

Research Paper

Efficacy of Family Physician Program in Providing Primary Care in Talesh, Iran



*Lida Shams¹ , Elham Pajooman²

1. Department of Health Management, Policy and Economics, School of Virtual Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Community Based Education in the Health System, School of Virtual Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation Shams L, Pajooman E. Efficacy of Family Physician Program in Providing Primary Care in Talesh, Iran. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2022; 31(1):18-27. <https://doi.org/10.32598/JGUMS.31.1.1760.1>

<https://doi.org/10.32598/JGUMS.31.1.1760.1>



Received: 03 Jul 2021

Accepted: 19 Dec 2021

Available Online: 01 Apr 2022

Keywords:

Family physician,
Primary Care, Service
delivery, Health.

ABSTRACT

Background The healthcare providers are always seeking improvements in the health care delivery system in order to achieve better results.

Objective This study aims to evaluate the efficacy of Family Physician Program (FPP) in providing primary care in Talesh, Iran.

Methods This is a cross-sectional study conducted on 50 physicians working in Talesh city as family physician in 2020, and 384 patients referred to the comprehensive health service centers of Talesh city. The census method was used for selecting physicians, and a simple random method was used for selecting patients. The data collection tool was a researcher-made two-part questionnaire with acceptable validity and reliability. The collected data were analyzed using one-sample t test in IBM SPSS Statistics software.

Results According to t-test results, access to services ($P < 0.001$) and coordination of care ($P = 0.028$) in the FPP were significantly at a lower level according to physicians, while the continuity of care ($P < 0.001$) and comprehensiveness of care ($P = 0.003$) were significantly at a higher level. Furthermore, access to finance and location ($P < 0.001$) was significantly at a lower level according to patients, while access to educational services ($P < 0.001$), quality of services ($P < 0.001$), and continuity of health and medical care ($P < 0.001$) in the FPP were significantly at a higher level.

Conclusion Policy makers and managers should increase the quality of services in the FPP for patients by maintaining and developing access to primary care and educational services to increase their satisfaction.

Extended Abstract

Introduction

The healthcare providers are always seeking improvements in the health care delivery system to achieve better results. A family physician can refer patients to a specialist to maintain and promote health, but s/he is responsible

for continuing delivery of healthcare services. A group of people with knowledge and skills in the field of health services who provide healthcare services to the community including health workers, technicians and experts in the paramedical profession help family physicians [1]. There are few studies on evaluating the efficacy of urban and rural Family Physician Program (FPP) in Iran. Having information about its efficacy can provide the basis for the right decision and policy regarding the continuation

*** Corresponding Author:**

Lida Shams

Address: Department of Health Management, Policy and Economics, School of Virtual Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 6210092

E-Mail: shams_lida@yahoo.com

or modification of this program [2]. This study aims to evaluate the efficacy of FPP in providing primary care in Talesh, Iran.

Methods

This is a cross-sectional study conducted on 50 physicians working in Talesh city as family physician in 2020, and 384 patients referred to the comprehensive health service centers of Talesh city. The census method was used for selecting physicians, and a simple random method was used for selecting patients. The data collection tool was a two-part questionnaire, one part for physician with 68 items and other part for patients with 29 items in the form of closed questions rated on a 4-point Likert scale. Its content validity was assessed by Lawshe method, and Cronbach's alpha was used to determine its reliability. The validity was obtained 0.982 and the alpha coefficient was reported 0.713 which were acceptable. A one-sample t-test was used to examine the research hypotheses in IBM SPSS v.20 software.

Results

According to t-test results (Table 1), access to services ($P < 0.001$) and coordination of care ($P = 0.028$) in the FPP were significantly at a lower level according to physicians, while the continuity of care ($P < 0.001$) and comprehensiveness of care ($P = 0.003$) were significantly at a higher level. Furthermore, access to finance and location ($P < 0.001$) was significantly at a lower level according to patients, while access to educational services ($P < 0.001$), quality of services ($P < 0.001$), and continuity of health and

medical care ($P < 0.001$) in the FPP were significantly at a higher level.

Discussion

The urban FPP in Talesh city has increased the availability of care services which, despite the average number of covered population, was effective in terms of the number of visits to family physicians (high number of visits). Access to services, continuity of care, coordination of care, and comprehensiveness of care were appropriate according to physicians, while access to finance and location, access to educational services, quality of services, and continuity of health and medical care were appropriate according to patients.

