

The experiences of health team members regarding general interest in the family medicine programs in Arak health centers in 2012

Bayati A¹, Ghanbari F², Maleki A³, Hosseini³, Shamsi M⁴

1. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
2. MSc of Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
3. MSc of Health Centers, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
4. Faculty of Health, Department of Public Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Received: 20 Nov 2013, Accepted: 26 Feb 2014

Abstract

Background: One of the amendments made in Iran's health system was family physician program were introduced in 2004. This study aimed to describe the experiences of physician and other health team members about general interests of this program.

Material and Method: This is a qualitative study and data collected by depth individual interview (semi-structured) with three groups of participants including 15 physicians, 15 midwives and 25 health-worker which declare their experiences about of general advantage in this program. In total, 55 interviews were carried out. Purposive sampling and content analysis with comparative methods was used.

Results: In this study, after continuous analysis of data, 376 initial codes were obtained. After integrating these codes, 30 of secondary codes comes out which consist of public or general interests and economic benefit, respectively. Moreover 4 sub-categories (improve of index of public health and care, health folder, insurance for rural, low referral to expert of physician), were created.

Conclusion: Based on the results of this study, using the electronic folders instead of traditional folders to accelerate accessing to the patients information and promotion of care services, also providing some facility for health team worker are recommended.

Keywords: Family Physician, Health Care Team, Qualitative Research

*Corresponding author:

Address: Department of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Basij Sq., Arak, Iran
Email: a.bayati@arakmu.ac.ir

تبیین تجارب اعضا تیم سلامت از منافع عمومی برنامه پزشک خانواده در شهرستان اراک در سال 1391

اکرم بیاتی^{1*}، فاطمه قنبری²، اکرم ملکی³، سید شهریار حسینی³، محسن شمسی⁴

1. مربی، کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
2. کارشناس جلب مشارکت‌های مردمی، کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
3. کارشناس مرکز بهداشت استان مرکزی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
4. استادیار آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت: 92/8/29 تاریخ پذیرش: 92/12/7

چکیده

زمینه و هدف: از جمله اصلاحات ایجاد شده در نظام سلامت ایران برنامه پزشک خانواده است که از سال 1384 در کشور به اجرا درآمد. این مطالعه با هدف تبیین تجارب پزشکان خانواده و اعضای تیم سلامت از منافع عمومی برنامه پزشک خانواده انجام گردید.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی است و اطلاعات از طریق مصاحبه عمیق فردی (نیمه ساختار یافته) با سه گروه پزشکان (15 نفر)، ماماها (15 نفر) و بهورزان (25 نفر) جمع آوری و از تجارب آنان در مورد منافع عمومی برنامه پزشک خانواده سوال شده است. در مجموع 55 مصاحبه صورت گرفت. نمونه گیری مبتنی بر هدف انجام گردید و برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش آنالیز محتوا با رویکرد قراردادی استفاده شده است.

یافته‌ها: در این مطالعه از واحدهای معنی خلاصه شده 376 کد استخراج شد که پس از ادغام کدهای مشابه، تعداد آنها به 30 کد کاهش یافت که در درون مایه منافع عمومی به طور کلی 2 طبقه اصلی شامل (منافع بهداشتی درمانی - منافع اقتصادی) و 4 زیر طبقه شامل افزایش سطح شاخص‌های بهداشت عمومی و بهبود مراقبت‌ها، پرونده سلامت، وجود بیمه برای روستاییان و کاهش مراجعات به پزشکان متخصص ایجاد شد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، استفاده از پرونده‌های الکترونیکی به جای پرونده‌های سنتی با هدف دسترسی سریع‌تر پزشکان به اطلاعات بیماران و ارتقاء کیفی ارائه خدمات و همچنین ارائه برخی از تسهیلات به اعضای شاغل در تیم سلامت جهت افزایش انگیزش شغلی پیشنهاد می‌شود.
واژگان کلیدی: پزشک خانواده، مطالعه کیفی، تیم سلامت.

*نویسنده مسئول: دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

Email: a.bayati@arakmu.ac.ir

مقدمه

در طرح پزشک خانواده، سلامت نگری محور فعالیت‌های تیم سلامت محسوب شده و هدف کلی طرح، حفظ و ارتقاء سطح سلامت جامعه و ارائه خدمات سلامتی در حدود بسته تعریف شده به فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش، صرف نظر از تفاوت‌های سنی و جنسی و ویژگی‌های اجتماعی و خطر بیماری‌هاست و تیم سلامت علاوه بر درمان بیماری‌ها، وظیفه آموزش و مشاوره‌های ضروری برای پیشگیری از بیماری‌ها و رسیدن به یک سطح سلامت قابل قبول روحی و جسمی را بر عهده دارند (1، 2).

در برنامه پزشک خانواده، رضایت کارکنان موضوع مهمی است که می‌تواند در کمیت و کیفیت تولید خدمات عامل تعیین کننده‌ای به حساب آید. بررسی جامعه پزشکان نشان می‌دهد که عواملی هم‌چون جذاب بودن شغل، شرایط مناسب کار، امکان پیشرفت، صداقت، همکاری در بین همکاران و وجود همدلی در برابر کار و به ویژه پسندیده بودن شغل پزشکی از نظر جامعه می‌تواند در رضایت شغلی افراد موثر باشد (3، 4).

