

مروری بر مطالعات اجرای طرح پزشکی خانواده در نظام سلامت ایران در سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۹

محترم احمدی فرد^۱ / عبدالرضا شاه‌محمدی^۲ / محمدرضا محمدطاهری^۳ / ناز محمداونق^۴

چکیده

مقدمه: اجرای کامل نظام ارجاع و رفع نواقص آن یکی از موضوعات مهم خدمات سلامت در جوامع امروزی است. یکی از تبعات اجرای ناقص نظام ارجاع روستایی هزینه‌هایی است که به جیب مردم و به نظام یک کشور وارد می‌شود. از عوامل اصلی در تکمیل نظام ارجاع، با توجه به متعدد بودن ذینفعان، سیاست‌گذاران و مجریان در این طرح، نحوه برقراری ارتباط موثر، در بین گروه‌های متعدد و متفاوت این طرح (پزشک، بیمه شده، ماما، بهورز، کادر اجرایی، کادر نظارتی و سیاست‌گذاران حاکمیتی) است. هدف این مطالعه سنجش میزان و نحوه پرداختن مطالعات طرح پزشکی خانواده به مولفه‌های ارتباطی به عنوان شاخص تاثیرگذار در رفع چالش‌های طرح می‌باشد.

روش بررسی: روش مطالعه حاضر به صورت مروری کتابخانه‌ای بر روی ۴۰ مطالعه از سال ۱۳۸۰ لغایت ۱۳۹۹ انجام شد. جمعیت مورد پژوهش تمامی مقاله‌های مرتبط با مولفه‌های ارتباطی در طرح پزشکی خانواده می‌باشد. در راستای انجام پژوهش اطلاعات به روش مطالعه متون از کتابخانه، وب سایت‌های سازمان‌های مرتبط منتخب و در راستای جستجوی نظام‌مند براساس کلید واژه‌هایی مبتنی بر ۱- طرح پزشکی خانواده ۲- ارتباطات در طرح پزشکی خانواده ۳- نظام ارجاع ۴- چالش‌ها و موانع طرح پزشکی خانواده ۵- مراقبت‌های بهداشتی و درمان ۶- استراتژی‌های طرح پزشکی خانواده روستایی ۷- ارتباط موثر در نظام ارجاع، جمع آوری و در جدول تطبیقی حیطه‌ها مورد ارزیابی و مقایسه واقع شد. جستجوی مقالات به صورت نظام‌مند بر اساس کلیدواژه‌های مرتبط در پایگاه‌های داده معتبر و تخصصی به زبان‌های انگلیسی و فارسی Google scholar به همراه پایگاه‌های ملی شامل ISC, IRANDOC, SID انجام شد. از مجموع مقالات شناسایی شده، پژوهشگر طبق استراتژی پژوهش نسبت به ارزیابی محتوای آن دسته از مقالاتی پرداخت که به تاثیر و اهمیت مولفه‌های ارتباطی در طرح پزشکی خانواده روستایی و نظام ارجاع در بخش بحث و نتیجه‌گیری مقاله مستقیم پرداخته بودند.

یافته‌ها: در بررسی اسنادی صورت گرفته از ۲۳۰ مقاله مرتبط با کلید واژه‌های مد نظر محقق، در ۴۰ مقاله مشاهده شد که به موضوع مولفه‌های ارتباطی به عنوان شاخص مهم در رفع مشکلات نظام ارجاع در طرح پزشکی خانواده در مباحث و نتیجه‌گیری پرداخته شده بود. ۴ مولفه، رضایت سنجی، عدم آگاهی (آموزش، اطلاع رسانی، مشارکت) توانمندسازی نیروی انسانی، ارتقا شاخص‌های بهداشتی، مولفه‌های ارتباطی بودند که شناسایی شدند که در متن مقالات و نتیجه‌گیری به آن پرداخته شده بود. **نتیجه‌گیری:** پیشنهاد می‌شود با بهره‌گیری از تجارب کشورهای موفق در زمینه برقراری ارتباط موثر در نظام ارجاع، با ایجاد نظام یکپارچه ارتباطی، الگوی ارتباطی برای رفع مشکلات طرح پزشکی خانواده طراحی گردد. نیاز است در مطالعات به تاثیر مولفه‌های ارتباطی به عنوان شاخص اصلی و متغیر مستقل در رفع مشکلات و چالش‌های طرح پزشکی خانواده پرداخته شود.

کلید واژه‌ها: نظام ارجاع، طرح پزشکی خانواده، ارتباط موثر، مدیریت خدمات سلامت، بیمه سلامت.

- ۱- گروه علوم ارتباطات اجتماعی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- ۲- استادیار، گروه علوم ارتباطات اجتماعی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: reza.ctbazad@gmail.com
- ۳- استادیار، گروه علوم ارتباطات اجتماعی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- ۴- استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مقدمه

در عصری که ارتباطات سلامت حوزه نوینی است، این حوزه تمرکز خود را بر نقش قدرتمندی که ارتباطات انسانی و رسان‌های در ارائه مراقبت‌های بهداشتی و ارتقای سطح سلامت ایفا می‌کند، معطوف کرده است. (Kreps et al. ۱۹۹۸) مراقبت‌های بهداشتی اولیه نیاز به ارتباطات پیشرفته و کارآمد دارد که عملکرد تیم و مراقبت از بیمار را بهینه سازد (جودیت بل براون و همکاران، ۲۰۰۹). عدم وجود ارتباطات موثر در طرح‌های سلامت محور چالش‌های غیرقابل پیش بینی بر سلامت و توسعه سواد، سطح دسترسی، مهارت، رفتار اجتماعی و تصمیم‌گیری دارد.

نظام ارجاع بنا به دستورالعمل طرح پزشک خانواده عبارت است از نظامی که براساس آن مراجعه کننده به منظور دریافت خدمات بهداشتی و درمانی باید ابتدا به بهورز (خانه بهداشت) مراجعه و در صورت لزوم با ارجاع به بهورز به پزشک خانواده مراجعه کند و در صورت نیاز ارجاع به متخصص. متخصص پس از انجام اقدامات درمانی و توصیه‌های لازم و انعکاس آنها در فرم بازخواند، بیمار را برای ادامه درمان به مبداء ارجاع معرفی کند. طرح پزشک خانواده در ایران ابعاد مختلفی دارد که در دو حوزه شهری و روستایی در حال اجرا می‌باشد. خدمات و مراقبت‌های سلامت در سه سطح می‌باشد. سطح اول: خدماتی که توسط واحدی در نظام سلامت (مرکز بهداشتی درمانی روستایی مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی و خانه‌های بهداشت تابعه آنها طبق طرح گسترش شبکه شهرستان) ارائه می‌گردد. این واحد به طور معمول درجایی نزدیک به محل زندگی مردم قرار دارد و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت (بهورز) اتفاق می‌افتد. خدماتی از قبیل: ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان‌های اولیه، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت و ارجاع و پیگیری بیمار عمده خدمات این سطح را تشکیل می‌دهند که در چهارچوب خدمات واحد پزشک خانواده، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک شکل می‌گیرد. سطح دوم خدمات: خدمات درمان تخصصی سرپایی یا بستری که

توسط واحدی در نظام سلامت ارائه می‌شوند. این دسته از خدمات در اختیار ارجاع شدگان از سطح اول قرار می‌گیرند و با ارائه بازخورد نتیجه از سطح دوم به پزشک خانواده یا ارجاع کننده، او را از نتیجه کارخوبی مطلع می‌سازند. سطح سوم خدمات: خدمات فوق تخصصی سرپایی یا بستری که توسط واحدی در نظام سلامت با اولویت در چهارچوب بیمه‌های پایه در اختیار ارجاع-شدگان از سطوح اول و دوم قرار می‌گیرند و بازخورد لازم را برای ارجاع کننده فراهم می‌سازند [۱]. نکته قابل تامل این است که حق مطلب در کدام یک از این سه سطح به خوبی و در راستای تامین سلامت کشور ادا شده است در این زمینه بررسی و انتقادات و نتایج علمی مقالات و تحقیق‌های دانشگاهی نشان می‌دهد که تلاش زیادی در جهت ارتقا طرح پزشک خانواده صورت گرفته است. لیکن نتایج مثبت این طرح در افزایش ارتقاء نظام سلامت کشور که از اهم وظایف این طرح می‌باشد منجر به افزایش رضایت مندی بیمه شدگان و مجریان در سطوح سه گانه خدمتی نشده است.

طرح پزشک خانواده به عنوان بزرگ‌ترین و اولین طرح بزرگ سلامت ملی در دهه ۸۰ در کشور ایران است که از جمله طرح‌های سلامتی و بهداشتی است که از طریق آن یک رابطه بین ارائه دهندگان مراقبت و بخش‌های درمان برقرار می‌شود.

اکثر مردم جهان بر این باورند که خدمات ارائه شده در سطوح بالای سیستم‌های بهداشتی چون از دایره ارتباطات بهتری برخوردار هستند از کیفیت بهتری نیز برخوردار است. کشورهایی که سیستم‌های ارجاع موفق دارند، اعتماد و اطمینان را نیز ایجاد کرده‌اند.

مقاله حاضر در جستجوی این است که بررسی نماید که چه میزان از مطالعات طرح پزشک خانواده به اهمیت ارتباطات به عنوان یک شاخص مهم در رفع مشکلات پرداخته شده و بدان توجه شده است؟

روش بررسی

این مطالعه کیفی برای شناخت چالش‌های طرح پزشک خانواده در ایران بصورت تطبیقی میان مطالعات انجام

scholar Google به همراه پایگاه داده ملی شامل SID, IRANDOC, ISC انجام شد.