Although the implementation of FPP was successful in most areas, but there were some challenges in their execution. Therefore, it is better to find the root causes of these challenges before expanding the program to other cities. Evaluating and determining the degree of compliance of the program with the specified goals and showing its strengths and weaknesses to managers and executives can provide them a clearer picture of how activities are carrying out. The relevance and progress of the program should be ensured and the problems should be minimized. Therefore, reviewing the duties of the healthcare team, paying more attention to primary health care, designing appropriate mechanisms for collecting and maintaining statistics and reports of performance, monitoring and quality control of services, along with mechanizing household files and conducting similar studies to determine the quality of services through interviews are rec-

Table 1. T-test results for assessing the FPP

Areas	Mean±SD	Mean Difference	95% Confidence Interval	t	df	Sig.
Physicians access to services	1.22±0.13	-0.28	1.19-1.26	-15.23	49	<0.001
Continuity of care	1.92±0.24	0.42	1.85-1.99	12.37	49	<0.001
Coordination of care	1.42±0.25	-0.08	1.34-1.49	-2.26	49	0.028
Comprehensiveness of care	1.59±0.20	0.09	1.53-1.65	3.18	49	0.003
Patients access to finance and location	1.96±0.12	-0.04	1.95-1.97	-6.53	383	<0.001
Access to educational services	2.88±0.41	0.88	2.84-2.92	42.06	383	<0.001
Quality of services	2.16±0.31	0.16	2.12-2.19	10.11	383	<0.001
Continuing of health and medical care	2.06±0.30	0.06	2.03-2.09	3.92	383	<0.001

commended. Policymakers and managers should increase the quality of services for patients by maintaining and developing access to primary care and educational services to increase their satisfaction.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of [Shahid Beheshti University of Medical Sciences](#) (Code: IR.SBMU.SME.REC.1399.087). All procedures were according to ethical guidelines. Participants were allowed to leave the study at any time. They were informed about the study process and were assured of the confidentiality of their information.

Funding

The study did not receive any funding from public, commercial, or nonprofit organizations.

Authors' contributions

All authors equally contributed to preparing this article.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank the officials of [Shahid Beheshti University of Medical Sciences](#) and comprehensive health centers in Talesh city.

مقاله پژوهشی

ارزیابی برنامه پزشک خانواده با استفاده از ابزار ارزیابی مراقبت‌های اولیه در شهرستان تالش در سال ۱۳۹۹

* لیدا شمس^۱، الهام پژومان^۲

۱. گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده مجازی، آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 ۲. گروه آموزش جامعه نگر در نظام سلامت، دانشکده مجازی، آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۲ تیر ۱۴۰۰
 تاریخ پذیرش: ۲۸ آذر ۱۴۰۰
 تاریخ انتشار: ۱۲ فروردین ۱۴۰۱

منته: نظام سلامت همواره به دنبال انجام اصلاحات اثربخش در ساختارها و فرایندهای خود به منظور دستیابی به نتایج بهتر بوده است. **هدف:** هدف از پژوهش حاضر ارزیابی برنامه پزشک خانواده با استفاده از ابزار ارزیابی مراقبت‌های اولیه در شهرستان تالش در سال ۱۳۹۹ است.

روش‌ها: این پژوهش از نوع مقطعی بود. جامعه آماری شامل کلیه پزشکانی بود که در شهرستان تالش تحت عنوان پزشک خانواده در سال ۱۳۹۹ شاغل بودند که تعداد آن‌ها پنجاه نفر بود. همچنین بیماران، مراجعه‌کنندگان به مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان تالش بودند. برای پزشکان از سرشماری و برای بیماران با توجه به فرمول کوکران (۳۸۴ نفر با روش تصادفی ساده انتخاب شدند. همچنین ابزار جمع‌آوری داده‌های پژوهش پرسش‌نامه پزشک (۶۸ سؤال) و بیمار (۲۹ سؤال) با سؤال‌های بسته و نمره‌دهی آن‌ها با اعداد به ترتیب گزیندها بود. با شیوه روایی صوری و ضریب آلفای کرونباخ پایایی پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از آزمون تی یک‌نمونه‌ای، به‌وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ صورت پذیرفت.

یافته‌ها: با توجه به آزمون تی یک‌نمونه‌ای وضعیت دسترسی به خدمات ($P < 0/001$) و هماهنگی ارائه مراقبت ($P = 0/028$) در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان در سطح مطلوبی قرار ندارد، ولی سطح استمرار مراقبت ($P < 0/001$) و جامعیت مراقبت ($P = 0/003$) در سطح مطلوبی قرار دارد. همچنین دسترسی (مالی و مکانی) به خدمات ($P < 0/001$) در سطح مطلوبی قرار ندارد، ولی دسترسی به خدمات آموزشی ($P < 0/001$)، کیفیت خدمات دریافتی ($P < 0/001$)، سطح استمرار مراقبت بهداشتی و پزشکی برای بیماران در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه بیماران در سطح مطلوبی قرار دارد.

نتیجه‌گیری: بنابراین باید سیاست‌گذاران و مدیران با حفظ و توسعه دسترسی به خدمات مراقبت‌های اولیه و آموزشی و سطح استمرار آن‌ها کیفیت خدمات را از نظر بیماران افزایش دهند تا رضایت آن‌ها نیز ارتقا یابد.