با مد نظر قرار دادن همین فاکتورهای شناخته شده، نتیجه برخی مطالعات ارتباط بین نارضایتی و فرسودگی شغلی را در جامعه پزشکان تأیید کرده است (5) در مطالعه‌ای که در مورد برنامه پزشک خانواده در کرمان انجام گرفت پس از اجرای برنامه هر ساله روند افزایشی در ریزش پزشکان خانواده و اعضای تیم سلامت همکار دیده شده که ممکن است به دلایل مختلفی هم چون ادامه تحصیل، نزدیک شدن به امتحان دستیاری و مسائل محیطی، وضعیت استخدام پزشکان خانواده، کم ثباتی شغلی و امنیت شغلی پایین باشد (6).

در بررسی که توسط جنتی و همکارانش تحت عنوان ارزیابی نقاط قوت و نقاط ضعف طرح پزشک خانواده در شهرستان مراغه صورت گرفت نتایج نشان داد

که 97 درصد جمعیت از اجرای طرح پزشک خانواده مطلع بودند و 97/6 درصد آنها حداقل یک بار به پزشک خانواده مراجعه کرده بودند و 96/8 درصد آنها دفترچه بیمه خدمات درمانی دریافت کرده بودند. مراجعات بیش از حد و ازدحام بیماران در خانه‌های بهداشت، عدم تامین شغلی برای کارکنان، پرداخت نشدن حقوق و مزایای اعضا تیم سلامت و محدودیت زمان دسترسی به پزشک خانواده از مهم‌ترین نقاط ضعف این برنامه ذکر شده است (7).

برنامه پزشک خانواده از سال 1384 در استان مرکزی در حال اجرا است. استان مرکزی با دارا بودن 150 تیم سلامت در 102 مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه از همکاری 150 نفر پزشک و 120 ماما و 740 بهورز به عنوان تیم سلامت برخوردار است. این مطالعه با توجه به گذشتن حدود 5 سال از اجرای برنامه پزشک خانواده و با توجه به عدم وجود مطالعه کیفی در این زمینه به تبیین تجارب پزشکان خانواده و سایر اعضای تیم سلامت در مورد منافع عمومی حاصل از اجرای برنامه پزشک خانواده در استان مرکزی می‌پردازد. چرا که هر پژوهشی با یک سوال خاص شروع می‌شود و این سوال تعیین کننده نقش هدایتی در روند و مراحل و نحوه اجرای یک مطالعه را دارا می‌باشد، بنابر این نوع سوال تعیین کننده روش پژوهش است. در این پژوهش سوال این است: تجربه پزشکان خانواده و سایر اعضای تیم سلامت از منافع عمومی حاصل از اجرای برنامه پزشک خانواده چیست؟ با توجه به این سوال، مناسب‌ترین روش برای مطالعه روشی است که بتواند ماهیت یک پدیده را در بستر طبیعی آن به همراه ساختار و عوامل موثر بر شکل‌گیری آن را نشان دهد. به همین دلیل بین روش‌های تحقیق، روشی که می‌تواند ماهیت پدیده و فرایند شکل‌گیری آن را در بستر طبیعی نشان دهد مطالعه کیفی است (8-10). با توجه به این که پژوهش‌های انجام شده

پوشش و 55 نفر به صورت پراکنده انتخاب شده و در طرح شرکت نمودند.

مشارکت کنندگانی که دارای ویژگی‌های زیر بودند در مطالعه شرکت داده شدند: داشتن تجربه حداقل یک سال فعالیت در برنامه پزشک خانواده، سابقه حداقل یک سال خدمت در برنامه پزشک خانواده در روستاهای اراک، توانایی برقراری ارتباط و درک مفاهیم، توانایی بیان کلامی با سهولت، توانایی حس و بیان احساسات و عواطف درونی بدون خجالت یا مهار احساسات، داشتن امکان یادآوری از وضعیت واحد تحت مطالعه در زمان نسبتاً نزدیک (قابل یادآوری) و علاقه به بیان تجربه و توانایی نوشتن یا گزارش عقائد و تفکرات خود باشند. در این پژوهش نمونه گیری با توجه به معیارهای ورود به مطالعه ترجیحا به صورت نمونه گیری گلوله برفی صورت گرفت تا نمونه‌ها، افرادی را که دارای معیارهای ورودی هستند که بعضا باید مدت زمانی افراد با یکدیگر آشنایی داشته باشند تا از احساسات و عواطف یکدیگر آشنا باشند را جهت ورود به مطالعه به محقق معرفی نمایند و در واقع داشتن معیارهای ورودی هم‌چون توانایی حس و بیان احساسات و عواطف درونی بدون خجالت و غیره منجر به استفاده از روش نمونه گیری گلوله برفی شد.

اطلاعات به روش مصاحبه عمیق فردی جمع آوری گردیده است. پژوهشگر برای به دست آوردن تجارب نمونه‌ها با مطرح نمودن سوالات باز از قبیل نحوه‌ی آشنایی با برنامه پزشک خانواده، تجارب مثبت و منفی به دست آمده در خصوص نحوه اجرای برنامه و در نهایت منافع عمومی حاصل از اجرای برنامه پزشک خانواده استفاده نمود.

