزه سلامت کشور ما محسوب می شود و ضمن اشتغال زایی برای فارغ التحصیلان گروه پزشکی، با صدور دفترچه بیمه روستائیان دسترسی آسان مردم به خدمات بهداشتی و درمانی را فراهم نموده است.

یافته های پژوهش نشان می دهد اکثریت گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات با برنامه های پزشک خانواده موافق هستند ولی در عین حال مشکلاتی را همچون سردرگمی بیماران در بیمارستانها، بحث ارجاع، توجه کمتر به مسائل بهداشتی و پیشگیری و تمایل و توجه بیشتر به مسائل درمانی بیماران را مطرح کرده اند.

در مطالعه ای که توسط کازرونی و همکاران (۱۳) انجام شد، ۶۵ درصد پزشکان از نحوه پرداخت حقوق و ۵۲ درصد از ۳۰ درصد پرداخت مبتنی بر عملکرد ناراضی بودند و آن را به عنوان مهمترین نقطه ضعف اجرای طرح پزشک خانواده عنوان نمودند که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه نصری (۱۴) که در سالهای ۸۵ و ۸۷ میزان رضایتمندی پزشکان خانواده را بررسی نموده است، بیش از ۷۴/۵٪ در سال ۸۵ و ۴۱/۰۳٪ در سال ۸۷ نحوه پرداخت حقوق را بد ارزیابی نمودند. هم چنین در سال ۸۵ حدود ۳۷/۲۵٪ و در سال ۸۷، ۳۳/۳۳٪ حقوق دریافتی را کم عنوان نموده اند، که با مطالعه حاضر که ۸۷/۵٪ از پزشکان خانواده پایین بودن حقوق و دستمزد پزشکان را به عنوان نقاط ضعف نام برده اند تا حدودی همخوانی دارد. در مطالعه کازرونی مهمترین نقاط قوت، تقویت کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، تجهیز محل زیست، پرداخت کارانه به کارکنان، تقویت داروخانه و مهمترین نقاط ضعف ازدحام مراجعین و توقعات نابجای مردم در مورد ارجاع عنوان شده است که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۱۳). در مطالعه جنتی مهمترین نقاط قوت برنامه پزشک خانواده بهبود دسترسی به پزشک و دارو و ۴۳/۵٪ و کاهش هزینه درمان ۳۹٪ و مهمترین نقاط ضعف آن عدم پرداخت بموقع حقوق ۵۶/۵٪، و عدم توجه روستائیان به طرح پزشک خانواده ۳۰/۴٪ می باشد که با مطالعه حاضر تا حدودی همخوانی دارد (۵). بنابراین لازم است در مکانیسم های پرداخت که در تعیین رفتار آرایه کننده خدمت نقش تعیین کننده ای دارد تامل لازم صورت گیرد. البته به موازات پرداخت باید ارزشیابی ارائه خدمات صورت گیرد زیرا سرمایه گذاری مالی بدون توجه به کارایی نوعی اتلاف منابع بوده و حتی می تواند موجب خسارت و بروز عوارض جدی در سیستم اداری شود. مشکل دیگری که در نظام ارجاع وجود دارد که هم گیرندگان خدمت و هم ارائه

دهندگان خدمت به آن اشاره داشته اند، شیوه ارجاع بیماران از سوی پزشک خانواده به پزشک متخصص و ندادن پس خوراند لازم برای درج در پرونده بیمار است که در مطالعه کازرونی و جنتی نیز به عنوان نقطه ضعف نظام ارجاع و طرح پزشک خانواده نام برده شده است و راه حل آن استفاده از پزشکان متخصص پزشک خانواده و ایجاد دوره های تخصصی در رشته پزشک خانواده شبیه آنچه که در امریکا و اروپا وجود دارد عنوان گردیده است. در امریکا یک دوره دستیاری سه ساله و در سوئد یک دوره پنج ساله زیر نظر یک استاد ثابت برای کسانی که در رشته طب خانواده مشغول به گذراندن دوره تخصصی هستند وجود دارد (۱۳).

