

بررسی میدانی جاذبه ها و دافعه های طرح پزشک خانواده از دیدگاه دانشجویان سال آخر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و پزشکان خانواده شاغل در شبکه های بهداشتی شهر تبریز

علی خلفی^۱، برزان شیرخانی^۲، اکبر قیاسی^۳، ابوالقاسم پوررضا^{۴*}

چکیده

مقدمه و هدف: بر اساس بند (ب) ماده ۹۱ برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، تا پایان برنامه چهارم باید تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت "پزشک خانواده" و "نظام ارجاع" فراهم شود. علیرغم گذشت حدود ۶ سال از اجرای این طرح مهم ملی، هنوز ارزشیابی جامعی انجام نشده است.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع مقطعی (cross-sectional) و کاربردی بوده و به بررسی نگرش مثبت و منفی پزشکان خانواده و دانشجویان سال آخر پزشکی نسبت به طرح پزشک خانواده پرداخته است. جامعه این پژوهش شامل ۴۷ پزشک خانواده طرف قرارداد با شبکه های بهداشتی - درمانی وابسته با دانشگاه علوم پزشکی تبریز و ۸۰ دانشجوی سال آخر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بودند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه محقق ساخته ای بود که در ۶ محور به بررسی نقاط منفی و در ۳ محور به بررسی نقاط مثبت پرداخت. از آزمونهای آماری Hotelling Trace، T مستقل، تحلیل واریانس چند متغیره (Manova) و آزمون توکی (Tukey) و نرم افزار SPSS16 برای آنالیز داده ها استفاده شد.

یافته ها: در بین پزشکان بعد اقتصادی - رفاهی با میانگین 3/8383 دارای بیشترین امتیاز و بعد محیطی - روانی با 2/2596 دارای کمترین امتیاز بودند و در بین دانشجویان نیز بعد مالی - شغلی با میانگین 3/9187 دارای بیشترین امتیاز و بعد محیطی - روانی با 2/2025 دارای کمترین امتیاز بودند. بر اساس نتایج آزمون Manova، تفاوت معنی داری برای ابعاد ۹ گانه با سال فراغت از تحصیل پزشکان مشاهده شد. همچنین بر اساس نتایج آزمون Anova برای متغیرهای شخصی - روانشناختی و شخصی تفاوت معنی داری مشاهده شد.

نتیجه گیری: هدف از انتخاب دو گروه مطالعه بررسی وضع موجود (نظرات پزشکان خانواده که در حال حاضر در برنامه پزشک خانواده مشارکت دارند) با وضع آینده (نظرات دانشجویان که در آینده وارد این طرح خواهند شد) بود.

کلیدواژه ها: پزشک خانواده؛ جاذبه ها؛ دافعه ها

فصلنامه علمی، پژوهشی دانشکده علوم پزشکی تربت حیدریه، دوره اول، شماره ۱، بهار ۱۳۹۲

مقدمه

۱- مربی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران
۲- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، بیمارستان شهید چمران تنگاور
۳- مربی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت و فناوری سلامت
۴- نویسنده مسئول: استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت
آدرس: تهران، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت
تلفن: 0531-2242039
نمابر: 0531-2242039
پست الکترونیکی: porrezaa@sina.tums.ac.ir

گروهی از مردم هنگام بیماری تمایل به کمک گرفتن از پزشک و مصرف دارو ندارند و از سوی دیگر عده ای برای کوچکترین ناخوشی و بیماری خود را ملزم به کمک گرفتن از پزشکان فوق تخصص می دانند (۱). به باور کارشناسان، پیامد سردرگمی بیماران در نظام درمانی کشور و در سیستم ارجاع کنونی باعث شده است که در بسیاری از موارد بیمار نداند دردش چیست و به چه تخصصی نیازمند است. به این ترتیب سردرگمی بیماران، مراجعات بیهوده و تکراری و صرف هزینه های گزاف، از نتایج بدیهی چنین رویکردی است (۲).