این اطلاعات در قالب 55 مصاحبه عمیق فردی با پزشکان، ماماها و بهورزان در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده در سطح شهر اراک تا اشباع اطلاعات

بیشتر به بررسی عملکرد و رضایت‌مندی پزشکان و گاه‌ها اعضای تیم سلامت به صورت کمی و پرسش‌نامه‌ای پرداخته‌اند و از طرفی به دلیل وجود نظرات متفاوت و قابل بحث نسبت به کارایی برنامه پزشک خانواده و مشکلاتی که تیم سلامت با آن مواجه می‌باشند و با توجه به تجربه محققین که از جمله اعضای تیم سلامت می‌باشند، برای رسیدن به برخی از دیدگاه‌های اعضای تیم سلامت بر آن شدیم تا از طریق مصاحبه‌ی عمیق با مشارکت کنندگان، به روش کیفی به بررسی نظرات اعضای تیم سلامت در خصوص منافع عمومی برنامه پزشک خانواده پردازیم.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی می‌باشد. با توجه به این که هدف از این مطالعه شناخت تجارب پزشکان و سایر اعضای شاغل در تیم سلامت برنامه پزشک خانواده و درک عوامل موثر بر ارتقاء این برنامه بود از تحقیق کیفی از نوع پدیده شناسی که ابزارهایی را برای بررسی این عوامل ارائه و موجب به دست آوردن اطلاعات غنی و عمیق از نمونه‌ها می‌شود استفاده شد. در این مطالعه جامعه پژوهش شامل پزشکان، ماماها و شاغل و بهورزان در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده در سطح شهرستان اراک و مکان (محیط) پژوهش نیز شامل مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی شهرستان اراک بود.

شرکت کنندگان در این پژوهش (تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی) از سه گروه 15 نفره پزشکان، 15 نفره ماما و 25 نفره بهورزان تشکیل شدند. اعضای تیم سلامت مراکز مجری برنامه پزشک خانواده از مراکز مختلف شهرستان با شرایط متفاوت از نظر دسترسی به خدمات سطح دوم، آزمایشگاه، رادیولوژی، جمعیت تحت

صورت گرفته است. پیش از شروع هر جلسه مشارکت کنندگان رضایت خود را برای شرکت در پژوهش حاضر اعلام می‌نمودند. همه مصاحبه‌ها در اتاقی جداگانه و به صورت فردی در مرکز مربوطه انجام گرفت. در ابتدای هر جلسه سوال اولیه به صورت باز در خصوص وضعیت و نحوه اجرای برنامه پزشکی خانواده مطرح می‌شد و سپس مناسب با روند بحث ادامه می‌یافت. زمان تقریبی هر مصاحبه دو ساعت تعیین گردید ولی با توجه به تمایل مشارکت کنندگان افزایش و یا کاهش می‌یافت. تمامی مصاحبه‌ها ضبط شده و بلافاصله پس از اتمام آنها بر روی کاغذ آورده می‌شدند.

به منظور افزایش روایی داده‌های پژوهش، علاوه بر پژوهشگر اصلی، حداقل 2 نفر از سایر اعضای تیم پژوهش در همه مراحل جمع آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها مشارکت فعال داشته‌اند. افزون بر این در مطالعه حاضر پس از کدگذاری هر مصاحبه نسخه‌ای کامل از آن شامل کدها و عبارات کلیدی به دست آمده به منظور ارزیابی سازگاری کدها با تجربه‌های مشارکت کنندگان در اختیار آنان قرار گرفت. بحث و بررسی تیم پژوهش در خصوص یافته‌های متناقض و دستیابی به اجماع نهایی نیز از دیگر روش‌های تأمین قابلیت پذیرش در مطالعه حاضر بود. همچنین پژوهشگران متن پیاده شده مصاحبه‌ها را به فاصله چند روز پس از کدگذاری اولیه دوباره خوانی و کدگذاری کرده و نتایج را با اولین کدگذاری مقایسه نمودند. در صورت دستیابی به یافته‌های مشابه، ثبات و هماهنگی داده‌ها و در نتیجه قابلیت اعتماد آنها تأیید شد. برای اطمینان از تطابق پذیری یافته‌ها، پژوهشگران مدارکی از همه مراحل پژوهش اعم از جمع آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها، یافته‌ها و همچنین مراحل انجام پژوهش را به صورت نظام مند فراهم نمودند. این مدارک به منظور

تأیید تطابق پذیری در اختیار تعدادی از کارشناسان مجرب در پژوهش‌های کیفی قرار داده شد.

برای آنالیز داده‌ها به صورت دستی طی فرآیند کدگذاری باز، متون پیاده شده مصاحبه‌ها چند بار توسط پژوهشگران مطالعه و مفاهیم اصلی در قالب کد در برگه‌ای جداگانه یادداشت می‌شدند. سپس کدهای اولیه دسته بندی شده و کدهای مشابه کنار هم قرار گرفته و طبقه‌ها شکل گرفتند. اشباع داده‌ها در هر طبقه بررسی و تأیید شد.

در این پژوهش، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کیفی محتوا استفاده شده است. در واقع آنالیز محتوا با خلاصه سازی در جستجوی کاهش دادن مطالب است، در مسیری که محتوای اساسی (متن) حفظ شود و در عوض یک متن کوتاه معقول ایجاد شود (11).