کلیدواژه‌ها:

پزشک خانواده،
 مراقبت‌های اولیه،
 خدمات، سلامت.

مقدمه

مراجعات غیرضروری برای دریافت مراقبت‌های سلامت است. در نظام ارجاع معمولاً مراقبت‌های پزشک خانواده با تأکید بر این موضوع توضیح داده می‌شود که این مراقبت‌ها باید از نوع مراقبت‌های جامع باشد تا بتواند نیازهای فرد و جامعه به مراقبت‌های سلامت را به‌درستی شناسایی کند و برای برآورده کردن آن‌ها تلاش کند [۱]. مراقبت‌های پزشک خانواده با ویژگی‌هایی که دارد، از جمله جامعیت مراقبت‌ها، موجب کاهش هزینه‌های افراد تحت مراقبت این سیستم شده است. در برنامه پزشک خانواده جامعیت مراقبت‌ها برای تمامی انواع

یکی از موضوعات مهم نظام‌های ارائه خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیرضروری برای ارائه مراقبت‌های سلامت است. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت همواره با افزایش کمیت و کیفیت مراقبت‌های سلامت به دنبال اصلاحاتی در نظام ارائه مراقبت‌های سلامت، هستند که بتواند هزینه‌های واحد مراقبت‌ها و هزینه کل مراقبت‌ها را کاهش دهد. یکی از راه‌های کاهش هزینه‌های مراقبت‌های سلامت، پیشگیری از

* نویسنده مسئول:

لیدا شمس

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده مجازی، آموزش پزشکی و مدیریت، گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت.

تلفن: ۶۲۱۰۰۹۲ (۹۱۲) ۹۸+

رایانامه: shams_lida@yahoo.com

بی‌توجهی به نظام ارجاع می‌تواند حلقه‌های نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی را از هم گسیخته کند و باعث افزایش هزینه‌ها و آسیب رساندن به کیفیت و کمیت خدمات شود. مناسب‌ترین راهکار اجرایی برنامه در قالب نظام ارجاع، برنامه پزشک خانواده است [۵]. برای رسیدن به این اهداف باید خدمات پزشک خانواده با کیفیت بالا و متناسب با بیماران ارائه شود. تضمین کیفیت و بهبود آن در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی یک مسئله در حال رشد در سیستم بهداشتی همه کشورهاست. این فرایند سیستماتیک باید به صورت مداوم و مؤثر توسط همه اعضای سیستم بهداشت و درمان هر روز اجرا شود [۶].

از این رو مطالعه دقیق این برنامه و اصلاح ساختار و فرایندهای اجرایی آن ضروری به نظر می‌رسد. این برنامه نیز مانند تمام برنامه‌هایی که در نظام‌های سلامت اجرا می‌شوند، برای بهبود عملکرد باید به صورت نظام‌مند مورد ارزیابی و اصلاح قرار گیرد. مطالعات بسیاری در کشور به ارزیابی برنامه پزشک خانواده پرداخته‌اند. آنچه مورد نیاز مدیران ارشد و سیاست‌گذاران نظام سلامت است، اطلاعات مبتنی بر شواهد علمی و جامع از وضعیت اجرای برنامه پزشک خانواده است. این در حالی است که در زمینه تخصصی ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی در کشور با توجه به محتوای زنجیره‌ای و فرایندی، مطالعات کمی وجود دارد. اطلاعاتی را در زمینه تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری صحیح در خصوص ادامه و یا اصلاح این برنامه را فراهم می‌کند [۷]. بنابراین تحقیق حاضر با هدف ارزیابی برنامه پزشک خانواده با استفاده از ابزار ارزیابی مراقبت‌های اولیه در شهرستان تالش در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه، مقطعی است و داده‌ها به صورت پیمایشی جمع‌آوری شده است. جامعه آماری شامل کلیه پزشکانی بود که در شهرستان تالش تحت عنوان پزشک خانواده در سال ۱۳۹۹ شاغل بودند که تعداد آن‌ها پنجاه نفر بود. همچنین بیماران مراجعه‌کنندگان به مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان تالش نیز جزو جامعه تحقیق بودند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل کلیه پزشکان خانواده‌ای بود که در حکم قرارداد آنان عنوان پزشک خانواده درج شده بود و بخشی از جمعیت شهرستان تالش را تحت پوشش قرار داده بود. در مورد بیماران معیارهای ورود، ساکن روستا بودن و رضایت بیماران به منظور شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج شامل پرسش‌نامه‌هایی که به طور ناقص تکمیل شده بودند و بیمارانی که توانایی جسمی برای پر کردن پرسش‌نامه را ندارند بود. پرسش‌نامه توسط خود پاسخ‌گو در زمان بعد از دریافت خدمت تکمیل شده است.