از این رو ضرورت دارد متناسب با نیازهای موجود، الگو و مدل مناسبی از نظام سلامت به منظور رسیدن به اهداف سلامت که حفظ و ارتقاء سلامت و نیز توسعه دسترسی و عدالت در این بخش است، طراحی و برگزیده شود. بدون داشتن چارچوب و سیستمی کارآمد و اثربخش در نظام سلامت امکان دسترسی به این اهداف وجود ندارد (۳). در واقع نظام سلامت ما همچون بسیاری از کشورهای درحال توسعه می بایستی از رویکرد درمان گرا و تکنولوژی محور خارج گردد و از صرف منابع محدود در جهتی که پیامد اندک سلامت برای مردم دارد خودداری نماید. در حقیقت طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع شیوه ای است در راستای جامه عمل پوشاندن به شکلی از نظام مراقبت های اولیه سلامت که می تواند منابع قابل توجهی را نیز برای بهبود سطح سلامتی جامعه آزاد سازد (۴).

این امر در برخی کشورها، از جمله کشورهایی که نظام سلامت ملی با پوشش همگانی دارند، سابقه ای دیرینه دارد. پزشکان خانواده به عنوان دروازه بان در نقطه ی ورودی نظام تأمین سلامت قرار می گیرند. از این رو ما باید نسل تازه ای از پزشکان را تربیت و تجهیز کنیم که هم سلامت و هم درد و درمان را در کلیت آن پاسخگو باشند. بنابراین در حال حاضر بیشترین امید و شاید تنها راه ممکن و مطلوب پزشکان خانواده است (۵).

برهمن اساس دولت جمهوری اسلامی ایران بر اساس ماده ی ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه و با نظر به گسترش

پوشش بیمه های درمانی به عنوان یکی از ارکان اصلی توسعه نظام سلامت و همچنین به منظور کنترل هزینه های ناشی از خدمات تکراری، افزایش پاسخگویی به بیمار، امکان پیگیری خدمات ارائه شده به بیمار، تشکیل پرونده سلامت برای آحاد جامعه و افزایش امکان کنترل کیفیت خدمات و ایجاد انضباط مالی، حرکت بیمار در سطوح سه گانه و همچنین ایجاد عدالت در بهره مندی از خدمات تشخیصی درمانی از سال ۱۳۸۴ با همکاری وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی اقدام به اجرای طرح بیمه درمان روستائیان در قالب نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده نموده است (۶).

در این طرح مسئول اصلی تیم سلامت، پزشک خانواده است. یکی از مهم ترین وظایف تیم سلامت با محوریت پزشک خانواده، ارائه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمات نمی توان از اصطلاح پزشک خانواده برای ارائه خدمات صرفا درمانی استفاده نمود (۷).

یکی از موفق ترین کشورها در به کارگیری سیستم ارجاع کشور انگلستان است که بر اساس آمارهای منتشرشده در حدود ۹۵٪ از خدمات مربوط به سلامتی افراد جامعه خویش را توسط پزشک خانواده انجام می دهد. همچنین جهت ارجاع ۵٪ باقیمانده خدمات با یک برنامه تنظیم شده و حساب شده به سطوح بالاتر انتقال می یابد (۸).

در ایران نیز از همان سال آغازین طرح پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر به اجرا در آمد و هم اکنون اجرای این طرح منجر به اشتغال بیش از ۵۰۰۰ نفر پزشک و ۴۰۰۰ نفر ماما در سراسر کشور شده است. علاوه بر این حدود ۲۵ میلیون نفر جمعیت روستایی کشور تحت پوشش خدمات پزشک خانواده قرار گرفته اند (۹).

در سنوات اخیر وضعیت شاخص های بهداشتی درمانی کشورمان در سطح منطقه ای و جهانی روند خوبی داشته است (۱۰). اما با توجه به نگاه رایج و مشکلاتی که در

رفاهی، محیطی - بهداشتی، سیستمی - سازماندهی، اداری - آموزشی، اجتماعی و فرهنگی و شخصی و روانشناختی) به بررسی نقاط منفی و در ۳ محور (مالی - شغلی، محیطی - روانی و شخصی) به بررسی نقاط مثبت پرداخته شد. پرسشنامه شامل سه بخش بود:

بخش دستورالعمل که در این بخش ضمن تشکر از پزشکان جهت همکاری در این پژوهش، عنوان طرح و همچنین هدف از طرح به همراه مشخصات پژوهشگر قید گردید. بخش سوالات عمومی که مشخصات دموگرافیکی پاسخ دهندگان که به نوعی در عوامل مورد بررسی دخیل بوده است آورده شد و در نهایت بخش سوالات اختصاصی که به طور هماهنگ با اهداف اختصاصی طرح در طرح گردید. اطلاعات مربوط به هر یک از پزشکان خانواده کاملاً محرمانه ماند و آزادی آنها در همکاری با تیم تحقیق مورد احترام بود. جهت بررسی روایی محتوایی، پرسشنامه به صاحب نظران حوزه مربوطه ارائه شد و از آنها خواسته شد تا نمره ای بین ۰ تا ۱۰۰ به هر یک از سوالات بدهند. و روایی محتوایی با استفاده از شاخص CVI^1 بر اساس آرای ۵ نفر در حوزه پزشکی خانواده بدست آمد. برای تعیین پایایی از آزمون آلفا کرونباخ استفاده شد.