لینکن به جای روایی از واژه‌های قابلیت اعتماد یا اطمینان‌پذیری استفاده کرده است. داده‌ها و یافته‌های پژوهش کیفی باید قابل پذیرش و قابل اعتماد باشند (9). درگیری مداوم، استفاده از تلفیق در تحقیق، بازنگری ناظرین و شرکت کنندگان، جستجو برای شاهد مغایر و مقبولیت پژوهشگر، معیارهایی هستند که برای مقبولیت پژوهش کیفی مورد استفاده قرار می‌گیرند (12). در واقع قابلیت اعتماد، ثبات اطلاعات در ورای زمان و شرایط است (13). در پژوهش‌های کیفی، تأکید بر انحصاری بودن تجارب است، حتی اگر تمام شرایط یکسان و مشابه خلق شوند، نباید انتظار نتایج مشابهی را داشته باشیم. در آنالیز محتوا، باورپذیری، میزان تمرکز محقق را نشان می‌دهد و درجه اطمینان به این که آیا فرآیند آنالیز اطلاعات با تمرکز مطلوب انجام شده است یا خیر را بیان می‌کند. روش جمع آوری داده‌ها و میزان داده‌ها مهمند. موضوع اساسی دیگر برای دستیابی به باورپذیری، انتخاب مناسب‌ترین واحد معنی است،

پژوهش حاضر قبل از اجرا به تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اراک رسیده و همچنین حضور نمونه‌ها بر اساس تمایل شخصی بوده و قبل از جمع آوری اطلاعات، از ضبط اطلاعات و محرمانه ماندن اطلاعات نزد محقق اطمینان داده شده است.

یافته‌ها

در این مطالعه از واحدهای معنی خلاصه شده 376 کد استخراج شد که پس از مرور کدها و ادغام کدهای مشابه در یکدیگر، تعداد آنها به 30 کد کاهش یافت. در مجموع 2 درون مایه عوامل مدیریتی و منافع عمومی استخراج شد که پژوهش حاضر به بررسی درون مایه منافع عمومی می‌پردازد. ابتدا کدهای متفاوت بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها با یکدیگر مقایسه و در داخل طبقات اصلی و زیر طبقات جای داده شدند که در درون مایه منافع عمومی به طور کلی 2 طبقه اصلی شامل (منافع بهداشتی درمانی - منافع اقتصادی) و 4 زیر طبقه شامل (افزایش سطح شاخص‌های بهداشت عمومی و بهبود مراقبت‌ها، پرونده سلامت، وجود بیمه برای روستاییان و کم شدن تعداد مراجعات به پزشکان متخصص) ایجاد شد (جدول 1).

جدول 1. تجارب پزشکان خانواده و اعضا تیم سلامت از منافع عمومی برنامه پزشک خانواده

منافع عمومی	
منافع بهداشتی و درمانی	منافع اقتصادی
افزایش سطح شاخص‌های بهداشت عمومی و بهبود مراقبت‌ها	وجود بیمه برای روستاییان
پرونده سلامت	کم شدن تعداد مراجعات به پزشکان متخصص

واحدهای معنی بسیار وسیع ممکن است متفاوتی را شامل شوند و از این لحاظ مدیریت آنها مشکل باشد.

در این مطالعه، پژوهشگر برای افزایش دادن عمق و وسعت اطلاعات، زمان کافی را برای جمع آوری آنها اختصاص داد. برای افزایش اعتبار تحقیق، محقق کوشید تا ارتباط خود را با شرکت کنندگان بیشتر کند و برای افزایش اعتبار داده‌ها از روش‌های and member Peer, check, check استفاده نمود، بدین صورت که برای اعتبار بخشی نتایج، 2 کار اصلی انجام گردید؛ اولاً از نظرات افرادی که خارج از پژوهش بودند شامل پزشکان، ماماها و بهورزان شاغل در مراکز روستایی برنامه پزشک خانواده استفاده شد و نظرات آنان نیز در مورد کیفیت اجرای برنامه پزشک خانواده جمع آوری و آنالیز شد و از نظر درستی و مشابهت با نظرات افراد شرکت کننده در پژوهش مقایسه گردید. برای صحت نتایج، این افراد به گونه‌ای انتخاب شدند که از نظر وظایف و مسئولیت‌ها با گروه شرکت کننده در پژوهش در شرایط یکسانی بودند. ثانیاً در مورد افراد شرکت کننده نیز بعد از پیاده کردن مصاحبه‌ها از ایشان درخواست شد تا مطالب پیاده شده را مطالعه کنند و صحت و سقم آنها را ارزیابی کنند. برای بازنگری درون مایه‌های استخراجی از متن برخی مصاحبه‌ها، علاوه بر محقق، از 2 نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک که تجربه انجام تحقیقات کیفی را داشته‌اند در خواست شد تا مصاحبه‌ها و کد گذاری اولیه و طبقات مفهومی را مورد بررسی قرار دهند و بعد مطابق با نظرات مطرح شده، بازنگری‌های لازم صورت گرفت و تا صحت کد گذاری توسط ایشان این روند ادامه یافت. همچنین محقق کوشیده است تا مسیر تحقیق و تصمیمات اتخاذ شده در این مسیر را دقیق ثبت و گزارش نماید تا امکان پیگیری مسیر تحقیق برای سایر محققان فراهم گردد (14).

درون مایه منافع عمومی:

این درون مایه دارای دو طبقه اصلی (1) منافع بهداشتی - درمانی و (2) منافع اقتصادی است.