از نقاط ضعف دیگری برنامه، ازدحام بیماران ذکر شده است که بیشترین مشکل، مربوط به توقعات نابجای مردم در خصوص ارجاع آنان به مرکزی خاص و عدم آرایه پس خوراند از سطح دو به پزشک خانواده می باشد. غالب بیماران حتی به دلیل بیماری های ساده مستقیماً و بدون مراجعه به بهورز، به پزشک مراجعه می نمایند و بدین صورت بهورز را از سیستم ارجاع خارج کرده و بار اضافی برای پزشک بوجود می آورند. عدم رعایت مسیر ارجاع در بعضی از مراکز به دلیل دور بودن مرکز بهداشتی درمانی روستایی از روستای مورد نظر نسبت به مراکز تخصصی، یکی از چالش های موجود در این طرح است که مراجعین روستایی به خاطر کاهش تردد و کاهش هزینه ها، پزشک خانواده را مجبور به ممهور کردن دفترچه می نمایند تا در موقع نیاز به پزشک متخصص، بدون مراجعه به پزشک خانواده با هزینه کمتر و در زمان کوتاه تر به مراکز تخصصی مراجعه نمایند که این فرایند خود باعث افزایش هزینه و افزایش ارجاع های غیر ضروری می شود که با اهداف طرح در تناقض است (۱۵). در مطالعه نصرالله پور شیروانی نیز مشخص گردید که ۳۵/۱٪ موارد ارجاع به سطح ۲ به درخواست و اصرار بیماران انجام گرفت (۱۶). اجرای این طرح همچنین موجب افزایش مسیر هدایت بیماران به سمت بیمارستان های دولتی و در نتیجه کاهش رضایتمندی گیرندگان خدمات سلامت از وضعیت بیمارستان های دولتی شده است. این در حالی است که بخش دولتی ظرفیت و گنجایش این تعداد بیمار ارجاعی را ندارد و با کثرت مراجعه به بیمارستان های دولتی، کیفیت خدمات در این بخش پایین آمده است و موجب سردرگمی بیماران و خستگی روحی و جسمی پزشکان شده است. همچنین برخوردهای نامناسب کادر درمانی و نوبت های طولانی مدت عمل جراحی برای بیماران را به دنبال دارد. (۱۰). آموزش ناکافی پزشکان خانواده به عنوان یکی دیگر از نقاط ضعف این طرح از سوی کارشناسان و کاردanan سلامت نامبرده

۳- ایجاد امنیت شغلی و مشخص نمودن وضعیت استخدامی پزشکان و برطرف نمودن مشکلات معیشتی اعضای تیم سلامت و پرداخت به موقع حقوق و مزایای آنان و ایجاد قوانین مناسب جهت ماندگاری پزشکان خانواده در مراکز بهداشتی و درمانی

۴- تهیه پرونده سلامت الکترونیک و بانک اطلاعات پزشکی
۵- جلب همکاری پزشکان متخصص سطح ۲ جهت رعایت سیستم ارجاع و ثبت بازگشت ارجاع از طریق طراحی سیستم مناسب تشویق، تنبیه و منوط نمودن عقد قرارداد بیمه روستایی به رعایت سیستم ارجاع و در نظر گرفتن آموزش های لازم در رابطه با سیستم پزشک خانواده در برنامه مدون آموزش پزشکان متخصص

۶- برقراری یک سیستم پژوهشی و تحقیقاتی قوی در نظام سلامت و انجام پژوهش در زمینه نظام ارجاع و طرح پزشک خانواده

۷- اصلاح قوانین، مقررات و دستورالعمل های سیستم ارجاع به منظور ارتقای کیفیت خدمات سطح اول و جلوگیری از تکرار مراجعات

۸- پرداخت بموقع حقوق و مزایا اعضای تیم سلامت و ایجاد قوانین مناسب به منظور افزایش انگیزه در آنها

تشکر و قدردانی

از مدیران شبکه بهداشت و درمان شهرستان شفت و فومن و از کلیه پزشکان، کارشناسان و کاردانشان، ماماها و بهورزان شهرستان های شفت و فومن که ما را در انجام این طرح و جمع آوری داده های مورد نیاز یاری نمودند صمیمانه سپاسگزاریم.

شده است که با مطالعه جنتی که آموزش ناکافی پزشکان از نقاط ضعف عمده طرح پزشک خانواده توسط مدیران عنوان شده است همخوانی دارد (۵). و در مطالعه انجام شده توسط کازرونی در نیازسنجی آموزشی به عمل آمده از پزشکان خانواده، بیش از همه برنامه ریزی عملیاتی و امور مدیریتی و پس از آن بیماریهای واگیر و غیر واگیر را به عنوان موضوع آموزشی بسیار مورد نیاز خود اعلام نموده اند (۱۳) مراقبت مطلوب تر بیماران دارای پرونده بهداشتی و مراقبت از مادران و کودکان به عنوان نقاط قوت این طرح از سوی بهورزان عنوان شده که با مطالعه جنتی تا حدود زیادی همخوانی دارد. تحقیقات مختلف حاکی از آن است که پزشکان خانواده نقش بسیار زیادی در ارایه مراقبت اولیه بیمار دارند. پزشک خانواده در ارایه خدمات پیشگیری، مراقبت گروههای در معرض خطر نظیر مادران و کودکان و سالمندان و فراهم آوردن دسترسی وسیع به خدمات مورد نیاز با هزینه های کمتر نقش بسزایی دارد (۱۷). براساس مطالعه حاضر به اعتقاد ۷۱/۹٪ از پزشکان خانواده دسترسی آسان مردم به خدمات درمانی و ۳۷/۵٪ درصد سامان دهی وضعیت درمان، از عمده نقاط قوت طرح پزشک خانواده می باشد که با مطالعه جنتی همخوانی دارد (۵). به منظور برطرف نمودن نقاط ضعف و بهبود کیفیت خدمات و رضایتمندی ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت موارد زیر پیشنهاد می گردد:

- ۱- برنامه ریزی جهت افزایش آگاهی مردم نسبت به سلامت و فرهنگ سازی در ارتباط با اهداف پزشک خانواده
- ۲- بازنگری در دروس دوره آموزش پزشکی و توجه بیشتر به دروس بهداشتی و ادغام پروتکل های سیستم سلامت در بسته های آموزشی پزشکان

References:

- 1-Hafez Z, et al. investigation of family doctors function in Yazd state, hygiene sunrise research, hygiene faculty of Yazd, sixth year, first and second number, spring-summer 1388,p.17.
- 2-Jamshidi HR. Health system reform in Islamic Republic Iran. Public Health services insurance Journal 2005;8(27):14-16.
- 3-Searching for family physician. available from: <http://www.irannewspaper.com/1386/860810/html/report.htm>.
4. Naghavi M, Jamshidi H. Utilization of health services in Iran2002. Tehran: Tandis press; 2005.
- 5-Jannati A, et al. investigation the strengths and weaknesses of family doctor plan, science and health research, course4, number 4, Shahroud,1388.
- 6-adminstract code of family doctor and rural assurance plan, public health administration, health steward slip, center of health promotion &, copy NO.10,october 1388.
- 7-Richard A, Charles PB. Family physicians and family therapists: understanding the interdependent synergism. Contemporary Family Therapy 2000;22(3):253-277.
- 8-Shajari Pour Mousavi M. Analysis the FMED results and failure In the medical assurance referral

- system in the villages and cities with the population under 20000, papers of rural medical assurance, medical assurance department,1388.
- 9- Searching for family physician. available from: [Http://www.Pezeshk.us/?cat=429/18/2008](http://www.Pezeshk.us/?cat=429/18/2008).
- 10-Gharbi F. The acceptability of rural health insurance services in family physician program ,papers of rural medical assurance, medical assurance department,1388, P.121.
- 11-Jaturapatporm D, Dellow A, Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? BMC Family Practice. 2007: 8 14.
- 12- Available from: [Http://www.fafp.org/abt_vifm.htm.9/26/2008](http://www.fafp.org/abt_vifm.htm.9/26/2008)
- 13-Afshar kazerouni Parvin, et al. investigation of weakness of family doctor plan strengths and weaknesses and determine awareness and satisfy of peoples, doctors and medical center workers in the Fars state. from 1386 plan, Tehran, rural medical assurance publisher,1388,P.121.
- 14-Nasari M. comparability study of family doctors opinion in Ilam state, April 85 –January 87, papers of rural medical assurance, medical assurance department,1388.
- 15-Shokri N. investigation of referral rate to second grade in Ilam state at 1386, papers of rural medical assurance, medical assurance department,1388
- 16-Nasrollah pour shirvani D, et al. investigation of referral system function in Iran university of medical science, 1388,Hakim research magazine, course 13, number1, April 1389,P.22.
- 17- Gutkin C. Opportunities in the specialty of family medicine. Can Family Physician 2008;54(2):320.

Family physician performance from the perspective of Gilani customers

Afkar A^{*1}, Pourrza A², Khodabakhshi njad V³, Mehrabian F⁴

Submitted: 10.7.2012

Accepted: 10.10.2012

Abstract

Background: The family physician program is considered to be one of the most remarkable reforms in the health care system which will probably increase accessibility to physicians especially in deprived areas. This study aims to assess the strengths and weaknesses of family physician program in Fouman and Shaft cities in 1390.

Materials and Methods: This is a descriptive cross-sectional and applied study in which all of the health care team's members including family physicians, midwives, health workers, experts, technicians and also 856 individuals of service recipients in these two cities were involved. Data collection method was questionnaire of which. Validity and reliability was verified.

Results: The most important strengths of family physician program and referral system from perspectives of service providers included: easy access of people to medical services and decreased medical cost for the patients and the main weaknesses were low salary for physicians, reverse referral and inaccessibility to family physicians round the clock. The main strengths from perspectives of service recipients were easy access to physicians and the main weaknesses were inappropriate reception of hospitals and lack of services through the 24 hours of the day.

Conclusion: In order to eliminate the weaknesses and improve the quality of services, training the health staff in different levels of referral system, more comprehensive supervision, periodic assessments and effective supervision on the performance of family physician process owners is suggested.

Key words: strength and weakness, family physician program, customers

1- Ph.D of Health Services Management, Guilan University of Medical Sciences (*Corresponding Author)

2- Professor, Economics and Management Sciences of Health, Tehran University of Medical Sciences

3- Master of Health Services Management, Guilan University of Medical Sciences

4- PhD of Health Services Management and Member of Scientific Board of Guilan University of Medical Sciences