برای مقایسه میانگین نمرات ابعاد آزمون T یک نمونه ای، برای مقایسه میانگین نمره ابعاد در دو گروه پزشکان و دانشجویان، در قالب تحلیل چند متغیره از آزمون Hotelling Trace و در تحلیل یک متغیره از آزمون T مستقل و برای سنجش رابطه متغیرهای دموگرافیک با نمره ابعاد در قالب تحلیل چند متغیره از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و در تحلیل یک متغیره از تحلیل واریانس و آزمون توکی (Tukey) استفاده شد. از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ برای آنالیز داده ها استفاده شد.

یافته ها

راستای اجرای این طرح توسط صاحب نظران مطرح می شود (۱۱) (مانند جابجایی و ریزش سالیانه حدود ۲۵-۳۰ درصدی این پزشکان، فقدان سیستم آموزش پزشکی جامعه نگر، اختلافات سازمانی و اداری در مدیریت طرح پزشک خانواده بین دو وزارتخانه "رفاه" و "بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" بر سر تعیین سرانه و تخصیص به موقع منابع آن) بیم آن می رود که علیرغم تلاش های انجام شده، شاخص های بهداشتی و سلامتی مناطق تحت پوشش طرح، دچار مشکلاتی شده و از سیر صعودی این شاخص ها کاسته شود.

علیرغم گذشت حدود ۶ سال از اجرای این طرح مهم ملی، هنوز ارزشیابی جامعی انجام نشده است. بدیهی است در صورت تداوم این امر، متوجه مشکلات احتمالی اجرای طرح نخواهیم شد و لذا فرصت ارتقاء فرایندهای موجود در زمینه ارائه خدمات پیش بینی شده در طرح مذکور را از دست خواهیم داد. لذا امید است این پژوهش تا حدی عملکرد طرح ارجاع با محوریت پزشک خانواده را بررسی نموده و با بیان علل کناره گیری پزشکان خانواده از این طرح با ارائه راه حل در ارتقاء این نظام سهیم باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مقطعی (cross-sectional) بصورت توصیفی - تحلیلی و کاربردی بود و به بررسی نگرش مثبت و منفی پزشکان خانواده و دانشجویان سال آخر پزشکی نسبت به طرح پزشک خانواده پرداخته است. دامنه پژوهش از نظر زمانی در نیمه اول سال ۱۳۹۱ و از نظر مکانی در سطح شبکه های بهداشتی و درمان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز و همچنین در بین دانشجویان سال آخر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز است.

جامعه این پژوهش شامل ۴۷ پزشک خانواده طرف قرارداد با شبکه های بهداشتی - درمانی وابسته با دانشگاه علوم پزشکی تبریز و ۸۰ دانشجوی سال آخر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز می باشد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه خودساخته ای بود که در ۶ محور (اقتصادی -