طبقه اصلی (1) منافع بهداشتی - درمانی

بیش از نیمی از اعضای تیم سلامت معتقد بودند که پیگیری مراقبت‌های بیماران بعد از شروع برنامه بهبود چشمگیری یافته است و وضعیت مراقبت‌ها بهبود یافته است. مراقبت‌ها دقیق‌تر شده و گروه‌های هدف برنامه‌های مراقبتی بهداشتی، بهتر خدمات دریافت می‌کنند و سطح شاخص‌ها هم بالاتر رفته است. به دلیل ثبات پزشکان و شناخت بیشتر آنان از جمعیت تحت پوشش، مشکلات سلامتی مردم بهتر مرتفع می‌گردد و پزشکان بیماران خود را بهتر می‌شناسند، ارائه مراقبت‌ها به بیماران خاص (عقب ماندگان، روان و غیره) به دلیل دسترسی بیشتر به پزشکان بهبود یافته است.

افزایش سطح شاخص‌های بهداشت عمومی و بهبود مراقبت‌ها:

"به نظرم مراقبت‌ها خیلی دقیق‌تر از قبل شده البته فعالیت بهورزان هم بیشتر شده چون پزشک تشخیص می‌دهد و ماما مراقبت می‌کند و پیگیری و کنترل بعدی بیمار هم با ماست. به دلیل حضور مستمر پزشک و ماما در روستا، شناسایی بیماران و بیماری‌های منطقه بهتر شده در نتیجه پیگیری بهبود یافته است" (بهورز 21).

"در برنامه پزشک خانواده مراقبت‌ها خیلی ریز شده‌اند و پیگیری‌ها دقیق‌تر شده؛ مثلا ماما کاری نداشت که چه اتفاقی می‌افتد اما حالا مراقبت‌ها توسط ماما و پزشک پیگیری می‌شود که قبلا نبود. بیماران فشار خونی و دیابتی را هم بیشتر پیگیری می‌شویم. قبلا بیماران از روی قرص‌های تجویز شده قبلی قرص می‌خریدند و

می‌خوردند و به پزشک مراجعه نمی‌کردند اما الان پیگیری‌ها بهتر شده است" (مامای 14).

"به نظر من طرح بیمه روستایی برای روستائیان از نظر خدماتی که به افراد ارائه می‌شود خیلی خوب است. هرکدام از آنها یک پزشک دارند که در جریان وضعیت سلامت آنها است. مواردی که بتوانند خودش درمان می‌کند و مواردی که نتواند ارجاع می‌دهد و تا به حال کسی ناراضی نبوده است" (مامای 11).

"مراقبت‌های ارائه شده توسط ماما بهتر شده است؛ چون دفترچه بیمه دارند می‌توانند در صورت نیاز به پزشک متخصص مراجعه کنند. پیگیری‌ها بهتر شده، گاهی بیماران به خاطر مسائل مالی به خصوص اگر همسرشان در روستا نباشد مراجعه نمی‌کردند اما الان بهتر شده و وسایل تنظیم خانواده بهتر در اختیار آنهاست. آموزش‌ها و پیگیری‌ها بهتر است" (ماما 12).

"رضایت مردم نسبی است؛ جاهایی حق دارند ولی اصولا همیشه راضی نیستند و فقط نقطه ضعف برنامه را می‌بینند اما من مطمئنم 80-70 درصد مردم راضی‌اند" (پزشک 2).

"در زمینه آموزش نیز، آموزش‌هایی که به مردم داده می‌شود خیلی بهتر شده مثلا مراقبت‌های دوران بارداری نسبت به قبل بهتر ارائه می‌شود و پیگیری هم بهتر شده؛ الان در فرم‌های بارداری مشخص است که خانم باردار باید در چه هفته ای مراجعه کند. شناسایی از قبل و بعد از بارداری به خوبی انجام میشود، نه این که از قبل نبوده، بلکه مراقبت‌ها جدی‌تر شده است" (ماما 8).

پرونده سلامت:

عده زیادی همچنین معتقدند که فلسفه تشکیل پرونده سلامت بسیار خوب است ولی به دلیل تعریف نامناسب از جایگاه آن (خانه بهداشت)، قابل دسترس پزشک نیست و با توجه به تعداد زیاد آن نسبت به

وجود بیمه برای روستاییان:

"مردم از نحوه خدمات رسانی پزشکان و ماماها راضی هستند و به دلیل کاهش چشم گیر در هزینه‌های بستری، رضایت آنها نسبت به بیماران سرپایی بیشتر است" (بهروز 24).

"مردم اکثراً در این طرح راضی‌اند چون دفترچه روستایی دارند و تحت پوشش بیمه قرار گرفته‌اند، به خصوص افرادی که قبلاً هیچ بیمه‌ای نداشته‌اند. وقتی مهر پزشک خانواده می‌خورد همه جا می‌توانند از آن استفاده کنند حتی سطح دوم" (ماما 2).
"مردم چون از سردرگمی نجات پیدا کرده‌اند خوب است و هزینه‌های آنها تا حدودی کم شده است، به خصوص زمان بستری" (پزشک 10).

"دفترچه‌ها خیلی خوب بود به خصوص وقتی می‌خواهند افراد بستری شوند؛ مثلاً عمل جراحی حتی در تهران هم دفترچه را قبول می‌کنند برای زایمان پول کمتری می‌دهند، کلاً هزینه‌ها کم شده به خصوص در بیمارستان‌های دولتی" (ماما 7).

"وضعیت کاهش هزینه‌ها بهتر شده؛ قبلاً هزینه‌های درمانی زیاد بود و مردم نمی‌توانستند پرداخت کنند. حالا دفترچه دارند و می‌توانند دارو بگیرند و فرانسیز داروها و خدمات بستری و سرپایی کمتر شده است" (ماما 11).