منابع استخراج شده به زبان فارسی مربوط به سال‌های ۱۳۸۴ لغایت ۱۳۹۹ بودند و معیار ورود، تمامی مطالعاتی بودند که موضوع طرح پزشکی خانواده روستایی و نظام ارجاع را از ابعاد مورد نظر بررسی کرده باشند. معیار خروج نیز فقدان دسترسی به متن کامل منابع و همچنین نتایج ارزیابی صورت گرفته از سوی پژوهشگر از نظر ارتباط و کیفیت موضوع بررسی شده بود. در کل از مجموع ۲۳۰ منبع شناسایی شده، پژوهشگر پس از بررسی و ارزیابی چکیده و محتوای آنها و حذف ۸۱ مورد به دلایلی چون تکراری بودن، غیرمرتبط بودن و ۴۰ مقاله برای تجزیه و تحلیل مطالعات باقی ماند که در نهایت براساس اهداف پژوهش، اطلاعات جمع آوری شد و در قالب جدولی که از پیش به منظور تطبیق نتایج تهیه شده بود، قرار گرفت و نهایتاً مورد تجزیه و تحلیل نقادانه قرار گرفت.

متونی که در اینجا بررسی و به آنها پرداخته شده است، پایان نامه‌های دانشگاه‌ها و مراکز ستادی و صفی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه سلامت و خلاصه مقالات دانشگاهی همایش‌های بهداشتی و درمانی، مقالات منتشر شده و در دسترس داخلی که با کلید واژه‌های "نظام سلامت، طرح پزشکی خانواده، نظام ارجاع، پزشکی خانواده شهری، پزشکی خانواده روستایی" در دسترس بودند را تشکیل دادند.

این نگارش سعی دارد ضعف‌ها و شکاف‌های کارهای پژوهشی انجام شده را به قصد نمایش زوایایی که کمتر به آن توجه شده و بیشتر نیازمند دقت توجه و تحقیق است، برجسته کند.

یافته‌ها

از اولین پژوهش‌های علمی صورت گرفته بعد از اجرای طرح پزشکی خانواده در ایران (۱۳۸۴) لغایت پایان سال ۱۳۹۹، ۴۰ مقاله که در تیترو، چکیده و نتیجه‌گیری به یکی از مولفه‌های ارتباطی پرداخته شده بود به عنوان نمونه‌های مورد بررسی انتخاب شد. (جدول ۱)

شده و در دسترس در کشور انجام پذیرفت. این مطالعه، یک مطالعه مروری و کیفی است برای شناسایی میزان پرداخت مقالات حوزه طرح پزشکی خانواده به مولفه‌های ارتباطی به عنوان راهکارهای رفع چالشها و مشکلات طرح پزشکی خانواده. در این مطالعه بر مبنای کلید واژه‌های مد نظر محقق، مقالات شناسایی شده است. جامعه هدف این مطالعه تمامی مقالات با موضوع طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع روستایی بود. نمونه‌های انتخاب شده بر مبنای کلید واژه‌های مد نظر محقق شناسایی و جدا شدند. متن تمامی مقالات با دقت مورد مطالعه و بررسی محقق قرار گرفت. مولفه‌های ارتباطی به کار رفته در مقاله‌های استخراج شده بررسی و در جدول مربوطه دسته‌بندی شد. از بین موضوعات استخراج شده به تعداد مساوی در هر موضوع ۱۰ مقاله مورد تحلیل قرار گرفتند. در مجموع ۴۰ مقاله با ۴ عنوان اصلی شامل ۱- ارتقا شاخص‌های بهداشت و درمان ۲- آگاهی بخشی (اطلاع رسانی، آموزش و ...) ۳- رضایت سنجی ۴- امکانات نیروی انسانی استخراج و مورد تحلیل قرار گرفت.

انتخاب مقالات براساس این معیارها انجام شد:

- پرداختن به مولفه ارتباطی در بخش بحث و نتیجه‌گیری

- هر نوع مولفه ارتباطی که گویای مبادله اطلاعات بوده در لیست بررسی قرار گرفته است

- صرفاً مقالاتی که به طرح پزشکی خانواده روستایی و نظام ارجاع پرداخته مورد بررسی قرار گرفته است

جامعه پژوهش مجموعه‌ای از مکتوبات و مستندات مرتبط با موضوع بود. داده‌های مورد نیاز با روش متاترکیب از طریق جستجو پیشرفته واژگان کلیدی در بانک‌های اطلاعاتی انگلیسی و فارسی استخراج گردید.

جستجوی نظام‌مند براساس کلید واژه‌هایی مبتنی بر ۱-

طرح پزشکی خانواده ۲- ارتباطات در طرح پزشکی خانواده ۳- نظام ارجاع ۴- چالش‌ها و موانع طرح پزشکی خانواده ۵- مراقبت‌های بهداشت و درمان ۶- استراتژی‌های طرح پزشکی خانواده روستایی ۷- ارتباط موثر در نظام ارجاع خدمات از طریق پایگاه‌های

رضایت سنجی، ۲۳ درصد در خصوص ارتقا شاخص‌های بهداشتی و درمانی و ۸ درصد در حوزه آگاهی بخشی و اطلاع رسانی پرداخته شده بود.

بحث و نتیجه‌گیری

در بررسی شاخص‌های مربوط به مولفه‌های ارتباطی به تحلیل هر شاخص می‌پردازیم:

۱- ارتقاء شاخص‌های بهداشتی

۱-۱- در اولین مطالعه، پوران ریسی و همکارانش در ۱۹ منطقه روستایی از شهرستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد (استان خراسان رضوی)، نشان داده است که اجرای طرح پزشک خانواده تاثیر مثبتی بر هشت شاخص مرتبط با بهداشت مادران و کودکان به جز میزان مرگ و میر مادران و کودکان داشته است [۲]. در این مطالعه زیج‌های حیاتی مورد بررسی قرار گرفته است و نتیجه‌گیری شده که رشد زیج‌های حیاتی بیانگر تاثیر اجرای طرح پزشک خانواده می‌باشد. در بررسی این پژوهش و سایر پژوهش‌های از این دست با موضوع بررسی زیج‌های حیاتی به نظر می‌رسد گزارش رشد زیج‌های حیاتی، نوعی گزارش دهی کمی و برنامه ای مدون با شاخص‌های تعریف شده و یکسان برای تمامی شرح فعالیت‌های مراکز و خانه‌های بهداشت برای توانمندسازی می‌باشد که روند رشد را نشان می‌دهد لذا عوامل مداخله گر در رشد زیج‌های حیاتی که بسیار مهم و قابل تامل و نیازمند مطالعه دقیق می‌باشند مورد اشاره قرار نگرفته است این در حالی است توانمندسازی در سال ۱۹۸۶ توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان یک ابتکار اساسی برای پرداختن به نابرابری بهداشت جهانی پذیرفته شد و تاکنون رویکردها و استراتژیهای متعددی به منظور توانمندسازی افراد در جامعه اتخاذ شده اند که می‌توان آنها را در شش استراتژی کلی: ۱- اطلاع رسانی و آموزش ۲- وکالت ۳- پاسخگویی ۴- توانمندسازی مالی، از دو منظر افزایش و کنترل منابع مالی، ظرفیت سازمانی و محلی، مشارکت خلاصه نمود [۳]. مطابق گزارش سال ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت، پنج

همان‌گونه که در جدول بالا مشاهده گردید، در مجموع ۷۲ کد باز در ارتباط با عناوین مقالات مرتبط با کلید واژه طرح پزشک خانواده شناسایی گردیدند که در ادامه به دسته‌بندی کدهای مذکور و تدوین موضوعی خواهیم پرداخت. لازم به توضیح است که در این تحقیق، از کد ۷۲ به سمت تکرار پیش رفت. از اینرو در این مرحله به اشباع نظری رسیده و کدگذاری متوقف گردید.

بر اساس نتایج جدول بالا، از مجموع ۷۲ کد استخراج شده، کدهای ارتقاء شاخص‌های بهداشتی و درمانی، عدم آگاهی، رضایت سنجی، امکانات و توانمندسازی انسانی ارتباط مستقیمی با مولفه‌های ارتباطی داشتند. بدین منظور مقالات مرتبط با این کدها به دقت مورد مطالعه قرار گرفت. بعد از مطالعه این مقاله‌ها، مطالعه مجدد کلیه تیتراها انجام گرفت تا کلیه مقاله‌های مرتبط با مولفه‌های ارتباطی استخراج گردد. در این بررسی ۴۰ مقاله در ۴ دسته‌بندی ارتقاء شاخص‌های بهداشتی و درمانی، آگاهی، رضایت سنجی و امکانات و توانمندی انسانی قرار گرفت. (جدول ۲ و ۳)

در دسته‌بندی "ارتقا شاخص‌های بهداشتی و درمانی" کدهای: ۱- تاثیر طرح بر رشد مادر و کودک ۲- ارتقا زیج‌های حیاتی ۳- عملکرد بهورزان در زیر مجموعه قرار گرفت.

در دسته‌بندی "آگاهی" کدهای: ۱- آموزش ۲- توانمندسازی ۳- ترویج بیمه ۴- ظرفیت سازی، ۵- رفتار مناسب ۶- فرهنگ سازی بومی در زیر مجموعه قرار گرفت.

در دسته‌بندی رضایت سنجی کدهای: ۱- رضایت سنجی بهورزان، رضایت بیمه شدگان، رضایت پزشکان، رضایت سنجی مدیران در زیرمجموعه قرار گرفت.

در دسته‌بندی "امکانات و توانمندی نیروی انسانی" کدهای: ۱- توسعه انسانی ۲- کمبود امکانات ۳- کمبود نیروی انسانی ۴- کمبود پزشک ۵- سهولت خدمات ۶- مهارت‌های عملکردی، در زیر مجموعه قرار گرفت.