در پژوهش حاضر ۶۶ درصد از پزشکان خانواده و ۶۷/۵ درصد از دانشجویان زن بودند. ۲۸ درصد از پزشکان خانواده و ۸۳ درصد از دانشجویان مجرد بودند. ۴۶ درصد از پزشکان خانواده کمتر از ۳ سال سابقه کار پزشکی قبل از اشتغال به عنوان پزشک خانواده را داشتند و تنها ۱۰ درصد آنان بیش از ۹ سال سابقه کار در حرفه پزشکی را داشتند. ۴۹ درصد از پزشکان کمتر از ۲ سال، ۳۶ درصد بین ۲ تا ۴ سال و ۱۵ درصد بیشتر از ۴ سال سابقه کار به عنوان پزشک خانواده را داشتند. ۲۹ درصد از پزشکان کمتر از ۲۰۰۰ نفر، ۳۸ درصد بین ۲۰۰۰-۳۰۰۰ نفر و ۳۱ درصد آنان بیشتر از ۴۰۰۰ نفر را تحت پوشش قرار داده بودند. پزشکان با متوسط ویزیت ۳۰۰-۴۵۰ ویزیت درماه بیشترین فراوانی (۳۶ درصد) و پزشکان با بیشتر از ۴۵۰ ویزیت درماه دارای کمترین فراوانی (۸ درصد) بودند. ۶۱ درصد از پزشکان کمتر از ۸ درصد بیماران خود را به سطوح بالاتر ارجاع میدادند و تنها ۱۰ درصد از پزشکان بیشتر از ۱۰ درصد از بیماران خود را به سطوح بالاتر ارجاع می دادند. پزشکان با حقوق کمتر از یک میلیون تومان دارای کمترین فراوانی (۸) و پزشکان با حقوق ۱ الی ۱/۵ میلیون تومان دارای بیشترین فراوانی (۴۶) بودند. در پژوهش حاضر، در بین پزشکان بعد اقتصادی- رفاهی با میانگین ۳/۸۳۸۳ دارای بیشترین امتیاز و بعد محیطی- روانی با ۲/۲۵۹۶ دارای کمترین امتیاز بودند و در بین دانشجویان نیز بعد مالی- شغلی با میانگین ۳/۹۱۸۷ دارای بیشترین امتیاز و بعد محیطی- روانی با ۲/۲۰۲۵ دارای کمترین امتیاز بودند (جدول ۱).

جدول ۱: میانگین نمرات ابعاد برای پزشکان و دانشجویان (حداقل میانگین نمره یک و حداکثر ۵)

پزشکان		دانشجویان		ابعاد	
میانگین	تاثیر	انحراف معیار	میانگین	تاثیر	انحراف معیار
۳/۸۳۸۳	زیاد	۰/۷۳۶۱	۳/۸۰۰۰	زیاد	۰/۷۴۹۶
۳/۶۵۲۵	زیاد	۰/۸۱۶۳	۳/۵۲۵۰	زیاد	۰/۸۱۹۵
۳/۶۴۸۹	زیاد	۰/۷۹۸۱	۳/۵۱۵۶	زیاد	۰/۶۴۳۹
۳/۶۵۹۶	زیاد	۰/۸۸۲۶	۳/۶۱۷۵	زیاد	۰/۸۳۶۰
۳/۶۵۴۳	زیاد	۰/۷۳۱۲	۳/۵۰۰۰	زیاد	۰/۶۷۹۴
۳/۴۰۹۶	زیاد	۱/۰۴۰۸	۳/۴۵۹۴	زیاد	۰/۸۱۷۸
۲/۸۴۰۴	متوسط	۰/۹۱۲۵	۳/۹۱۸۷	زیاد	۰/۷۳۳۲
۲/۲۵۹۶	متوسط	۰/۸۱۰۷	۲/۲۰۲۵	متوسط	۰/۷۶۲۰
۲/۳۴۷۵	متوسط	۰/۶۹۴۹	۲/۴۹۵۸	متوسط	۱/۰۱۱۸
اقتصادی- رفاهی					
محیطی- بهداشتی					
سیستمی- سازماندهی					
اداری- آموزشی					
اجتماعی و فرهنگی					
شخصی و روانشناختی					
مالی - شغلی					
محیطی - روانی					
شخصی					

بر اساس نتایج آزمون T یک نمونه ای، در گروه پزشکان میانگین نمره ابعاد اقتصادی- رفاهی، محیطی- بهداشتی، سیستمی- سازماندهی، اداری- آموزشی، اجتماعی و فرهنگی و شخصی و روانشناختی بطور معناداری بزرگ تر از عدد ۳، میانگین ابعاد محیطی- روانی و شخصی بطور معناداری کوچک تر از عدد ۳ بود و میانگین نمره بعد مالی- شغلی با عدد ۳ اختلاف معناداری نداشت ($p < 0/05$) (عدد ۳ به عنوان میانگین کمترین و بیشترین نمره، برای مقایسه در نظر گرفته شد). در گروه دانشجویان میانگین ابعاد اقتصادی- رفاهی، محیطی- بهداشتی، سیستمی- سازماندهی، اداری- آموزشی، اجتماعی و فرهنگی، شخصی و روانشناختی و مالی- شغلی بطور معناداری بزرگ تر از عدد ۳ و میانگین ابعاد محیطی- روانی و شخصی

بطور معناداری از عدد ۳ کوچک تر بود ($p < 0/05$). همچنین بر اساس تحلیل چند متغیره، بین دو گروه برای ابعاد ۹ گانه در مجموع تفاوت معناداری مشاهده شد ($P < 0/05$) (جدول ۲).