کم شدن تعداد مراجعات به پزشکان متخصص:

"میزان مراجعات متعدد که به پزشک متخصص می‌رفتند را سرشکن کرده‌اند. مراجعه به شهر برای روستاییان کمتر شده است" (پزشک 6).

بحث

در پژوهش حاضر در طبقه اصلی منافع بهداشتی درمانی، یافته‌ها نشان داد که اعضای تیم سلامت

جمعیت، نیاز به وجود یک منشی جهت دسته بندی و در اختیار گذاشتن آن به پزشک ضروری است.

"خیلی از پرونده‌ها قابل استفاده نبود؛ ما در ابتدا توانستیم روزانه پنج پرونده خانوار درست کنیم. بعد از اتمام باید مشخصات آنها را در دفتر هم وارد می‌کردیم. روستای ما مهاجر پذیر است و اطلاعات مرتباً تغییر می‌کند و اطلاعات پرونده‌ها هم مرتباً تغییر می‌کرد و هیچ کارایی نداشت؛ اگر پرونده الکترونیک باشد بهتر است" (ماما 4).

"پرونده سلامت چیز کارآمدی نیست؛ کامل کردن آن کار یک روز و دو روز نیست و استفاده از آن هم سخت است. گاهی آن قدر سرمان شلوغ است که پیدا کردن پرونده سلامت کار خیلی سختی است و اطلاعات قدیمی است و باید به روز شود و باید منشی نیز باشد تا پرونده‌ها را برآید بیاورد" (پزشک 9).

"پرونده سلامت در ابتدا خیلی به صورت جدی تشکیل نشد و عملاً به مرور زمان کارایی خود را از دست داد چرا که با وجود نیروی انسانی ناکافی امکان استفاده از اطلاعات آن وجود نداشت و حتی نیاز به بازنگری داشت. مریض پرونده را از بهروز روستای اصلی می‌گیرد اما اگر در روستای قمر باشد دسترسی به پرونده خانوار وجود ندارد چون در روستای اصلی بهروز پرونده را دارد و بیمه هم کسورات می‌زند که چرا از پرونده استفاده نشده است" (پزشک 1).

طبقه اصلی (2) منافع اقتصادی:

عده‌ای از پزشکان و اعضای تیم سلامت هم معتقدند که به دلیل دسترسی بیشتر به پزشک و حضور مرتب وی، بیماران دیگر به شهر مراجعه نمی‌کنند و خدمات مراقبتی و درمانی خود را در محل سکونت خود دریافت می‌دارند و به دلیل کاهش هزینه‌ها مردم تا حدودی راضی‌ترند.

ثبات و شناخت بیشتر جمعیت تحت پوشش را عامل مهمی در شناخت بیشتر بیماری‌ها و پیگیری بهتر و مطلوب‌تر درمان آنان دانسته‌اند، در حالی که به دلیل جا به جایی‌های که انجام شده و گاهاً به دلیل درخواست فرد یا نیاز سیستم بوده، باعث شده که آنان نتوانند برنامه ریزی مناسبی جهت ارتقاء برنامه‌های بهداشتی داشته باشند. نتایج این پژوهش با مطالعه امیری و همکارانش که در آن جا به جایی‌های مکرر پزشکان سبب گردیده تا پزشکان نتوانند برنامه ریزی صحیحی جهت ارتقاء شاخص‌های بهداشتی و جلب همکاری هیات امانا و اعضای تیم سلامت داشته باشند هم خوانی دارد (15).

اکثر پزشکان عضو تیم سلامت در پژوهش حاضر معتقد بودند که ارتقاء شاخص‌های بهداشتی که یکی از نتایج مورد نیاز اصلاحات در نظام سلامت در قالب برنامه پزشک خانواده می‌باشد بسیار چشمگیر بوده است. روند 8 شاخص بهداشت مادر و کودک از سال 1380 تا 1386 نشان داده است که اجرای برنامه پزشک خانواده تاثیر مثبتی بر این شاخص‌ها از جمله درصد مرده زایی، درصد متولدین با وزن کمتر از 2500 گرم، میزان مرگ و میر کودکان کمتر از یک ماه، میزان مرگ و میر کودکان کمتر از یک سال و میزان مرگ و میر کودکان کمتر از 5 سال در اثر اسهال و استفراغ داشته است اما در میزان مرگ و میر مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان در 100000 تولد زنده بدین گونه نبوده است (16).

در مطالعه کرمان نیز نتایج بیانگر آن است که بهبودی در شاخص‌های عملکرد فنی، تسهیلات و نیروی انسانی و گردش مالی برنامه پزشک خانواده کرمان وجود دارد؛ با این حال به علت ضرورت گسترش برنامه به مناطق شهری با جمعیت بیشتر نیاز به توجه بیشتر به ارتقاء و بهبود شاخص‌ها در این برنامه دیده می‌شود (6).