بر اساس بررسی صورت گرفته مطابق جدول شماره ۳، از مجموع ۴۰ مطالعه تحلیل شده، ۴۵ درصد مقالات در حوزه امکانات و نیروی انسانی، ۲۴ درصد در حوزه

مقطعی بودن این مطالعه، جهت ارزیابی دقیق تر طراحی و اجرای مطالعاتی با حذف عوامل مخدوش کننده ضروری به نظر می رسد.

۳-۱- در سومین مطالعه شفيعی و همکاران توسط دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام شده است مشابه مقالات بالا به بررسی ارتقای شاخص های بهداشت مادر و کودک بعد از طرح پزشک خانواده در شهرستان بیرجند پرداخته است [۸]. بررسی روند این شاخص ها از سال ۷۹ الی ۹۲ نشان داده که اجرای برنامه پزشک خانواده تأثیر مثبتی بر تمامی شاخص های مورد مطالعه در این پژوهش بجز درصد متولدین با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم داشته، تحلیل شاخص مشخص می کند ارتقاء اکثر شاخص های سلامتی با استقرار برنامه پزشک خانواده همزمانی دارد از جمله کاهش مرگ و میر مادران و کودکان، این مطالعه چنین نتیجه گیری کرده که بنظر می رسد این برنامه در ارتقاء شاخص های سلامتی موثر بوده است.

۴-۱- چهارمین مقاله حیدری جهت بررسی تاثیر اجرای برنامه پزشک خانواده روی برخی شاخص های بهداشتی جمعیت روستایی استان بوشهر توسط خانم عصمت حیدری درکنگره مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری در سال ۱۳۹۳ طرح شده است [۹]. یافته ها در این پژوهش نیز مشابه نتایج پژوهش های بالا نشان داده که طرح بر روی برخی شاخص های بهداشتی بر مرگ و میر کودکان تاثیر داشته است لیکن میزان باروری عمومی بعد از اجرای برنامه نسبت به قبل از اجرای برنامه افزایش یافته است. نتایج این مطالعات در حالی به تاثیر مثبت طرح پزشک خانواده پرداخته است که در سال های ۸۰ تا ۹۳ سیاست های دولت کاهش موالید بوده است. طرح پزشک خانواده نه تنها نتوانست تاثیر مثبتی بر روند این شاخص ها داشته باشد بلکه رشد شاخص های بهداشتی از فاکتورهای حمایتی دیگری نشأت گرفته است. پس از انقلاب اسلامی، نظام شبکه های بهداشتی - درمانی به عنوان قالب مناسب سازمانی، برای ارائه خدمات بهداشتی اولیه پذیرفته شد. تجربه راه اندازی شبکه های - بهداشتی درمانی تا آنجا

مشخصه عمده یک نظام مراقبت بهداشتی اولیه عبارتند از: اثربخشی و ایمنی، فردمحوری، جامعیت و تمامیت، استمرار و فراهمی نقطه ورود معین برای دسترسی به مراقبت های سطوح دوم و سوم است [۴]. این روش برای تمام کشور ایران شامل مناطق روستایی و مناطق شهری طراحی شد ولی عملاً تنها در روستاها به طور جامع اجرا شد (پوشش ۹۰ درصد) در شهرها به نتیجه نرسید [۵]. نتیجه امر، ارتقای چشمگیر شاخص های سلامتی در سال های بعد بود (جدول ۱) [۶]. بر این اساس صرفاً رشد شاخص های زیج حیاتی نمی تواند مساوی با تاثیر گذاری اجرای طرح پزشک خانواده در مطالعات علمی و تحقیقاتی معنی گردد. لیکن به عنوان گزارش های ثبت شده آماری می توان روند رشد در اجرای طرح را از طریق آن بررسی نمود، نقاط قوت و طرح را استخراج نموده و جهت برقراری ارتباط موثر با سیاست گذاران اجرایی و کلان از آن بهره برداری نمود.

۲-۱- در دومین مطالعه مشابه منصوریان و همکاران در همین موضوع ارتقای شاخص های بهداشتی (زیج حیاتی) در استان قزوین در سال های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷ جهت بررسی تاثیر زیج حیاتی انجام گرفته است. در این مطالعه ۸۶۴ زیج حیاتی ۱۰۸ روستای استان قزوین مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج نشان داده که در سال های بعد از اجرای پزشک خانواده در استان قزوین نسبت به قبل از آن درصد جمعیت زیر ۵ سال، درصد جمعیت زنان ۴۹-۱۵ ساله، میزان موالید خام و شاخص های تنظیم خانواده (میزان استفاده از آی یو دی، میزان بستن لوله در زنان و مردان و استفاده از کاندوم و استفاده از آمپول های پیشگیری) سیر صعودی داشته است [۷]. هم چنین درصد کودکان کم وزن و درصد مرده زایی نیز افزایش یافته است. این در حالی است که شاخص های مرگ مادر باردار، مرگ زیر یک ماه، و یک سال و درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده در منزل سیر نزولی داشته است. در این مقاله چنین نتیجه گیری شده که طرح پزشک خانواده در بهبود برخی از شاخص های سلامت نقش مثبت داشته است اما با توجه به

که به ارائه خدمات در مناطق روستایی مربوط می‌شد، بسیار موفق و تحسین برانگیز بود. برنامه‌های تنظیم خانواده در ایران برنامه دیگری بود که درافزایش تعداد خانه های بهداشت و کارایی چشمگیر بهورزان، نقش عمده‌ای در عدالت اجتماعی و پوشش خدمات بهداشتی روستائیان و بهبود شاخص‌های بهداشتی داشت. در صورتی که پوششها و کیفیت خدمات بهداشتی در مناطق شهری به ویژه حاشیه شهرهای بزرگ به علت ناکافی بودن دسترسی با کمبودهای فراوانی روبرو بود. از جمله این کمبودها می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: در سال ۱۳۷۰ تنها ۵۰٪ جمعیت شهری به سهولت به خدمات بهداشتی درمانی دسترسی داشتند؛ برای رفع این مشکل ۴۴۸ پایگاه در نقاط شهری تأسیس شد. با توجه به این که شبکه بهداشت جایگاه مناسبی برای آموزش و تربیت نیروی انسانی پزشکی و پیراپزشکی بود، تنها به دلیل فعال نبودن این خدمات در شهر چین مقصودی حاصل نشد. به دلیل رشد سریع جمعیت و شهرنشینی، تراکم جمعیت در حاشیه بیش از مراکز شهری وجود داشت، به گونه ای که گسترش نظام بهداشتی درمانی پاسخگوی نیاز جمعیت حاشیه شهرها نبود. بر همین اساس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۰ برای اولین بار طرحی را با عنوان "رابطان بهداشت" در حاشیه شهر تهران مورد آزمایش قرار داد تا به وسیله آن، نقاط ضعف مطرح شده را بپوشاند.

۵-۱- در پنجمین مقاله سپهردوست که در فصلنامه پایش، اثر شاخص توسعه انسانی (HDI) بر مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در ایران کار شده است، جامع ترین تحقیقی است که بر روی ۱۱ شاخص (میزان مرگ خام، میزان موالید خام، میزان مرگ کودکان زیر یک سال، میزان مرگ کودکان زیر پنج سال، میزان مرگ نوزادان، میزان مرگ مادران ۴۹-۱۵ سال، درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده، درصد مرده زایی با استفاده از اطلاعات موجود در زیج حیاتی سال‌های ۸۱ تا ۸۵) محاسبه شده است [۱۰]. و نتایج چنین اعلام شده است که اجرای طرح پزشک خانواده تاثیر مثبتی

بر افزایش شاخص‌های بهداشتی داشته است. این در حالی است که نقش عوامل مداخله گر در این مطالعه نیز در هیچ یک از پژوهش‌های انجام شده در نظر گرفته نشده است. در عین حال نقطه مثبت این مطالعه نگاه جامع به طرح می‌باشد.

سطح تحصیلات والدین، سابقه سقط و فوت کودک سطح پایگاه اقتصادی-اجتماعی خانواده ها، سن مادر به هنگام تولد کودک و سطح درآمد خانوار، مهاجرت و رتبه تولد، از عوامل موثر بر مرگ و میر کودکان زیر یک سال تعیین شده است. در هیچ کدام از مطالعات در حوزه افزایش و بهبود شاخص‌های بهداشتی به موارد ذکر شده در سطر بالا پرداخته نشده است. همچنین عوامل مداخله گر افزایش توان مادی خانوارها که نمایانگر ارتقای شرایط اقتصادی و رفاهی آنها می‌باشد از عوامل مهم کاهش میزان مرگ و میر کودکان است. بررسی عوامل اقتصادی-اجتماعی موثر بر آن کمک می‌کند تا ضمن تعیین وضعیت موجود نتایج آن جهت برنامه ریزی بهتر در اختیار سیاست گذاران حوزه سلامت قرار گیرد [۱۱].

۶-۱- ششمین بررسی، در استان خراسان رضوی نیز انجام شده است اطلاعات مربوط به مناطق روستایی ۱۹ شهرستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد بودند که از دفاتر مرکز بهداشت استان با مراجعه حضوری پژوهشگر استخراج شده است. یافته‌های این پژوهش نشان داد اجرای طرح پزشک خانواده هیچگونه تاثیر معنی داری بر بهبود شاخص‌های بهداشت مادر و کودک نداشته است. لیکن بررسی روند این شاخص ها از سال ۸۰ الی ۸۶ نشان داد اجرای برنامه پزشک خانواده تاثیر مثبتی بر تمامی شاخص‌های مورد مطالعه به جز میزان مرگ و میر مادران داشته است [۱۲].