مراقبت‌ها در طول دوره زندگی با ارجاع به انواع درمان‌های کلینیکی امکان‌پذیر است و موضوع اصلی در کنار موضوعات دسترسی به مراقبت‌ها، تضمین کیفیت مراقبت‌ها و تجمیع، استمرار و هماهنگی ارائه مراقبت‌ها قرار می‌گیرد [۲]. به عقیده بسیاری از متخصصین، سرمایه‌گذاری در اصلاحات مبتنی بر مراقبت‌های اولیه همواره کارایی و اثربخشی بالایی داشته است و سازمان جهانی بهداشت^۱، برنامه پزشک خانواده را در رأس تلاش نظام‌های سلامت برای بهبود کیفیت، هزینه اثربخشی و عدالت در مراقبت‌های سلامت معرفی کرده است [۳].

افزایش طول عمر، افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر و نیاز به ارائه خدمات جامع درمانی و انتظارات روزافزون برای دسترسی به مراقبت‌های تخصصی و فناوری‌های پزشکی گران‌قیمت و پیشرفته درمانی، نظام سلامت کشور را با چالش‌های جدیدی مواجه کرده است. بنابراین برنامه پزشک خانواده با هدف رفع مشکلات پیش‌رو در برنامه مراقبت‌های اولیه و به طور مشخص به منظور بهبود دسترسی به مراقبت‌های سلامت، برقراری نظام ارجاع در کشور، کاهش هزینه‌های غیرضروری مراقبت‌های سلامت، برقراری عدالت در بهره‌مندی از مراقبت‌ها و افزایش پاسخ‌گویی در نظام سلامت از سال ۱۳۸۴ به اجرا گذاشته شد. خدمات پزشک خانواده در کانادا، هلند، چین، کلمبیا، ایران، خدمات پزشکان عمومی در انگلستان و مراقبت‌های مدیریت‌شده در آمریکا به طور کلی به منظور اصلاح نظام ارائه مراقبت‌های سلامت، بهبود دسترسی به مراقبت‌های سلامت، کاهش هزینه‌های غیرضروری سلامت و ارتقای کیفیت مراقبت‌های سلامت در جامعه ارائه می‌شود [۴].

پزشک خانواده می‌تواند برای حفظ و ارتقای سلامت، از ارجاع فرد به سطوح بالاتر استفاده کند، ولی مسئولیت تداوم خدمات او خواهد بود. گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی‌درمانی که بسته خدمات مذکور را در اختیار جامعه قرار می‌دهند و مسئولیت آنان با پزشک خانواده است از جمله بهورز، کاردان‌ها و کارشناسان حرفه پیراپزشکی، به عنوان اعضای گروه سلامت وی را یاری می‌کنند [۱]. در واقع نظام ارجاع و پزشک خانواده بر اساس ضرورت‌هایی شکل گرفت که اهم آن شامل برقراری دسترسی مناسب آحاد کشور، برابری در بهره‌مندی از خدمات جامع خدمات سلامت، همچنین بهره‌مندی ارائه خدمات و بهره‌وری از امکانات نیروی انسانی موجود گروه پزشکی است. در این برنامه، پزشک عمومی و گروه وی مسئولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش را برعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئول پیگیری سرنوشت آن‌ها هستند. بنابراین یکی از مهم‌ترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است [۲].

1. World Health Organization (WHO)

یافته‌ها

با توجه به یافته‌های تحقیق در گروه پزشکان، بیشترین فراوانی‌ها در گروه سنی ۵۱ تا ۶۰ سال (۲۱ نفر) (۴۲ درصد) بود. چنانکه ۲۱ نفر (۶۲ درصد) زن، ۲۵ نفر (۵۰ درصد) دارای تحصیلات تکمیلی بهداشت عمومی^۳ و ۱۹ نفر (۳۸ درصد) سابقه کار ۱۰ سال به بالا داشتند. همچنین در گروه بیماران بیشترین فراوانی‌ها (۵۰ درصد) در گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال (۱۹۴ نفر) بود. چنانکه ۲۴۸ نفر (۶۵ درصد) زن، ۲۳۵ نفر (۶۲ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و ۱۸۹ نفر (۴۹ درصد) جویای شغل بودند (جدول شماره ۱). در جدول شماره ۲ مقایسه نمرات ابعاد ابزار ارزیابی مراقبت‌های اولیه با حد متوسط (یا مطلوب) با استفاده از آزمون تی یک‌نمونه‌ای انجام شده است.

با توجه به آزمون کولموگروف-اسمیرنوف^۴ و مقدار به‌دست‌آمده برای P همه متغیرها، که از سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بیشتر است، پیش‌فرض نرمال بودن برای نمرات ابعاد ابزار ارزیابی مراقبت‌های اولیه برقرار بود.