در مطالعه‌ای که توسط براتی و همکارانش در خصوص تاثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص‌های سلامت صورت گرفت نشان داده شد که 4 شاخص مرگ و میر کودکان زیر یک سال، مرگ و میر کودکان زیر 5 سال، و مرگ و میر نوزادان و مادران در طی سال‌های مورد مطالعه کاهش یافته است. به نظر می‌رسد که این برنامه از ابتدای سال 1384 در ارتقاء شاخص‌های فوق موثر بوده است و شاخص باروری عمومی اگر چه طی سال‌های مورد مطالعه کاهش یافته است اما انتظار می‌رود با توجه به روند رو به کاهش جمعیت، این شاخص معنی دار شود ولی از نظر آماری معنی دار نبوده است (17). در پژوهش حاضر اکثر اعضای تیم سلامت معتقد بودند که این برنامه باعث پیگیری بهتر بیماران شده است و نقش این برنامه در مورد بیماران با مشکلات خاص (عقب ماندگان ذهنی، دیابت، تالاسمی و ...) پررنگ‌تر است و مراقبت‌ها با کیفیت مطلوب‌تری به آنان ارائه می‌گردد و پیگیری آنان نیز بهبود یافته است.

در تحقیقی که توسط علیرضا جباری و همکارانش انجام گرفته است نتایج نشان داد که دندان‌پزشکان، کارشناسان، کاردندان بهداشتی و بهورزان به ترتیب 78/3 و 64/5 درصد رضایت بالا از کمیت و کیفیت پیگیری پزشک خانواده جهت حل مشکلات سلامتی مردم با بیماران از قبیل افراد در معرض خطر، بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و خاص، پیگیری سرنوشت بیماران ارجاع شده و ... داشتند که با نتایج حاضر همخوانی دارد (18) و این در حالی است که خیاطی و اسماعیل مطلق برنامه پزشک خانواده را در پیگیری بیماران ناموفق دانسته‌اند (19).

پرونده سلامت نیز بر اساس تجربیات شرکت کنندگان از جمله منافع بهداشتی درمانی حاصل از برنامه پزشک خانواده می‌باشد که از موضوعات بسیار مهم و اساسی برای استقرار عملی برنامه پزشک خانواده در نظام

سلامت بوده و در صورت وجود پرونده سلامت کامل برای جمعیت مورد نظر، می‌توان برای اجرای بهینه برنامه پزشکی خانواده بر اساس پروتکل پیشنهادی امیدوار بود. ولی بر اساس اظهارات مطلعین، این پرونده برای برخی از جمعیت‌های تحت پوشش تکمیل نشده است و در بخشی از پرونده‌های تکمیل شده نواقصی وجود دارد که در مراجعه به آن نمی‌توان به اطلاعات مورد نظر دست یافت. مسعودی اصل در بررسی نظام پزشکی خانواده از دیدگاه پزشکان طرف قرارداد با کمیته امداد امام خمینی (ره) مهم‌ترین مزیت این طرح را پرونده سلامت جمعیت تحت پوشش ذکر نموده‌اند که می‌تواند راهنمای خوبی برای تصمیم‌گیری و ارزیابی صحیح بیمار باشد در حالی که شرکت کنندگان در این پژوهش عدم تکمیل یا تکمیل ناقص پرونده‌های پزشکی را از مسائل مهم عنوان نموده‌اند. در شهر یاسوج نیز 86 درصد پزشکان مهم‌ترین مزیت طرح را تشکیل پرونده پزشکی برای بیمه شدگان دانسته‌اند چرا که اطلاعات ثبت شده در پرونده برای پیگیری و درمان موثرتر است (20). این در حالی است که انتظارات از طرح پزشکی خانواده در شهرستان شاهرود از نظر تکمیل پرونده سلامت به خوبی برآورده نشده است؛ با این که 94/7 درصد پزشکان برای 80 تا 100 درصد بیماران پرونده سلامت تشکیل داده‌اند اما تنها 31/6 درصد آنها به طور کامل بوده است (21). کارشناسان، کاردندان بهداشتی و بهورزان به ترتیب 65 و 50/9 درصد از کیفیت تشکیل پرونده سلامت و انجام معاینات سالیانه از قبیل شرح حال به انجام معاینات و آموزش‌ها و توصیه داده شده و ... رضایت داشتند (22) که با نتایج پژوهش حاضر هم خوانی دارد و به نظر می‌رسد استفاده از پرونده‌های الکترونیک بتواند دسترسی پزشکان را به پرونده‌های مذکور آسان‌تر نموده و در کاهش هزینه‌ها سهم به‌سزایی داشته باشد.

طبقه اصلی منافع اقتصادی دومین طبقه اصلی درون مایه منافع عمومی در این پژوهش است. اکثر پزشکان و اعضا تیم سلامت اذعان می‌داشتند که در این برنامه علاوه بر کاهش هزینه مراقبتی در سطح یک، به طور چشم‌گیری هزینه‌های بستری و اقدامات تشخیصی کاهش یافته است. تحقیقات انجام شده در شاهرود و کرمان نشان داده است که تا حدودی از مراجعات غیر ضروری به سطح بالاتر کاسته شده است که باعث کاهش هزینه‌های سنگین سطح دوم شده است (6، 20). درصد کسورات در کرمان کاهش یافته است و در اصفهان رضایت روستاییان در حیطه کاهش هزینه‌های درمان 65/1 درصد است (23) که نتایج مطالعه فوق با پژوهش حاضر مشابهت دارد.