۷-۱- در بررسی مطالعات هفتم لغایت دهم در استان‌های خراسان شمالی در سال ۱۳۹۵ [۱۳]
۸-۱- فارس مطالعه طولی در سال ۱۳۹۱ [۱۴]
۹-۱- آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۰ [۱۵]
۱۰-۱- در اصفهان در سال ۱۳۹۳ گزارش شده است که نتایج همگی این تحقیقات رشد شاخصها و تاثیر

اجرای طرح پزشک خانواده را مطرح نموده است [۱۶]. در این سه بررسی اخیر به مولفه‌های ارتباطی بسیاراندک اشاره شده است و صرفاً می‌توان استنباط کرد که رشد شاخصها منجر به توسعه ارتباط نیز می‌شود. وگرنه به هیچ مولفه ارتباطی و ابزار ارتباطی مستقیم اشاره نشده است.

۲- عدم آگاهی

۲-۱- اولین مطالعه بررسی شده نجیمی و همکاران در موضوع عدم آگاهی از طرح پزشک خانواده مربوط به پژوهش سال از بررسی آگاهی و رضایتمندی مردم از طرح پزشک خانواده روستایی در اصفهان گزارش شده است [۱۷]. این تیم در این مطالعه مقطعی ۱۲۰۰ نفر از افراد تحت پوشش برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی شهر اصفهان مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه توصیفی گزارش شد که میزان آگاهی و نگرش افراد مورد مطالعه در سطح متوسط بوده است و با توجه به نقش مهم کارکنان بهداشتی در انتقال اطلاعات توصیه شده است اجرای برنامه‌های آموزشی توسط کارکنان بهداشتی سبب افزایش آگاهی و نگرش افراد تحت پوشش و در نهایت اثربخشی برنامه پزشک خانواده می‌گردد.

۲-۲- مطالعه دوم، توسط دکتر حسن اشرفیان امیری و همکاران جهت ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در طرح پزشک خانواده و نظام شبکه دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام گرفت [۱۸]. حسن اشرفیان امیری و همکاران در این مطالعه موردی که به صورت مقطعی در زمستان ۸۷ انجام داد ۵۲٪ مرکز از کل مراکز مجری طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران، در ۵ شهرستان شهریار، رباط کریم، کرج، ساوجبلاغ و نظرآباد را به صورت تصادفی سیستماتیک به عنوان خوشه‌های پژوهش انتخاب کرد و در هرکدام ۷ تا ۱۰ بیماری که با ارجاع پزشک خانواده به سطح ۲ مراجعه و خدمات مورد نیاز رادریافت داشتند، بررسی نمود. این مطالعه علت اصلی عدم بازگشت بیمه شدگان به سطح یک را عدم آگاهی ذکر نمودند. حسن اشرفیان امیر و همکاران

از این مطالعه چنین نتیجه‌گیری کردند که عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در محدوده زمانی سال‌های ۸۸-۸۷ در حد انتظار نبوده و نیاز به ارتقاء دارد.

۲-۳- مطالعه سوم بررسی تجربه پزشکان خانواده روستایی درباره ارجاع بیماران و راه‌های بهبود آن در شهرستان ساری در سال ۱۳۹۱ می‌باشد که توسط صمد روحانی و محمد باقر انجام شد [۱۹]. در این تحقیق مهم‌ترین مشکلات از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان در چهار تیم شامل نقش ارائه‌کنندگان خدمات سطوح بالاتر، نقش بیماران، نقش پزشکان خانواده و نقش سازمان‌های مجری و سازمان‌های نظارت‌کننده دسته‌بندی شده است. نتایج این مطالعه این نقشها را با موضوعات فرعی شامل عدم ارائه پس‌خوراند، ارجاع معکوس، عدم آگاهی بیماران از دستورالعمل، عدم اعتماد بیماران به توانمندی پزشکان خانواده، مشکل مقاومت در مقابل درخواست بیماران، فشار سایر ذینفعان و ضمانت اجرایی دستورالعمل مرتبط دانسته است.

۲-۴- مطالعه چهارم در حوزه عدم آگاهی مردم، پژوهش حسینی می‌باشد که از طریق مصاحبه نیمه ساختارمند با ۳۰ نفر نشان داد که مردم از آگاهی مناسبی نسبت به طرح پزشک خانواده برخوردار نیستند و دستیابی به این آگاهی نیازمند آموزش متناسب با فرهنگ بومی می‌باشد [۲۰]. نکته قوت این مطالعه، تاکید مطالعه بر آموزش به عنوان یک مولفه ارتباطی می‌باشد.

۲-۵- در پنجمین مطالعه بررسی شده که توسلی وعلیدوستی در شهرستان شهر کرد با موضوع آگاهی و نگرش روستاییان شهرستان شهر کرد نسبت به طرح پزشک خانواده انجام داده است به این نتیجه دست یافته است که آگاهی روستاییان این شهرستان نسبت به طرح پزشک خانواده ضعیف است [۲۱]. در نتایج مطالعه وی آمده است که در ارتباط با درک و آگاهی پزشکان و مردم نسبت به طرح پزشک خانواده مطالعات اندکی انجام شده است.

۲-۶- ششمین مطالعه بررسی شده در محور عدم آگاهی توسط راضیه وزیری در سال ۱۳۹۵ در شهر اردکان استان فارس انجام شد [۲۲]. که نتایج این مطالعه نیز نشان از ضعیف بودن آگاهی مردم از طرح پزشک خانواده در سال ۹۵ در اردکان دارد و مطالعه توصیه کرده است که با توجه به اجرای این طرح در استان فارس به منظور رضایتمندی بیشتر مردم از نحوه ارائه خدمات، آگاه سازی مردم نسبت به برنامه پزشک خانواده ضروری می باشد.

۲-۷- مطالعه هفتم بررسی تحقیق ریاحی، حریری و نوشین فرد در سال ۱۳۹۴ می باشد که نشان داد آگاهی و اطلاعات بهداشتی و سلامتی مهاجران خارجی در ایران، در سطح پایینی قرار دارد [۲۳]. شناخت و تامین نیازهای اطلاعاتی بهداشتی، از میان برداشتن موانع پیش روی آنها و ایجاد بستر مناسب برای ارتقای سواد سلامت توسط مسئولان و سیاستگذاران سلامت می تواند راهگشا باشد.

۲-۸- مطالعه هشتم با محور عدم آگاهی، مربوط به پژوهش سمیه صدیقی، میلاد امینی و ابوالقاسم پوررضا است [۲۴] که نتیجه کلی این پژوهش عدم آگاهی خدمت گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت در طرح پزشک خانواده را مهم ترین عامل تاثیرگذار بر علل کناره گیری پزشکان از طرح پزشک خانواده روستایی در سال ۱۳۹۱ اعلام می کند. در این مطالعه که صرافعت یابی شده است در نتیجه گیری توصیه شده برنامه ریزی آموزشی مستمر در تمام سطوح جهت ارتقای آگاهی، نگرش و فرهنگ صحیح بهره مندی از خدمات پزشک خانواده لازم است تا مجری، خریدار خدمت و ارائه دهندگان در زمینه اطلاع رسانی بیشتر و آگاهی بخشی عمومی به روستائیان همکاری نمایند

۲-۹- مطالعه نهم بررسی مقاله آقای علی جنتی و همکاران در دانشگاه تبریز می باشد که در سال ۱۳۸۸ انجام گرفته است [۲۵]. بر خلاف سایر مطالعات در این مطالعه اعلام شده است ۹۷ درصد مردم از طرح پزشک خانواده مطلع هستند و نقاط ضعف طرح را عدم انگیزه متخصصان اعلام کرده است و سایر شرایط نیز مراجعه

روستائیان به خانه های بهداشت تشکیل پرونده را مثبت ارزیابی نموده است.

۲-۱۰- مطالعه دهم در حوزه آگاهی در طرح پزشک خانواده مربوط به پژوهش سال ۹۹ توسط خانم فروزان عبداللهی پور می باشد و در پژوهشی به همراه همکارانش سواد بیمه شدگان در استان ایلام را سنجش نموده است و کمبود سواد سلامت بیمه شدگان و به موضوع عدم آگاهی بیمه شدگان ایلامی درخصوص دستورالعملها و اصطلاحات بیمه ای و قوانین بیمه ای پرداخته و به مقوله ضرورت توانمندسازی بیمه شدگان توسط سازمان های بیمه گر اشاره نموده است [۲۶]. نقطه قوت این مقاله در این است که به مولفه ارتباطی به عنوان متغیر مستقل نگاه نموده و سواد بیمه ای را متغیری وابسته در نظر گرفته است که به مولفه های ارتباطی وابسته است.

۳- کمبود امکانات و توانمندسازی نیروی انسانی

۳-۱- در اولین مطالعه فرانک فرزندی و همکارانش درخصوص تعداد پزشک عمومی در کشور و امکان اجرای طرح پزشک خانواده از بعد نیروی انسانی انجام گرفت. در این مطالعه تعداد مورد نیاز طرح پزشک خانواده در کل جمعیت کشور به پزشک را ۳۲۷۶۹ نفر اعلام کرده و نتیجه گیری نموده که بر این اساس ادامه اجرای این طرح تا پوشش کامل جمعیت کشور با کمبود حدود ۴۵۹۳ نفر پزشک روبرو است و در مرحله اول اجرای طرح در زمان کفایت تعداد پزشک عمومی، جذب پزشک مورد نیاز طرح ممکن نشده است [۲۷]. نکته حایز اهمیت این مطالعه توجه به ظرفیت نیروی انسانی در سیاست گذاری های کلان و خرد برای توسعه طرح پزشک خانواده روستایی است. این بررسی ضمن تاکید بر اهمیت ظرفیت سازی در طرح پزشک خانواده به نظریه توانمندسازی نیز اشاره دارد، این نظریه مربوط به تئوری پائولوفریر است که طی آن محرومان می توانند با ساختارهای قدرت درگیر شده و کنترل زندگی شان را به دست گیرند، می توان طرح پزشک خانواده را با ایجاد ظرفیت سازی های لازم در بخش

خصوصی به اصول توانمندسازی (آموزش، تسهیل‌گری، حمایت، آشکارسازی و آزادسازی) نزدیک نمود.