جدول ۲: تحلیل چند متغیره نمره ابعاد در دو گروه پزشکان و دانشجویان

آزمون	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Wilks' Lambda	0/664	6/586a	9/000	117/000	0/000
Hotelling's Trace	0/507	6/586a	9/000	117/000	0/000

نتایج تحلیل یک متغیره نیز نشان داد که تنها در مورد متغیر مالی - شغلی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود داشت ($P < 0/05$). (جدول ۳)

جدول ۳: تحلیل یک متغیره نمره ابعاد ۹ گانه در دو گروه پزشکان و دانشجویان

متغیر وابسته	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
اقتصادی - رفاهی	0/043	1	0/043	0/078	0/780
محیطی - بهداشتی	0/481	1	0/481	0/718	0/398
سیستمی - سازمندی	0/526	1	0/526	1/060	0/305
اداری - آموزشی	0/052	1	0/052	0/072	0/789
اجتماعی و فرهنگی	0/704	1	0/704	1/442	0/232
شخصی و روانشناختی	0/073	1	0/073	0/089	0/765
مالی - شغلی	34/426	1	34/426	53/274	0/000
محیطی - روانی	0/096	1	0/096	0/158	0/691
شخصی	0/651	1	0/651	0/790	0/376

در پژوهش حاضر مولفه های مرتبط در نگرش مثبت و منفی به طرح پزشک خانواده در نظام سلامت از دیدگاه پزشک خانواده شاغل در شبکه های بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز و دانشجویان سال آخر رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز مورد بررسی و مطالعه قرار گرفت. هدف از انتخاب دو گروه مطالعه بررسی وضع موجود (نظرات پزشکان خانواده که در حال حاضر در برنامه پزشک خانواده مشارکت دارند) با وضع آینده (نظرات دانشجویان که در آینده وارد این طرح خواهند شد) بود.

در پژوهش حاضر، در بین پزشکان بعد اقتصادی - رفاهی با میانگین 3/8383 دارای بیشترین امتیاز و بعد محیطی - روانی با 2.2596 دارای کمترین امتیاز بودند. در بین

آزمون بعمل آمده تفاوت معنی داری برای ابعاد ۹ گانه در مجموع رده های سنی در بین پزشکان نشان داد. همچنین برای متغیرهای شخصی - روانشناسی و شخصی تفاوت معنی داری در رده های سنی مختلف در بین پزشکان مشاهده شد. بر اساس نتایج آزمون MANOVA، تفاوت معنی داری برای ابعاد ۹ گانه با سال فراغت از تحصیل پزشکان مشاهده شد. همچنین بر اساس نتایج Anova برای متغیرهای شخصی - روانشناختی و شخصی تفاوت معنی داری مشاهده شد.

بحث و نتیجه گیری

دانشجویان نیز بعد مالی - شغلی با میانگین 3.9187 دارای بیشترین امتیاز و بعد محیطی - روانی با 2.2025 دارای کمترین امتیاز بودند. در مطالعه ای با نام آینده پزشک خانواده که توسط موسسه بین المللی پزشک خانواده و به صورت بین المللی انجام شده است عوامل اقتصادی و رفاهی به عنوان اصلی ترین عامل در رضایت پزشکان خانواده معرفی شده بود که یافته های مطالعه ما را مورد تأیید قرار می دهد (۱۲).