با توجه به نتایج آزمون تی یک‌نمونه‌ای، مقادیر میانگین بعدهای دسترسی به خدمات (P<۰/۰۰۱) و هماهنگی ارائه مراقبت (P=۰/۰۲۸) به صورتی معنی‌دار پایین‌تر از حد متوسط بود. در حالی که میانگین نمرات بعدهای سطح استمرار مراقبت (P<۰/۰۰۱) و جامعیت مراقبت (P=۰/۰۰۳) به صورتی معنی‌دار بالاتر از حد متوسط بود. مقادیر میانگین بعدهای مالی و مکانی (P<۰/۰۰۱) به صورتی معنی‌دار پایین‌تر از حد متوسط بود، در حالی که میانگین نمرات بعدهای دسترسی به خدمات آموزشی (P<۰/۰۰۱)، کیفیت خدمات دریافتی (P<۰/۰۰۱) و سطح استمرار مراقبت بهداشتی و پزشکی (P<۰/۰۰۱) به صورتی معنی‌دار بالاتر از حد متوسط بود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که دسترسی به خدمات در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان در سطح مطلوبی قرار دارد. در این راستا، دمیراندا و همکاران بیان کردند در دسترس بودن مراقبت‌های بهداشتی وضعیت مناسبی دارد [۹] که این نتیجه مشابه با نتیجه محقق است.

سطح استمرار مراقبت در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان در سطح مطلوبی قرار دارد. در این زمینه کوهپیمای جهرمی بیان کرد استمرار مراقبت، موفقیت کمتری نشان داد [۸] که این نتیجه با نتیجه ما همسو نیست. دلیل این اختلاف می‌تواند ناشی از متفاوت بودن آزمودنی‌ها و محیط مورد مطالعه با پژوهش حاضر باشد.

نمونه‌گیری برای پزشکان به روش سرشماری در سطح شهرستان تالش انجام شد که تعداد پنجاه نفر در صورت تمایل به همکاری به مطالعه وارد شدند. بیماران نیز از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز خدمات جامع سلامت که تمایل به همکاری داشتند انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری برای بیماران تصادفی ساده بود. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران برای جامعه نامحدود ۳۸۴ نفر برآورد شد. به دلیل احتمال ریزش نمونه به ۴۶۱ نفر پرسش‌نامه ارائه شد. به منظور توزیع پرسش‌نامه بین مراجعه‌کنندگان به پزشک خانواده، به مدت سه ماه هر هفته به مراکز خدمات جامع سلامت شهر تالش مراجعه شد و پس از تشریح طرح هر فردی که تمایل به همکاری با محقق را داشت و از توانایی لازم برای ادراک سؤالات بهره‌مند بود به عنوان نمونه انتخاب شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شده است.

سه پرسش‌نامه در این مطالعه استفاده شده است: پرسش‌نامه مشخصات جمعیت‌شناختی (پزشک و بیمار)؛ پرسش‌نامه برگرفته از تحقیق کوهپیمای جهرمی و همکاران (۱۳۹۶) [۸] و پرسش‌نامه پزشک شامل ۶۸ سؤال با ابعاد دسترسی به خدمات (یازده سؤال)؛ سطح استمرار مراقبت (بیست سؤال)؛ هماهنگی ارائه مراقبت (سیزده سؤال)؛ جامعیت مراقبت (۲۴ سؤال) که به صورت بسته پرسیده شده‌اند و نمره‌دهی با اعداد به ترتیب گزینه‌ها (اغلب طیف چهارتایی) انجام شده است. پرسش‌نامه بیمار، شامل ۲۹ سؤال با ابعاد دسترسی (مالی و مکانی) (هفت سؤال)؛ دسترسی به خدمات آموزشی (پنج سؤال)؛ کیفیت خدمات دریافتی (هفت سؤال)؛ سطح استمرار مراقبت بهداشتی و پزشکی (ده سؤال) بود که به صورت بسته پرسیده شده‌اند و نمره‌دهی با اعداد به ترتیب گزینه‌ها (اغلب طیف سه‌تایی) انجام شده است. ضمناً تمامی مؤلفه‌ها با توجه به تعداد سؤالات جمع و تقسیم بر تعداد شده‌اند تا نمره آن مؤلفه به دست‌آمده است. روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه مورد سنجش قرار گرفت. برای سنجش روایی از آزمون لاوشه استفاده شد. برای تعیین میزان پایایی، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. چنانکه سی پرسش‌نامه توزیع شد و میزان اعتبار ۰/۹۸۲ به دست آمد که مورد قبول است، همچنین بعد از یک هفته دوباره این پرسش‌نامه‌ها بین این افراد توزیع شد و باز هم ضریب آلفا مناسب و ۰/۷۱۳ شد.