۲-۳- در بررسی دومین مطالعه در حوزه امکانات و تجهیزات بر مبنای تحقیقی با همکاری مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، در این پژوهش کاربردی ۱۹ مرکز که طرح پزشک خانواده در آنها اجرا شده بود به روش سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند. در این مطالعه، یافته‌ها نشان داد بین امکانات رفاهی مراکز و فاصله آنها تا مرکز شهرستان تفاوت معناداری مشاهده گردید [۲۸]. مراکز بهداشتی که به مرکز شهرستان نزدیک تر بوده اند از یک طرف به علت بیشتر بودن ارتباطات برقرار شده بیشتر از مراکز دوردست توانسته اند انتظارات، نیازها و مشکلات را انتقال دهند و از طرف دیگر به علت در دسترس بودن، در میدان ارتباطات بیشتری واقع شده اند. چنانچه نتایج مطالعه در شاهرود اعلام نموده است این موضوع بر مولفه‌های پزشک خانواده از جمله ملزومات و تجهیزات اداری و پزشکی، ارجاع بیماران، ارایه پس‌خوراند ارجاع از سطح دو، تکمیل پرونده سلامت جمعیت تحت پوشش و جامعه، تاثیر گذاشته و منجر به این شده است که عملکرد در زمینه‌های ذکر شده در حدانتظار نباشد. بورديو در تعریفی که از سرمایه اجتماعی ارائه می‌دهد می‌گوید: "سرمایه اجتماعی حاصل جمع منابع بالقوه و بالفعل فراهم شده برای فرد یا گروه است. این منابع برآمده از مالکیت شبکه‌ی با دوامی از روابط کم و بیش نهادینه شده‌ای است که از فهم متقابل و سوابق مشترک بین افراد حاصل می‌شود [۲۹]."

۳-۳- در سومین بررسی، دکتر شاهرخ ریسیان و همکارانش در مطالعه ۱۵ تیم مراقبت سلامت در شش شهرستان پایلوت برنامه پزشک خانواده و سطوح ارجاع، دستورالعمل‌های کشوری را مطالعه نموده و شکاف موجود را شناسایی نمود [۳۰].

۴-۳- در چهارمین مطالعه دکتر عزت‌الله گل‌علیزاده و همکارانش بر روی چالش‌های سطح ۲ نظام ارجاع هر چند که افزایش پاسخگویی و افزایش دسترسی مردم به

خدمات سلامت و کاهش هزینه‌های غیرضروری در بازار سلامت از جمله اهداف طرح پزشک خانواده می‌باشد ولی شواهد حاکی از این است که مهم‌ترین نقاط ضعف طرح، ناقص بودن نظام ارجاع و عدم ارایه بازخورد مناسب توسط پزشک متخصص به پزشک خانواده، عدم پیش‌بینی واقع‌بینانه امکانات و حجم بالای وظایف محوله می‌باشد [۳۱].

۵-۳- مطالعه پنجم حاتمی و همکاران در حوزه کمبود نیروی انسانی بررسی وضعیت ده‌گردشی پزشک خانواده و عوامل موثر بر آن در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده در استان همدان [۳۲]. در این مطالعه ۷۶ درصد ده‌گردشی در این سال در همدان نامطلوب گزارش شد و مهم‌ترین علت عدم انجام ده‌گردشی عدم وجود به موقع وسیله نقلیه بوده است. اعلام شد بین وضعیت استخدام ماما، تعداد خانه‌های بهداشت تحت پوشش، نوع جاده روستایی، وضعیت وسیله نقلیه از نظر دولتی و خصوصی بودن، تعداد نوع خودرو، تعداد بازدید واحد‌های ستادی مرکز بهداشت شهرستان و ده‌گردشی رابطه معناداری وجود دارد. خلعی که در این مطالعه وجود دارد این است که به ارتباط و تاثیر دوری و نزدیکی خانه‌های بهداشت به عنوان یک مولفه ارتباطی در جذب امکانات می‌توانسته نگاه داشته باشد.

۶-۳- مطالعه ششم توسط نجیبه حسن‌پور و هدی محسنیان بر روی تاثیر نقش دستیار در ارتقا ارائه خدمات در تیم سلامت برنامه پزشک خانواده در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۴ می‌باشد. نقطه قوت این مطالعه توجه به مولفه ارتباطی مهارت‌ها و ابزار همدلی می‌باشد [۳۳].

۷-۳- مطالعه هفتم "دستاوردها و چالش‌های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران: دیدگاه مدیران و مجریان" نوشته سیدداوود نصرالله‌پور شیروان، عدم پرداخت به موقع به پزشکان (۱۹۸ نفر) و تأمین منابع پایدار جهت پرداخت‌های به موقع (۱۱۹ نفر) بود بین میانگین دستاوردها، چالش‌ها و راهکارهای عنوان شده و بعضی از متغیرهای فردی و اجتماعی رابطه معنی‌دار وجود داشت [۳۴].

۳-۸- در هشتمین بررسی، سال ۹۵ نیز پژوهشی در منطقه ۲ کشور تحت عنوان بررسی رضایت مندی بیمه شدگان روستائی تحت پوشش سازمان بیمه سلامت در سطح یک طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده انجام پذیرفت. این پژوهش وضعیت رضایت و مطلوبیت پزشک خانواده را حکایت می‌کند رضایت از پزشک، ماما، داروخانه، تصویربرداری و ... می‌باشد [۳۵].

۳-۹- مطالعه نهم توسط جباری بیرامی در سال‌های ۸۱ تا ۸۷ در استان آذربایجان شرقی نشان می‌دهد که بعد از اجرای طرح پزشک خانواده، تعداد اعضای اصلی تیم سلامت (پزشک و ماما) دو برابر افزایش پیدا کرده است و انتظار می‌رود که با ارتقای کمی و کیفی خدمات بهداشت خانواده، تغییرات محسوسی در میزان سقط، استفاده از روش‌های مدرن، تغییر روش پیشگیری، تداوم مدت زمان پوشش، کفایت تعداد وسیله یا کنترل، معاینات ادواری و نمونه برداری پاپ اسمیر در سیستم حاصل گردد [۳۶].

۳-۱۰- در دهمین مطالعه، مجتبی مهتر و همکارانش کمبود نیروی انسانی و توزیع ناعادلانه، فرسودگی و کمبود فضاهای فیزیکی، پسخوراند ضعیف متخصصین، رهبری ضعیف تیم سلامت توسط پزشک و نادیده گرفتن امورات بهداشتی، امکانات رفاهی ضعیف، ماندگاری پایین، وسعت بالای استان و پراکندگی جمعیت، درصد بالای خانوارهای آسیب پذیر، تخصص گرایی و تغییر رفتارهای مردم مانند مراجعه خانوادگی و تعدد بیمه‌ها را از مهم‌ترین چالش‌ها اعلام نمودند [۳۷]. نگاه مثبت این مقاله به نحوه ارتباط بین توانمندسازی کارکنان و برقراری ارتباط موثر مشهود می‌باشد.

۴- رضایت سنجی

۴-۱- در اولین بررسی، تحقیق حسن اشرفیان امیری و ۷ تن از همکارانش (نیمه اول سال ۱۳۹۱) در محدوده شمال کشور رضایت‌مندی اعضای تیم سلامت از عملکرد پزشکان خانواده در سطح متوسط به بالا گزارش کرده است [۳۸]. که نه تنها نتایج در برخی از مناطق روستایی که طرح در آن به صورت پایلوت اجرا

شده است مثبت بوده بلکه تحلیل آماری قبل و بعد از اجرای نظام ارجاع (طرح پزشک خانواده را نیز گویا می‌باشد). اگر چه در این مطالعه از نظر شاخص‌های اندازه گیری شده محدود بوده ولی تعداد آزمودنی‌ها در این مقیاس چشمگیر بود. نتیجه این مطالعه در حالی است که مطالعات متعددی در برهه زمانی ۸۹ لغایت ۹۱ حکایت از عدم اجرای صحیح طرح پزشک خانواده در نظام سلامت ایران دارد.

۲-۴- در مطالعه دوم توسط فرزانه مفتون، فرانک فرزندی، علی منتظری و افسون آیین پرست با موضوع وضعیت اجرای طرح "نظام ارجاع و پزشک خانواده" از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شد [۳۹]. در این مطالعه یافته‌ها نشان داد که به حدود ۶۲ درصد پزشکان و ۷۲ درصد از ماماها مورد مطالعه، قرارداد یا حکم حقوقی تحویل داده شده بود. حدود ۱۵ درصد پزشکان و ماماها ارائه دهنده خدمات هیچ‌گونه آموزشی نداشته اند و سایرین نیز غالباً در ضمن خدمت آموزش‌هایی در این زمینه داشتند. کمتر از ۶۰ درصد پزشکان و ۴۱ درصد از ماماها مورد مطالعه برنامه مکتوب را در اختیار داشتند. در این پژوهش نتیجه‌گیری شد که ارائه مداخلات و اجرای آن در زمینه بهبود شرایط عقد قرارداد با ارائه‌دهندگان خدمات و نیز ارتقای آموزشی آنان از ضروریات تداوم برنامه پزشک خانواده است.