بر اساس نتایج آزمون، در گروه پزشکان میانگین نمره ابعاد اقتصادی - رفاهی، محیطی - بهداشتی، سیستمی - سازماندهی، اداری - آموزشی، اجتماعی و فرهنگی و شخصی و روانشناختی بطور معناداری بزرگ تر از عدد ۳، میانگین ابعاد محیطی - روانی و شخصی بطور معناداری کوچک تر از عدد ۳ بود و میانگین نمره بعد مالی - شغلی با عدد ۳ اختلاف معناداری نداشت ($p < 0.05$). تأثیرگذاری بعد اقتصادی - رفاهی بدان معناست که نسبت به فعالیت های تمام وقت پزشکان در این طرح و همکاری آنان با مراکز بهداشتی درمانی، میزان دریافتی پزشکان خانواده مناسب و منطبق نمی باشد و همین عامل سبب کاهش انگیزه پزشک به عنوان سرپرست تیم سلامت یا در مواردی به کمتر شدن کیفیت خدمات ارائه شده و ترک خدمت وی از طرح منجر می گردد. همچنین پرداختی های صورت گرفته به پزشکان از طرف سازمانهای اجرایی نه تنها به صورت یکجا مانند پرسنل دیگر در نظام سلامت انجام نمی شود، بلکه حقوق آنان به صورت چند قسمتی و در دوره های مدت دار پرداخت می گردد و منجر به نگرش منفی آنان به طرح می شود. همچنین چون حدود ۳۰٪ از حقوق پزشکان بر اساس قرارداد به نتیجه پایش و ارزشیابی پزشکان بستگی دارد و چنانچه در برنامه ارزشیابی ماهانه، پزشک خانواده امتیاز مناسب را کسب نکند بخشی از حقوق پرداختی پزشک کسر می گردد، از نظر پزشکان این شیوه پرداخت اصلاً عادلانه نیست و سبب کاهش شدید انگیزه خدمت آنان می شود. درمورد تأثیرگذاری بعد محیطی -

بهداشتی چنین روشن می گردد که در مناطق تحت پوشش طرح پزشک خانواده، پزشکان همکار در طرح، شرایط بهداشتی مناسبی را در دسترس نداشته و در مناطق محروم و توسعه نیافته امکانات مناسب محیطی و بهداشتی جهت رفاه پزشکان در حد مطلوب وجود ندارد. در بعد سیستمی - سازماندهی چنین روشن می شود که با توجه به مجموعه خدمات ارائه شده توسط تیم سلامت به سرپرستی پزشک خانواده، امکانات مناسب جهت ارائه خدمات با کیفیت به جمعیت تحت پوشش پیش بینی نشده است و برای ارائه خدمت به بیمه شدگان، جمعیت تحت پوشش جهت پیش بینی امکانات به طور کامل در نظر گرفته نمی شود. همچنین قراردادهای انجام شده از طرف مجریان شبکه های بهداشتی کوتاه مدت بوده و همین امر سبب کاهش انگیزه پزشکان در امر ارائه خدمات بهداشتی و موجب عدم امنیت شغلی می گردد. میزان ساعات کار پزشکان در ارائه خدمات سلامت نیز زیاد بوده و پزشکان از این امر احساس رضایت نمی کنند. در بعد اداری - آموزشی سیستم ارجاع در این طرح که از جمله اهداف اساسی طرح پزشک خانواده بود به طور کامل اجرا نمی گردد و همین امر در مواردی موجب تکرار ارائه خدمت توسط پزشک و به دنبال آن صرف وقت و هزینه بیشتر می گردد و این اقدامات سبب ناکامی خدمات ارائه شده به جمعیت تحت پوشش میگردد. بازخورد ارجاع توسط پزشکان متخصص به پزشک خانواده انجام نمی گیرد که این امر سبب عدم اطلاع پزشک خانواده از سیر درمان بیمار شده و در بیشتر موارد به صرف وقت و هزینه زیاد در امر ارائه خدمات سلامت منجر می شود و در مرحله بالاتر سبب عدم تکمیل پرونده سلامت توسط پزشک می شد. همچنین پزشکان همکار در مناطق محروم و توسعه نیافته امکانات رفاهی و آموزش مناسب جهت ارتقا کیفیت خدمات ارائه شده در حد مطلوب را نداشتند. در بعد اجتماعی - فرهنگی چون در جمعیت تحت پوشش فرهنگ سازی لازم جهت اجرای طرح انجام نشده بود کار پزشکان در ارائه خدمات به کندی صورت می گرفت و در نتیجه منجر به

آنان، انگیزه ی زیادی به عنوان ارائه کننده خدمت در پزشک ایجاد می کند که وی را به این عمل به نحو موثر ترغیب می نماید و به هیچ عنوان در رسیدن به هدف اساسی طرح پزشک خانواده یعنی عدالت در سلامت کوتاهی نمی نماید و تمام تلاش خود را جهت ارائه خدمت به بیمه شدگان برای نیل به سلامت کامل معطوف می دارد.