کم شدن مراجعات به پزشکان متخصص از موارد دیگر مطرح شده درون مایه منافع عمومی توسط شرکت کنندگان در پژوهش حاضر می‌باشد. همچنین ونالدن و همکاران در مطالعات خود مشخص نمودند که خود ارجاعی باعث ازدحام و شلوغی واحد فوریت‌ها و بیمارستان‌ها می‌شود و اگر این امکان فراهم شود که همه آنها توسط پزشک عمومی غربالگری شوند از حجم کاری واحدهای سطوح بالاتر کاسته می‌شود (24). نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد که برنامه پزشکی خانواده و بیمه به کم شدن حجم مراجعات به متخصصین کمک می‌کنند. برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی در کرمان و یاسوج تا حدودی مراجعات غیر ضروری به سطح بالاتر را کاهش داده که باعث کاهش هزینه‌های سنگین سطح دو شده است (6، 20).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، برگزاری آموزش‌های توجیهی برای کلیه افراد درگیر در برنامه اعم از اعضای تیم سلامت و مردم، استفاده از

4. Farzadi F, Mohammad K, Maftoun F, Labaf Ghasemi R, Tabibzadeh Dezfouli R. general practitioner supply: family physician program and medical workforce. Iranian Institute for Health Sciences Research (Ihsr). 2009;8(4):415-21.
5. Kushnir T, Cohen AH. Job structure and burnout among primary care pediatricians. *Work*. 2006;27(1):67-74. Epub 2006/07/29.
6. Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Motlagh M, Kabir M, Maleki M, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in northern provinces of iran: 2008. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2010;11(6):46-52.
7. Jannati A, Maleki M, Gholizade M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the strengths and weaknesses of family physician program. *Knowledge and Health* 2010;4(4):39-44.
8. Corbin JM, Strauss AL. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory: Sage Publications, Inc.; 2008.
9. Speziale HS, Carpenter DR. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
10. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization: Elsevier/Saunders; 2005.
11. Burns N, Grove SK. Study Guide for Understanding Nursing Research: Building an Evidence-based Practice: Saunders Elsevier; 2007.
12. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005;15(9):1277-88. Epub 2005/10/06.
13. Polit DF, Beck CT. Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
14. Holloway I, Wheeler S. Qualitative Research for Nurses: Wiley; 1996.
15. Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: The mutual satisfaction of physicians and health care team members. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2012;18(92):23-30.

پرونده‌های الکترونیکی به جای پرونده‌های سنتی با هدف دسترسی سریع‌تر پزشکان به اطلاعات بیماران و ارتقاء کیفی ارائه خدمات و همچنین ارائه برخی از تسهیلات به اعضای شاغل در تیم سلامت جهت افزایش انگیزش شغلی پیشنهاد می‌شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر تفاوت حالات درونی نمونه‌های شرکت کننده به هنگام پاسخ‌گویی بوده که می‌تواند در چگونگی پاسخ آنان تاثیر گذار بوده باشد. لذا پژوهشگر سعی نموده است با فراهم کردن شرایط کاملا راحت، دادن فرصت زمانی مناسب به مددجو و باز نمودن سوالات تا حدودی این متغیر را کنترل نماید.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم آموزش و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی اراک که طرح حاضر را با شماره 683 مورد تصویب و حمایت مالی قرار داده و هم‌چنین کلیه شرکت کنندگان عزیز تقدیر و تشکر می‌گردد.

منابع

1. Motlagh M, Nasrollahpour Shirvani S, Ashrafian Amiri H, Kabir M, Shabestani Monfared A, Nahvijou A, et al. Familiarity of rural people engaged in rural assurance towards principles, facilities, and conditions of rural assurance in family physician program in northern provinces of Iran-2008. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2010;2(2-3):33-8.
2. Iran-nejad Parizi M, Sasangohar P. Organization and management: Theory and practice. Tehran, Iran: Central Bank of Islamic Republic of Iran; 2001.
3. Alipour A, Habibian N, Tabatabaee S. Evaluation the impact of family physician care program on family planning in Sari from 2003 to 2007. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2009;5(1):47-55.

- Family Physician Program in Shahroud: Assessing Quality of Implementation and Condition of Settings. *Hakim Research Journal*. 2011;14(2):123-9.
22. Motlagh E, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, - Nahvijoy A. Satisfaction of Family Physicians (FPs) about Effective Factors on Activation of FP Program in Medical Universities. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2011;19(76):48-55.
23. Najimi A, Alidoosti M, Sharifirad G. Study of knowledge, attitude, and satisfaction toward the family physician program in rural regions of Isfahan, Iran. *Health System Research*. 2012;7(6):883-90.
24. van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling GJ, Crebolder HF, van Schayck CP. Use of out of hours services: a comparison between two organisations. *Emergency medicine journal : EMJ*. 2003;20(2):184-7. Epub 2003/03/19.
16. Hafezi Z, Asqari R, Momayezi m. Monitoring performance of family physicians in Yazd. *Yazd University of Medical Sciences*. 2009;8(1-2):16-25.
17. Barati O, Maleki M, Gohari M, Kabir M, Amiresmaili M, Abdi Z. The impact of family physician program on health indicators in Iran (2003-2007). *Payesh*. 2012;11(3):361-3.
18. Jabbari A. The review at the rural family physician in practice. *Journal of Health Information Management*. 2011;9(7):11-7.
19. Khayyati F, Motlagh ME, Kabir M, Kazemeini H, Gharibi F, Jafari N. The role of family physician in case finding, referral, and insurance coverage in the rural areas. *Iranian journal of public health*. 2011;40(3):136-9. Epub 2011/01/01.
20. Masoudi Asl I. Perspective of the family practice physicians committee contracted Imam Khomeini. *Journal of Social Medicine*. 2003;3(14):10-4.
21. Chaman R, Amiri M, Raei M, Alinejad M, Nasrollahpour Shirvani SD. National