۳-۴- در مطالعه سوم، همین تیم به بررسی رضایت مندی ماماها طرح پزشک خانواده پرداخته شده است. این مطالعه از نوع مقطعی بوده و در کل کشور انجام شده است. ۱۷۷۲ ماما و وضعیت رضایت آنان از ابعاد مختلف طرح مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داده اکثر ماماها متاهل بوده و غالباً در مراکز روستایی، ارائه خدمت می‌کردند. از میان افراد مورد مطالعه ۲۵٫۲ درصد دارای وضعیت بیتوته بودند. در موارد مربوط به مفاد قرارداد یا احکام، فراوانی «مجموع رضایت‌مندی بسیار زیاد و زیاد»، زیر ۲۰ درصد و کمترین رضایت‌مندی مربوط به میزان دریافتی و درآمد بود. در زمینه شرایط و امکانات طرح فراوانی «مجموع

۷-۴- مطالعه هفتم در خصوص میزان رضایت پزشکان خانواده شهرستان مشهد از برنامه پزشک خانواده بررسی شد [۴۳]. که در این مطالعه نحوه مراقبت‌های بهداشتی درمانی دانش‌آموزان مقطع ابتدائی پس از استقرار برنامه پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی مراکز بهداشت شماره یک، دو و سه بهداشت شهرستان مشهد در فاصله سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹ سنجیده شده است. یافته‌ها نشان داده که شاخص‌های مراقبت‌های بهداشتی درمانی دانش‌آموزان مورد مطالعه پس از استقرار برنامه پزشک خانواده چندان بهبود نیافته است. لذا مدیریت مراکز بهداشت شماره یک، دو و سه شهرستان مشهد برای دستیابی به یک پوشش مطلوب در شاخص‌های مراقبت‌های بهداشتی درمانی دانش‌آموزان و ارتقاء سلامت آنان باید توجه ویژه‌ای به بهبود مدیریت ارائه خدمات در سطوح برنامه‌ریزی، سازماندهی، پایش و ارزشیابی، هدایت و رهبری، هماهنگی‌های درون‌بخشی و برون‌بخشی، تصمیم‌گیری، خلاقیت و نوآوری و هم‌چنین جلب مشارکت جامعه بنمایند.

۸-۴- در مطالعه هشتم بررسی شده در خصوص میزان رضایت‌مندی تیم سلامت پزشک خانواده از "برنامه پزشک خانواده" شهرستان رشت در سال می‌باشد. که نتایج بین رضایت کلی پزشکان خانواده با (جنس، وضعیت تاهل، سابقه خدمت در طرح پزشک خانواده، تعداد جمع تحت پوشش آنان ارتباط معنی‌داری وجود ندارد)؛ از ۷ حیطه (محیط کار، رفاه شغلی، رضایت شغلی، عوامل ساختاری، مدیریتی، نظارتی) بالاترین رضایت مربوط به عوامل نظارتی و کمترین رضایت مربوط به حیطه رفاه شغلی ساعات کار، حقوق و دستمزد بود. یافته‌ها نشان می‌دهد که سیستم‌های مراقبت بهداشتی ممکن است بتوانند نرخ تکمیل ارجاع را با بهبود برنامه‌های آموزشی نظیر ارائه خدمات در ساعات اداری، دستورالعمل‌ها و روابط با کارکنان دفتر تخصصی بهبود بخشند.

۹-۴- مطالعه نهم در حوزه رضایت‌سنجی برنامه پزشک خانواده در شهرستان سبزوار در سال ۹۱ می‌باشد

رضایت‌مندی بسیار زیاد و زیاد» بین ۱۶,۰ تا ۲۷,۶ درصد و کمترین آنها مربوط به بازخورد متخصصان در رابطه با بیماران ارجاعی بود. در زمینه موضوعات مربوط به بیتوته مجموع رضایت بسیار زیاد و زیاد از حدود ۴,۰ درصد تا ۴۴,۲ درصد متغیر بود.

۴-۴- در مطالعه چهارم در حوزه نارضایتی از طرح پزشک خانواده به منظور تعیین میزان رضایت پزشکان خانواده، کلیه پزشکان خانواده استان همدان در سال ۱۳۸۹ مورد بررسی قرار گرفتند [۴۰]. در مطالعه حاضر، سطح رضایت پایین پزشکان نه تنها باعث آسیب به اجرای طرح می‌شود، بلکه باعث کاهش سطح سلامت و بهداشت جامعه نیز خواهد شد. مطالعه صورت گرفته توصیفی بوده و به مسوولان محترم پیش از انتشار طرح به جمعیت‌های شهری در جهت رفع علل نارضایتی توصیه نموده است.

۵-۴- در پژوهش پنجم دیگر به ارزیابی میزان رضایت شغلی بهروزان خانه‌های بهداشت شهرستان کاشان پرداخته که رضایت آنها را از هفت جنبه: (جنبه‌های محیط فیزیکی، اجتماعی، روانی، ساختار سازمانی، آموزشی، مدیریت یا سرپرستی و جنبه های رفاهی شغل) مورد سنجش قرار می‌داد [۴۱]. مک گوایر و پرستلی نیز در تایید نتایج این مطالعه می‌گویند: مهارت‌های ارتباطی - اجتماعی به رفتارهایی گفته می‌شود که شالوده ارتباط‌های موفق و رو در رو را تشکیل می‌دهند. سازمان‌های امروزی نیاز به ارتباطات مناسب با مردم را درک کرده اند؛ ولی آنچه هنوز باقی مانده است، عدم درک و آگاهی نسبت به چگونگی و چستی ارتباطات و همچنین نقشی است که ارتباطات در درون یک سازمان ایفا می‌کند.

۶-۴- مطالعه ششم در حوزه رضایت سنجی، رضایت شغلی پزشکان عمومی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و عوامل موثر بر آن بود که صرفاً مطالعه‌ای توصیفی بود. در این مطالعه نتایج حاصل از این مطالعه نشان‌دهنده وجود رابطه مثبت و معنادار بین مسوولیت‌پذیری و رضایت شغلی و هم‌چنین داشتن همبستگی گروهی بیشتر با رضایت‌مندی بالاتر می‌باشد [۴۲].

آن پرداخته نشده است. مولفه‌های ارتباطی که پژوهش‌های در مطالعات بررسی شده‌اند صرفاً به مهارت‌های ارتباط اکتفا نموده‌اند. حال آنکه می‌تواند مولفه ارتباطی متغیر مستقب جهت رفع چالش‌های طرح نظیر افزایش سواد، توسعه طرح باشد. مقالات در بخش توصیف آمار رشد شاخص‌های بهداشت و درمان، توصیف کمبودهای توانمندسازی انسانی و امکانات، توصیف نارضاقتیها و انتظارات، عدم آگاهی، حوزه ای بود که به نقش مولفه‌های ارتباطی پرداخته بود ولی نه به عنوان یک متغیر مستقل و اثربخش در سایر متغیرها. در هر ۴ حوزه ای که به مولفه‌های ارتباطی به نوعی پرداخته بود نیاز است به مولفه‌های ارتباطی به عنوان یک متغیر مستقل اثر بخش در حوزه‌های متعدد نظیر سواد سلامت، سیاست‌گذاری کلان، توسعه نگرسته شود و مطالعاتی در این حوزه ها انجام شود. این مقاله مروری نشان می‌دهد که ضعف‌های مشابه‌ای در مطالعات دهه‌های ۹۰-۸۰-۷۰ و چند سال اخیر به چشم می‌خورد. تقریباً در اکثر موارد یا آزمودنی‌ها تغییر کرده‌اند یا تعداد، ولی متغیرها با همان اشتباهات قبلی تکرار شده‌اند. به هر حال، تدوین نرم‌های بومی پیشرفت و عدم پیشرفت و سنجش و بررسی استانداردهای بومی اولین قدم در یکسان سازی اجرای موفقیت آمیز طرح پزشک خانواده در نظام سلامت می‌باشد.

پیشنهادات

"دفتر تحقیقاتی" می‌تواند عوامل کلیدی پژوهش در سطح نیروهای مختلف نظام سلامت باشند. افزایش دانش نیروهای پژوهشی در این مراکز از اتلاف زمان، نیرو، بودجه و سرگردان بودن تحقیقات موردی جلوگیری می‌نماید. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود بانک اطلاعات از کلیه پژوهش‌های (گذشته، جاری و در حال تصویب) که به هر نحوی به نظام ارجاع و طرح پزشک خانواده مربوط می‌شود تشکیل شود و به سادگی در دسترس محققین قرار گیرد. همچنین نقشه راه تدوین شود و همایش‌ها سمینارها، چاپ مجلات،

که نتایج گویای موفق بودن طرح و رضایت از برنامه توسط مردم را دارد [۴۴]. علل کناره‌گیری پزشکان از طرح پزشک خانواده روستائی در سال ۱۳۹۱، مولفه "مشکلات محیطی، رفاهی و آموزشی"، مولفه "مشکلات سیستمی" مشکلات اقتصادی بیشترین و کمترین عامل موثر در کناره گیری، عنوان شده است. طبق نظریه نفوذ اجتماعی، عواطف یا باورها یا رفتارهای شخص متأثر از دیگران است. انطباق، جامعه‌پذیری، فشار همسالان، اطاعت، رهبری، اقتناع، فروش، بازاریابی. مولفه‌هایی هستند که نفوذ اجتماعی را ایجاد می‌کنند.