بر اساس نتایج آزمون MANOVA، تفاوت معنی داری برای ابعاد ۹ گانه با سال فراغت از تحصیل پزشکان مشاهده شد (۴-۳۰). همچنین بر اساس نتایج Anova برای متغیرهای شخصی -روانشناسی و شخصی تفاوت معنی داری مشاهده شد (۴-۳۱). این امر می تواند ناشی از تصمیمات متعددی باشد که توسط وزارت قانونگذاران بخش سلامت در سالهای مختلف به اجرا در میاید و نگرش و دید پزشکان و انتظارات آنان از شغل پزشک و پزشک خانواده را تغییر می دهد، مثل اجرای طرح پزشک خانواده و افزایش ناگهانی و چند برابری حقوق پزشکان و به دنبال آن تغییر دید و افزایش انتظارات آنان از جنبه درآمدی شغل پزشکی.

تشکر و قدردانی

از کلیه کسانی که در انجام این تحقیق با پژوهشگران همکاری داشته اند کمال تشکر و قدردانی به عمل می آید.

References:

1. Mohassel Sh . How to plan and deploy reports with reference in the Social Security Organization, 1386
2. Fahraj Hussein H. Performance evaluation plan, a family doctor at the Imam Khomeini Relief Committee in Yazd , Master of Health Services Management, Supervisor: dr Mahmoud Mahmoudi, Volume 1386
3. Hegdi, fabulous human being, translated GR Khajepour, open Publication, Tehran, 1387 - Page 95
4. Ministry of health and medical education, "Illustration of health team and family physician services", first ed. Tehran, Arvij publishers; 1386

کاهش انگیزه پزشکان و در مواردی ترک خدمت آنان از همکاری و خدمت رسانی در این طرح می شد. جمعیت تحت پوشش و بیمه شده نیز چون به اندازه کافی از این طرح آگاهی کامل نداشتند نمی توانستند با مجریان طرح همکاری لازم را داشته و به دنبال آن سیستم ارجاع که از جمله اهداف اساسی طرح پزشک خانواده بود رعایت نمی شد و این طرح موجب محدودیت در امر دسترسی به خدمات سلامت از دیدگاه بیمه شدگان قلمداد می شد و منجر به کندی خدمت رسانی و کاهش انگیزه پزشک به عنوان سرپرست تیم سلامت می شد. یافته های مطالعه Morgenstern L در سال ۲۰۰۳ و Alazri MH و همکاران در سال ۲۰۰۸ یافته های این مطالعه را مورد تأیید قرار می دهد (۱۳، ۱۴).

آزمون بعمل آمده تفاوت معنی داری برای ابعاد ۹ گانه در مجموع رده های سنی در بین پزشکان نشان داد. همچنین برای متغیرهای شخصی -روانشناسی و شخصی تفاوت معنی داری در رده های سنی مختلف در بین پزشکان مشاهده شد (۴-۲۷). هر چه سن پزشکان خانواده بالاتر می رود میزان تاثیر ابعاد اقتصادی -رفاهی و سیستمی - سازماندهی در رضایت مندی آنان از طرح اهمیت بیشتری پیدا میکند. در واقع منطبق بودن حقوق دریافتی پزشکان و مجموعه فعالیت های انجام شده و خدمات ارائه شده توسط

5. Colins, Charles, Management and Organization of Developing Health System, Oxford University Press, 2009.

6. Family physician and referral system in the Islamic Republic of Iran, Ministry of Health and Medical Education, Department of Health, Summer 1391

7. Ministry of health and medical education, "Illustration of health team and family physician services", first ed. Tehran, Arvij publishers; 1386, 1-2.

8. Talaei P. comparative study of health systems in many countries of the world and the problems associated with family physicians, public policy magazine Page 39