در مطالعه حاضر مقادیر متغیرهای کمی به صورت انحراف معیار و میانگین و مقادیر متغیرهای کیفی به صورت درصد و فراوانی نشان داده شد. پیش‌فرض نرمال بودن متغیرهای کمی با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف^۴ بررسی شد. جهت مقایسه نمرات ابعاد ابزار ارزیابی مراقبت اولیه با حد متوسط (یا مطلوب)، از آزمون تی یک‌نمونه‌ای استفاده شد. تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد انجام شد و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

3. Master of Public Health (MPH)

4. Kolmogorov-Smirnov test

2. Kolmogorov-Smirnov test

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی پزشکان و بیماران

متغیرها	پزشک (n=۵۰)	تعداد (درصد)
سن (سال)	۳۰-۴۰	۱۲(۲۰)
	۴۱-۵۰	۱۹(۳۸)
	۵۱-۶۰	۲۱(۴۲)
جنس	مرد	۱۹(۳۸)
	زن	۳۱(۶۲)
سابقه کار	زیر ۵ سال	۱۸(۳۶)
	۵ تا ۱۰ سال	۱۳(۲۶)
	۱۰ سال به بالا	۱۹(۳۸)
تحصیلات تکمیلی بهداشت عمومی	گذرانده	۱۳(۲۶)
	مشغول گذراندن	۱۲(۲۴)
	برنامه‌ی بازآموزی	۲۵(۵۰)
متغیرها	بیمار (n=۳۸۴)	تعداد (درصد)
سن	زیر ۲۰ سال	۳۷(۷)
	۲۱-۳۰	۱۹۴(۵۰)
	۳۱-۴۰	۷۹(۲۱)
	۴۱-۵۰	۶۰(۱۶)
	بالای ۵۰ سال	۲۴(۶)
جنس	مرد	۱۳۶(۳۵)
	زن	۲۴۸(۶۵)
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۵(۳)
	دیپلم	۲۳۵(۶۲)
	فوق دیپلم	۸۱(۲۱)
	لیسانس	۳۷(۱۰)
	فوق لیسانس و بالاتر	۱۶(۴)
وضعیت اشتغال	کارمند	۱۸(۵)
	جویای شغل	۱۸۹(۳۹)
	شغل آزاد	۷۵(۱۹)
	محصل	۲۸(۷)
	خانه‌دار	۲۸(۷)
	بازنشسته	۲۱(۶)
	ناتوان	۲۵(۷)

جدول ۲. مقایسه نمرات ابعاد ابزار ارزیابی مراقبت‌های اولیه با حد متوسط (یا مطلوب) با استفاده از آزمون تی یک‌نمونه‌ای

حیطه	متغیرها	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین تفاوت‌ها	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	t	درجه آزادی	P
پزشک	دسترسی به خدمات	۱/۲۲ \pm ۰/۱۲	-۰/۲۸	(۱/۱۹۰، ۱/۲۶)	-۱۵/۲۳	۴۹	<۰/۰۰۱
	سطح استمرار مراقبت	۱/۹۲ \pm ۰/۲۴	۰/۴۲	(۱/۸۵، ۱/۹۹)	۱۲/۳۷	۴۹	<۰/۰۰۱
	هماهنگی ارائه مراقبت	۱/۴۲ \pm ۰/۲۵	-۰/۰۸	(۱/۳۴، ۱/۴۹)	-۲/۲۶	۴۹	۰/۰۲۸
	جامعیت مراقبت	۱/۵۹ \pm ۰/۲۰	۰/۰۹	(۱/۵۳، ۱/۶۵)	۳/۱۸	۴۹	۰/۰۰۳
بیمار	دسترسی مالی و مکانی	۱/۹۶ \pm ۰/۱۲	-۰/۰۴	(۱/۹۵، ۱/۹۷)	-۶/۵۳	۳۸۳	<۰/۰۰۱
	دسترسی به خدمات آموزشی	۲/۸۸ \pm ۰/۱	۰/۸۸	(۲/۸۴، ۲/۹۲)	۴۲/۰۶	۳۸۳	<۰/۰۰۱
	کیفیت خدمات دریافتی	۲/۱۶ \pm ۰/۳۱	۰/۱۶	(۲/۱۲، ۲/۱۹)	۱۰/۱۱	۳۸۳	<۰/۰۰۱
	سطح استمرار مراقبت بهداشتی و پزشکی	۲/۰۶ \pm ۰/۳۰	۰/۰۶	(۲/۰۳، ۲/۰۹)	۳/۹۲	۳۸۳	<۰/۰۰۱

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان

دسترسی به خدمات آموزشی برای بیماران در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه بیماران در سطح مطلوبی قرار دارد. در این راستا کوه‌پیمای جهرمی بیان کرد ابعاد دسترسی به خدمات موفقیت نسبی داشته است که با نتیجه محقق همسوست [۸].