۱۰-۴- مطالعه دهم بررسی پژوهش آرزو فلاحی و همکاران در موضوع بررسی میزان رضایت مراجعین از پزشکان خانواده مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان جیرفت است که در سال ۱۳۹۲ انجام شده است. نتایج این مطالعه نیز توصیفی است و گویای رضایت مندی افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی است و بیتوته پزشکان خانواده بر شرح رضایت مندی سنجیده شده است که اعلام شده تاثیرگذار است [۴۵]. همان‌طور که بررسی نتایج مربوط به رضایت مندی ماماها نشان می‌داد، رضایت در اغلب محورها بالا نیست. مشابه مطالعه حاضر، در سایر مطالعات در زمینه رضایت مندی ماماها نیز این امر تایید شده است که این امر در ماندگاری و ثبات نیروی انسانی نقش بسزایی داشته است. خلعی که در این مطالعه وجود دارد این است که به ارتباطات به عنوان ابزار رضایت سنجی می‌توانسته اشاره نماید. ابزار ارتباطی مانند تلفن گویا می‌تواند در رضایت مندی موثر عمل نماید.

مرور نقادانه ۴۰ مطالعه پژوهشی از بین ۲۳۰ مطالعه با عنوان طرح پزشک خانواده از سال‌های ۱۳۸۴ لغایت ۱۳۹۹ بیانگر آن است که غالب مطالعات، به نقش و اهمیت مولفه‌های ارتباطی به عنوان یکی از عوامل اصلی در رفع چالش‌ها و موانع طرح پزشک خانواده نپرداخته‌اند. صرفاً یک درصد از مطالعات بررسی شده در حوزه طرح خانواده به مولفه‌های ارتباطی اشاره داشته‌اند ولی به عنوان نقش اصولی در هیچ مقاله‌ای به

تهیه این مقاله ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

اختصاص بودجه و ... همه و همه در راستای نقشه راه و برنامه‌های مدون برگزار شود. از برگزاری همایش‌های متعدد جلوگیری شود و بودجه‌های محدود پژوهش، با برنامه‌های بدون هدف گذاری طولانی مدت و جهت دار هدر نرود. توصیه می‌شود که هسته نخبه‌های پژوهشی در حوزه نظام سلامت از طریق وزارت بهداشت و درمان (با تعریف دقیق شاخص‌ها و شرح وظایف) تشکیل شود به نحوی که وزارت بهداشت توان (مقبولیت و محبوبیت) ایجاد شبکه‌های ملی را در این حیطة داشته باشد. جایگاه‌های سازمانی وزارت بهداشت به افرادی واگذار شود که رویکرد پژوهشی به حل مشکلات طرح پزشک خانواده داشته باشند نیاز است در دستور العمل‌ها الزام شود تا برای متولیان و مجریان بالادستی، اجرای طرح‌های زودبازده در حوزه سلامت برجسته‌تر از اجرای طرح پزشک خانواده در مراکز بهداشت و درمان روستایی و شهری قلمداد نشود.

در آخر مهم است که متوجه شویم که نام ارجاع پزشک خانواده بدون تصحیح سبک ارجاع میسر نمی‌شود و این هم بدون تصحیح نگرش صحیح به تیم ارجاع اطلاع رسانی رسانی مناسب در این حیطة محقق نمی‌شود. به عبارت دیگر "ارجاع" زنجیره ای از شاخص‌های متعدد روان شناختی، جامعه شناختی، ارتباطات اجتماعی و خانوادگی تغذیه‌ای و مهم تر از همه سبک زندگی است که پرداختن به یک بعد آن کافی نیست. نیاز است بسیاری از زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی که لازمه اجرای برنامه است، مهیا گردد [۴۶]. راه‌اندازی مرکز ارتباطات و مطالعات طرح پزشک خانواده راهکاری است که ضمن این که می‌تواند پژوهش‌های این حوزه را هدفمند و طولی و با پشتوانه اجرایی انجام دهد، می‌تواند ارتباط موثر بین گروه‌های ذینفع در نام بهداشت و درمان کشور زیر مجموعه وزرات بهداشت در سازمان بیمه سلامت و دانشگاه‌های علوم پزشکی را ایجاد و تداوم نماید.

تشکر و قدردانی

از تمامی متخصصین و صاحب‌نظران سازمان بیمه سلامت ایران و متخصصین حوزه علوم پزشکی که در

جدول ۱ - کدهای استخراج شده از مقالات مرتبط با کلید واژه "طرح پزشک خانواده" سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۹۹

| ردیف | کد گذاری باز | ردیف | کد گذاری باز | ردیف | کد گذاری باز |
|------|--|------|---|------|---|
| ۱ | تامین منابع | ۲ | کیفیت خدمات | ۳ | مهر ارجاع |
| ۴ | پرونده سلامت | ۵ | الزامات اجرای طرح | ۶ | خانه بهداشت |
| ۷ | مرکز بهداشت | ۸ | آشنایی نهادهای محلی | ۹ | وظایف "بهورزها" |
| ۱۰ | فرانشیز | ۱۱ | تسهیلات بانکی طرح | ۱۲ | خدمات بستری |
| ۱۳ | فرسودگی شغلی | ۱۴ | آگاهی بیمه شده روستایی | ۱۵ | دریافت خدمات در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر |
| ۱۶ | ضوابط بیمه شده تبعی | ۱۷ | حق بیمه | ۱۸ | همپوشانی بیمه ای |
| ۱۹ | بیمه نامه صدور روستائیان | ۲۰ | رضایت مندی پزشکان | ۲۱ | تاثیر طرح بر شاخص‌های بهداشتی |
| ۲۲ | شرط خانوار | ۲۳ | پرونده الکترونیکی | ۲۴ | بیماران خاص روستایی |
| ۲۵ | احراز هویت بیمه شدگان روستایی | ۲۶ | ارزیابی عملکردها | ۲۷ | هزینه‌های درمان در طرح پزشک خانواده روستایی |
| ۲۸ | نظارت بر عملکردها | ۲۹ | توسعه | ۳۰ | سازگاری با شرایط پیچیده و تغییرات |
| ۳۱ | هزینه‌های درمان سرپایی | ۳۲ | داشتن برنامه بلندمدت | ۳۳ | هزینه‌های درمان بستری |
| ۳۴ | مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه سلامت | ۳۵ | خدمات خانه ها و مراکز جامع سلامت | ۳۶ | خدمات مامایی خانه‌های بهداشت روستایی |
| ۳۷ | خدمات رایگان دارویی خانه‌های بهداشت | ۳۸ | ساعت و ایام حضور پزشک مرکز جامع سلامت | ۳۹ | خدمات اورژانس مراکز جامع سلامت |
| ۴۰ | شرایط ویزیت پزشک مرکز جامع سلامت در شب | ۴۱ | خدمات دندانپزشکی | ۴۲ | سیاست‌گذاری‌های جدید |
| ۴۳ | مراحل و مدارک لازم برای صدور، تمدید، ابطال بیمه درمانی | ۴۴ | هزینه صدور، تمدید بیمه درمانی | ۴۵ | مراحل و مدارک لازم برای برخورداری از پوشش بیمه درمانی |
| ۴۶ | ارزیابی عملکرد بهورزان | ۴۷ | هزینه‌های درمان سرپایی | ۴۹ | میزان رضایت بهورزان |
| ۵۰ | ارتقا شاخص‌های زیج حیاتی | ۵۱ | بیمه نامه درمان روستایی مردان دارای دو همسر | ۵۲ | تخلف از ضوابط سازمان بیمه سلامت |
| ۵۳ | میزان هزینه‌های درمانی با استفاده از بیمه روستایی | ۵۴ | مهارت دستیابی | ۵۵ | ضوابط و مقررات سازمان بیمه سلامت |
| ۵۶ | مهارت‌های عملکرد خدمات سلامت | ۵۷ | اصطلاحات بیمه گری | ۵۸ | ترویج بیمه |
| ۵۹ | فرهنگ سازی بومی | ۶۰ | ظرفیت سازی | ۶۱ | توانمند سازی |
| ۶۲ | رفتار مناسب | ۶۳ | کمبود امکانات | ۶۴ | سهولت خدمات |
| ۶۵ | توانایی مدیریت جلسات | ۶۶ | مدیریت تعارض و منافع سازمانی | ۶۷ | دیدگاه مدیران در خصوص طرح |
| ۶۸ | چالشها و موانع | ۶۹ | کمبود پزشک | ۷۰ | اعتماد سازی |
| ۷۱ | توسعه انسانی | ۷۲ | آموزش | | |

جدول ۲ - درصد فراوانی کلیدواژه‌های مرتبط با مولفه‌های ارتباطی در عناوین، چکیده، بحث و نتیجه‌گیری مقالات بررسی شده

| عناوین | ارتقا شاخص‌های بهداشتی و درمان | آگاهی | رضایت سنجی | امکانات و توانمندی نیروی انسانی | درصد فراوانی |
|--------------------------------|--------------------------------|-------|------------|---------------------------------|--------------|
| تیترا، چکیده، بحث و نتیجه‌گیری | ۲۳ | ۸ | ۲۴ | ۴۵ | ۱۰۰ |
| چکیده | ۲۳ | ۸ | ۲۴ | ۴۵ | ۱۰۰ |