9. Ghaffari A. referral system in the health care system - Journal of the Hakim - No. 12-1386
10. Report of Fars news, Minister of health and medical education, cited 2008 Aug 9
11. Darvishi F. Comparative Cost Management Manual therapy treatment plan with the family physician in the Imam Khomeini Relief Committee, Kermanshah province – 1387
12. Family Practice Working Party and Academic Family Medicine Organizations. Future of Family Medicine [FFM Web site]. Available at <http://www.futurefamilymed.org>. Accessed April 4, 2008.
13. Morgenstern L. A piece of my mind. Will the real doctor please stand up? JAMA. 2003;289:18.
14. Alazri MH, Neal RD. The association between satisfaction with services provided in primary care and outcomes in Type 2 diabetes mellitus. Diabet Med. 2008; 20:486-490.
15. Ghodarzi G, Azadi H. Determining of technical efficient on Iran universities hospital. Proceeding of 5th National Congress of Healthcare Administration Student; 2007 May 9-12; Iran, Tabriz. P.38.[Persian].
16. Ghoharnejhad S. Health system decentralization on Iran university and medical science. Proceeding of 5th National Congress of Healthcare Administration Student; 2007 May 9-12; Iran, Tabriz. p.32.[Persian].
17. Naghavi M, Jamshidi H, editors. Utilization of health services in Iran 2002. Tehran: Tandis press; 2005.[Persian].
18. Pilehrodi S, editor. Management services on district health network. Tehran: Iran Ministry of Health press; 1997.[Persian].
19. Shojaeetehrani H, editor. Generalities of health services. Tehran: Samat press; 1998.[Persian].
20. Iran Ministry of Health. Administrative guide direction of family physician. 2005.[Persian].
21. Richard A, Charles PB. Family physicians and family therapists: understanding the interdependent synergism. Contemporary Family Therapy 2000;22(3):253-277.
22. Mashhad University of Medical Science. Family physicians and rural insurance. Available from: URL:<http://www.mums.ac.ir/fpp/fa/kbfbb>. [Persian].
23. Asefzadeh S, Rezapour A, editors. Health administration. Hadis Emroz press; 2005.[Persian].
24. The college of family physician of Canada. The role of family doctors in public health and december 2005. Available from: URL:http://www.cfpc.ca/local/files/communications/role_family_doc_dec05.pdf.
25. Erez R, Rabin S, Shenkman L, Kitai E. A family physician in an ultraorthodox jewish village. Journal of Religion and Health 1999; 38(1):67-71.
26. Davoudi S, Jamshidy H. Worries of our family physician, Iran republic Islamic medical council. Available from: URL:<http://www.irimc.org/NewsList.aspx?id=5522>. [Persian].
27. Hoveida H. Family physician, sarmayeh. Available from: URL:<http://www.sarmayeh.net/ShowNews.php?28076>. [Persian].
28. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. Int J Qual Health Care 2000;12(2):143-147.
29. American Academy of Family Physicians. Facts about family medicine. Available from: URL:http://www.aafp.org/online/en/home/about_us_specialty.htm.
30. Stock Keister MC, Green LA, Kahn NB, Phillips RL, McCann J, Fryer GE. What people want from their family physician?. Am Fam Physician 2004;69(10):2310.
31. Himmel W, Dieterich A, Michael M, Kochen F. German patients accept their family physician as a gatekeeper? J Gen Intern Med 2000;15(7):496-502.

In-Field Survey of Attractions and Repulsions of Family Medicine: Family Physicians' and Medical Students' Attitudes

Khalafi A¹, Shirkhani B², Ghiasi A³, Pourreeza A⁴

Abstract

1- MSc in Healthcare Management, Faculty Member at Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran.

2- MSc in Healthcare Management, Shahid Chamran Hospital of Kangaavar

3- MSc in Healthcare Management, Faculty Member at Zabol University of Medical Sciences

4- **Corresponding Author:** Full Professor at Health Economics and Management Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences
Tel: +980531-2242039

Email: porreeza@sina.tums.ac.ir

Background: Health considered as a basic right in many communities and this implies that governments are responsible for providing equal access to healthcare services and facilities. In 4th Iran's Economic, Social and Cultural development plan emphasis is on developing a health insurance based on Family Medicine and Referral System. The family medicine plan was applied in rural and urban areas with less than 20,000 populations. Although currently more than 5000 physicians and 4000 midwives are employed for this plan, there is no comprehensive evaluation of this plan.

Materials and Methods: This Cross-sectional study surveyed the family physicians' and medical intern students' attitude to family medicine. 47 family physicians and 80 medical students filled out a researcher-made questionnaire. This Questionnaire contained questions in nine dimensions of economic, environmental, organizational, educational, sociocultural, psychological, financial, occupational and personal. Independent T-test, Hotelling Trace, MANOVA and Tukey tests performed for data analysis using SPSS.

Results: The economic-comfort dimension and environmental-psychological dimension rated by family physicians as highest (3.83) and lowest (2.25) respectively. Medical students rated financial-occupational dimension and environmental-psychological dimension as highest (3.91) and lowest (2.20) respectively. There were significant differences in scores allocated to any of nine dimensions by physicians and number of years passed graduation. There was a significant relationship between scores of personal-psychological dimensions and age of respondents.

Conclusion: For comprehensiveness of study, two study groups were selected to participate; family physicians who currently employed and medical students who will be employed later in this plan. Number of years passed graduation and age have the most impact on respondents' attitudes.

Keywords: Family Medicine, Attraction, Repulsion