کیفیت خدمات دریافتی برای بیماران در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه بیماران در سطح مطلوبی قرار دارد. نتایج کارسکی و همکاران نشان دادند کیفیت مراقبت‌های بهداشتی نامطلوب است [۱۳]. علی بابایی و همکاران بیان کردند کیفیت خدمات از سطح مطلوبی برخوردار نبود که مخالف با نتیجه این تحقیق است. دلیل اختلاف نیز ممکن است تفاوت در جامعه و محیط مورد مطالعه باشد.

سطح استمرار مراقبت بهداشتی و پزشکی برای بیماران در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه بیماران در سطح مطلوبی قرار دارد. در این زمینه کوه‌پیمای جهرمی بیان کرد پرداخت برای خدمات سطوح دو و سه مراقبت یکی از موانع دسترسی برای برخی بیماران بود [۸]. این نتیجه همسو با نتیجه محقق است.

برنامه پزشک خانواده شهری در شهرستان تالش موجب افزایش خدمات شد که این امر با وجود تعداد جمعیت تحت پوشش متوسط، در تعداد مراجعات به پزشکان خانواده مؤثر بود و به صورت تعداد ویزیت بالا خود را نشان داد. میزان دسترسی به خدمات، سطح استمرار، هماهنگی در ارائه مراقبت، جامعیت مراقبت در پزشکان و دسترسی مالی و مکانی، دسترسی به خدمات آموزشی، کیفیت خدمات دریافتی، سطح استمرار از نظر بیماران مناسب به دست آمد. هرچند اجرای این برنامه در شاخص‌هایی موفق عمل کرده است، ولی در بخش‌هایی نیز با چالش‌هایی عمدتاً اجرایی همراه بوده است. بنابراین بهتر است قبل از توسعه‌های برنامه به شهرستان‌های دیگر، رفع ریشه‌های این چالش‌ها مدنظر قرار گیرد. ارزیابی و تعیین میزان انطباق برنامه با مسیر تعیین‌شده و نمایاندن نقاط ضعف و قوت

هماهنگی ارائه مراقبت در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان در سطح مطلوبی قرار دارد. در این راستا کوه‌پیمای جهرمی بیان کرد هماهنگی بین سطوح ارائه خدمت موفقیت کمتری نشان داد [۸]. این نتیجه با تحقیق حاضر همسو نیست. دلیل تفاوت نیز ممکن است متفاوت بودن جامعه آماری این تحقیق‌ها باشد.

جامعیت مراقبت در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان در سطح مطلوبی قرار دارد. در این زمینه کوه‌پیمای جهرمی بیان کرد جامعیت مراقبت موفقیت نسبی داشته است [۸]. کاظمیان و کاویان تلوری بیان کردند شاخص جامعیت مراقبت‌ها مطلوب است [۴]. تمامی نتایج با نتیجه این تحقیق ناهمسوست.

دسترسی (مالی و مکانی) به خدمات برای بیماران در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه بیماران در سطح مطلوبی قرار دارد. کوه‌پیمای جهرمی بیان کرد برای اکثریت بیماران، کمتر از چهل دقیقه دسترسی به تسهیلات بهداشتی درمانی امکان‌پذیر بود [۸]. جنتی و همکاران بیان کردند نقاط قوت کم بودن زمان دسترسی به پزشک خانواده در روستاست [۱۰]. کاظمیان و کاویان تلوری بیان کردند دسترسی به مراقبت‌ها مطلوب است [۴]. تمامی نتایج به نوعی با نتیجه محقق در این زمینه متفاوت است و دلیل تفاوت می‌تواند ناشی متفاوت بودن جمعیت مطالعات مذکور نسبت به مطالعه حاضر باشد.

همچنین دهنویه و همکاران بیان کردند وضعیت سهولت دسترسی به خدمات تخصصی در برنامه پزشک خانواده و سیستم ارجاع ضعیف بود [۱۱]. فردید و همکاران بیان کردند چالش مشکلات مالی وجود داشت [۱۲]. کوه‌پیمای جهرمی بیان کرد دسترسی مالی جهت پرداخت برای خدمات یکی از موانع دسترسی به خدمات سلامت بوده است [۸]. این نتایج با نتیجه محقق مشابه است.

آن می‌تواند تصویری شفاف‌تر از چگونگی فعالیت‌ها را به مدیران و مجریان ارائه کند تا آن‌ها بتوانند آگاهانه تصمیمات لازم را در جهت تقویت و یا اصلاح و ادامه برنامه بگیرند. از طرفی در برنامه‌های اصلاحی بخش سلامت، مقوله ارزیابی سلامت در چارچوب استراتژیک سیاست‌گذاری در نظام سلامت از اهمیت خاصی برخوردار است. باید تناسب یا ارتباط و پیشرفت برنامه را تضمین و مشکلات موجود در برنامه پزشک خانواده را کم‌رنگ‌تر کرد. بنابراین بازنگری در شرح وظایف گروه سلامت در راستای پرهیز از نگرش درمانی صرف و توجه بیشتر به مراقبت‌های بهداشتی اولیه، طراحی مکانیسم‌های مناسب برای جمع‌آوری و نگهداری آمار و گزارش‌های عملکردی، پایش و کنترل کیفیت خدمات، همراه با مکانیزه کردن پرونده‌های خانوار و انجام مطالعات مشابه برای تعیین کیفیت خدمات از طریق مصاحبه به صورت ادواری پیشنهاد می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی قرار گرفته است (کد IR.SBMU.SME. REC.1399.087). اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در جریان روند پژوهش بودند و اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه‌داشته شد.

حامی مالی

این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان به طور یکسان در تهیه این مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از همکاری و مساعدت مسئولین دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان تالش تشکر و قدردانی می‌کنیم.

References

- [1] Khayati F, Saberi MH. [Primary health care (Phc) an ever strategy for health equity extension (Persian)]. *Journal of Health Administration*. 2009; 12(35):33-40. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=143594>
- [2] Kazemian M, Kavian Telluri F, Mirdarotan SA. [Assessment unnecessary costs in family physicians with comprehensive approach to care (cuts in family physician program (Persian))]. *Journal of Health-care Management*. 2017; 7(3):45-54. http://research.shahed.ac.ir/WSR/SiteData/PaperFiles/137268_15251298408.pdf
- [3] Sabet Sarvestani R, Najafi Kalyani M, Alizadeh F, Askari A, Ronaghy H, Bahramali E. Challenges of family physician program in urban areas: A qualitative research. *Archives of Iranian Medicine*. 2017; 20(7):446-51. [PMID]
- [4] Kazemian M, Kavian Tellouri F. [Assessment of access to health care in family physician program with a comprehensive health care approach (Persian)]. *Health Information Management*. 2016; 13(4):304-9. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=529679>
- [5] Bayati A, Ghanbari F, Maleki A, Shamsi M, Jafari M. [Effective factors influencing family medicine programme dynamics with regard to viewpoints of involved physicians: A qualitative study (Persian)]. *Daneshvar Medicine*. 2015; 22(117):39-48. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=456758>
- [6] Ebrahimipour H, Hosseini SE, Mahmoudian P, Vafaei Najjar A, Zomordi Niat H, Haghighi H. [Evaluating the performance of family physician in rural health centers, Bardaskan, 2013 (Persian)]. *Bayhaq*. 2015; 20(2):26-34. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=525583>
- [7] Abedi G, Esmaili Seraji Z, Mahmoodi G, Jahani M, Abbasi M. Evaluating the implementation of family physician program in urban and rural areas of Mazandaran province with a process approach. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2020; 22(1):126-34. <http://jbums.org/article-1-8889-en.html>
- [8] Kohpeima Jahromi V, Dehnavieh R, Mehrolhasani M. [Evaluation of urban family physician program in Iran using primary care evaluation tool (Persian)]. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2018; 13:134-44. <http://irje.tums.ac.ir/article-1-5983-fa.html>
- [9] de Miranda Chagas SV, Kanaan S, Chung Kang H, Cagy M, de Abreu RE, da Silva LA, et al. Environmental factors, familial aggregation and heritability of total cholesterol, low density lipoprotein-cholesterol and high density lipoprotein-cholesterol in a Brazilian population assisted by the Family Doctor Program. *Public Health*. 2011; 125(6):329-37. [PMID]
- [10] Jannati A, Maleki M, Gholizade M, Narimani MR, Vakeli S. [Assessing the strengths & weaknesses of family physician program (Persian)]. *Knowledge & Health*. 2010; 4(4):39-43. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=180274>
- [11] Dehnavieh R, Movahed E, Rahimi H, Zareipour MA, Jadgal KM, Alizadeh S, et al. Evaluation of the referral system in Iran's rural family physician program; A study of Jiroft University of Medical Sciences. *Electronic Physician*. 2017; 9(4):4225-30. [PMID]
- [12] Fardid M, Jafari M, Moghaddam AV, Ravaghi H. Challenges and strengths of implementing urban family physician program in Fars Province, Iran. *Journal of Education and Health Promotion*. 2019; 8:36. [PMID]
- [13] Kersnik J. Determinants of customer satisfaction with the health care system, with the possibility to choose a personal physician and with a family doctor in a transition country. *Health Policy*. 2001; 57(2):155-64. [DOI:10.1016/S0168-8510(01)00118-X]