جدول ۳ - گزارش توصیفی از ۴۰ مقاله ای است که به شاخص‌های ۴ گانه از مولفه‌های ارتباطی پرداخته است

| ردیف | عنوان مقاله | نویسندگان | نام نشریه |
|------|--|--|--|
| ۱ | تاثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص‌های بهداشتی مادر و کودک جمعیت روستایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد | پوران ریسی، آذرعبادی فرد، مسعود رودباری، حمیدرضا شعبانی کیا | مدیریت سلامت |
| ۲ | بررسی تاثیر اجرای طرح پزشک خانواده بر روند شاخص‌های سلامت زیج حیاتی جمعیت روستایی استان قزوین طی سالهای ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷ | مرتضی منصوریان، بابک رستگاری مهر، زهرا کلانتری، منوچهر مهران، مریم حسین زاده میلانی، زهرا شفیعیان، عزیز رضاپور، مصطفی قربانی | مجله علوم پزشکی رازی |
| ۳ | مقایسه شاخص‌های سلامت مادر و کودک قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده شهرستان بیرجند | تکنم شفیعی، زهرامینی‌نسب، علی برزگر اول | دانشگاه علوم پزشکی بیرجند - همایش کشوری پژوهش در توسعه سلامت - مراقبت‌های نوین |
| ۴ | تاثیر اجرای برنامه پزشک خانواده روی برخی شاخص‌های بهداشتی جمعیت روستایی استان بوشهر | عصمت حیدری | درکنگره مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری |
| ۵ | اثر شاخص توسعه انسانی (HDI) بر مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در ایران | حمید سپهر دوست | پایش |
| ۶ | سنجش نابرابری شاخص‌های بهداشتی و درمان در شهرستانهای استان خراسان رضوی | مهدی پیله ورد، محمد میره ای . | جغرافیا و توسعه ناحیه ای |
| ۷ | بررسی چالش‌های طرح پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و پزشکان در استان خراسان شمالی، ۱۳۹۵ | محترم محمدیان، علی وفايي نجار، زهره نجات زادگان عیدگاهی، حسین جاجرمی، الهه هوشمند . | علوم پیراپزشکی و توانبخشی مشهد |
| ۸ | تاثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص‌های سلامت | امید براتی، محمدرضا ملکی، محمود رضا گوهری، محمدجواد کبیر، محمدرضا امیراسماعیلی، ژاله عبدی. | پایش |
| ۹ | ارزیابی طرح پزشک خانواده بر اساس شاخص‌های سلامت خانواده | حسین جباری بیرامی *، هاله قاسم زاده، فریبا بخشیان، اصغر حمدپوراصل، رضا اسدزاده | دانش و تندرستی در علوم پایه پزشکی (مجله دانش و تندرستی) |
| ۱۰ | میزان رضایت مردم مناطق روستایی شهرستان اصفهان از اجرای برنامه پزشک خانواده | رضا خدیوی، پرستو گلشیری، الهام فراست، گلنار خالدی سردشتی | مجله دانشکده پزشکی اصفهان |

| | | | |
|---------------------------------------|---|---|----|
| تحقیقات نظام سلامت | ارش نجیمی ، معصومه علیدوستی معصومه علیدوستی ، غلامرضا شریفی راد غلامرضا شریفی راد ، | بررسی آگاهی، نگرش و رضایت مندی روستاییان شهر اصفهان نسبت به برنامه پزشک خانواده* | ۱۱ |
| تحقیقات نظام سلامت حکیم | سید داوود نصراله پورشیروانی*، پوران ریسی ، محمداسماعیل مطلق ، محمدجواد کبیر ، حسن اشرفیان امیری | ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی ایران: ۱۳۸۷ | ۱۲ |
| دانشگاه علوم پزشکی مازندران | صمد روحانی، محمد باقر | تجربه پزشکان خانواده روستایی درباره ارجاع بیماران و راه های بهبود آن (یک مطالعه کیفی) | ۱۳ |
| سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران | عاطفه ترابی اردکانی*، سعید حسینی، نادیا ارومیه ای، سعید میرزایی | درک، آگاهی و انتظارات مردم و پزشکان از اجرای طرح پزشک خانواده: مطالعه موردی شهر شیراز (مطالعه موردی) | ۱۴ |
| مدیریت اطلاعات سلامت | معصومه علی دوستی، الهه توسلی، رضا خدیوی، غلامرضا شریفی | آگاهی و نگرش روستاییان شهرستان شهرکرد نسبت به برنامه پزشک خانواده | ۱۵ |
| دانشگاه علوم پزشکی شیراز | راضیه وزیری*، فاطمه موثقی، فرزانه ده بزگی، فاطمه روحانیان | بررسی میزان آگاهی مردم ساکن شهر سپیدان از طرح پزشک خانواده در سال ۱۳۹۵ | ۱۶ |
| دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی | عارف ریاحی، نجلا حریری، فاطمه نوشین فرد | نیازهای اطلاعاتی بهداشتی و موانع دسترسی به آن در میان مهاجران افغانی و عراقی در ایران | ۱۷ |
| مدیریت بهداشت و درمان | سمیه صدیقی*، میلاد امینی، ابوالقاسم پوررضا | علل کناره گیری پزشکان از طرح پزشک خانواده روستایی در سال ۱۳۹۱ | ۱۸ |
| تحقیقات علوم پزشکی زاهدان | علی جنتی ، علی غلامزاده نیکجو، عارفه پورطالب ، معصومه قلی زاده | رضایت پزشکان خانواده در مشهد از برنامه پزشک خانواده | ۱۹ |
| سازمان بیمه سلامت | فروزان عبدالهی پور ، عباس رحیمی فروشانی ، ابراهیم جعفری پویان | بررسی سواد بیمه ای و عوامل موثر بر بیمه شدگان سازمان بیمه | ۲۰ |
| پایش | فرانک فرزادی، محمد کاظم ، فرزانه مقتون، رضا لباف قاسمی، روشنگ طبیب زاده دزفولی | تعداد پزشکان عمومی کشور و امکان اجرای طرح پزشک خانواده از نظر نیروی انسانی | ۲۱ |
| پژوهش نظام سلامت حکیم | رضا چمن ، محمد امیری ، مهدی راعی ، محمد علی نژاد ، سید داوود نصرالله پورشیروانی | اجرای طرح ملی پزشک خانواده در شهرستان شاهرود: وضعیت مراکز مجری و بررسی کیفیت اجرا | ۲۲ |
| پیابورد سلامت | شاهرخ ریسیان، مریم اسلامیان، محمد ازمل، پیوند باستانی ، روح اله کلهر * | ارزیابی طرح پزشک خانواده شهری در مراکز پایلوت تحت پوشش دانشگاه جندی شاپور اهواز | ۲۳ |
| سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران | عزت اله گل علیزاده ، محمود موسی زاده*، محمدرضا امیراسماعیلی، نادر آهنگر | چالش های ارجاع سطح دوم در برنامه پزشک خانواده | ۲۴ |
| دانش و سلامت | لیلا حلیمی، طاهره عزیزی مطلق | بررسی وضعیت گردشگری پزشک خانواده و عوامل مؤثر بر آن در مراکز بهداشتی درمانی اجرای طرح پزشک خانواده در استان همدان | ۲۵ |
| دانشگاه علوم پزشکی بابل | نجیبه حسن پور*، مهدی محسنیان | بررسی نقش دستیار در ارتقا ارائه خدمات در تیم سلامت برنامه پزشک خانواده در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۴ | ۲۶ |
| راهبردهای مدیریت در نظام سلامت | محمدجواد کبیر ، حسن اشرفیان امیری ، زهرا حسن زاده رستمی ، رضا ممتحن ، رسول ظفرمند ، سیدداود نصرالله پور شیروانی | دستاوردها و چالش های اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در ایران: دیدگاه مدیران و مجریان | ۲۷ |
| مرجع دانش | معصومه نظری، منصوره زاغری تفرشی ، نسرین پرونیان، امید رحمانی. کسری آقاجانی | بررسی میزان رضایتمندی بیمه شدگان روستایی تحت پوشش سازمان بیمه سلامت در سطح نظام ارجاع و طرح پزشک خانواده منطقه ۲ کشور در سال ۱۳۹۵ | ۲۸ |
| دانش و تندرستی | حسین جباری بیرامی*، هاله قاسم زاده، فریبا بخشیان، اصغر محمدپوراصل، رضا اسدزاده | ارزیابی طرح پزشک خانواده بر اساس شاخص های سلامت خانواده | ۲۹ |

| | | | |
|--|---|---|----|
| مرجع دانش | مجتبی مهترپور، علی عزیزاده، بتول احمدی، ابوالقاسم پوررضا | پزشک خانواده و نظام ارجاع در استان هرمزگان: چالش ها و راهکارهای توسعه | ۳۰ |
| دانشگاه علوم پزشکی مازندران | سید داوود نصرالله پور شیروانی، ابراهیم میکائیکی، حسن اشرفیان امیری، محمدجواد کبیری، ناهید جعفری، بهرام طهماسبی، ارسلان داداشی، محمد نعیمی طبیعی | بررسی وضعیت نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان های شمالی ایران: ۱۳۹۱ | ۳۱ |
| پایش | فرزانه مفتون*، فرانک فرزدی، علی منتظری، افسون آیین پرست | وضعیت اجرای طرح "نظام ارجاع و پزشک خانواده" از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات | ۳۲ |
| پایش | فرزانه مفتون، افسون آیین پرست*، علی منتظری، کاظم محمد، فرانک فرزدی، کنایون جهانگیری، سید مهدی میرشاه ولد | رضایتمندی ماماهاى شاغل در نظام ارجاع و پزشک خانواده در سطح کشور | ۳۳ |
| پایش | سعادت ترابیان، محمدعلی چراغی، امیر آذرهمایون | میزان رضایتمندی پزشکان خانواده از "برنامه پزشک خانواده" در استان همدان | ۳۴ |
| روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران | پوران رئیسی، علی کبریایی. | رضایت شغلی بهورزان خانه‌های بهداشت | ۳۵ |
| مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه | محمدرسول خزاعی*، مظفر خزاعی، منصور رضایی، سیده مریم حسینی | رضایت شغلی پزشکان عمومی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و عوامل موثر بر آن | ۳۶ |
| دانش و تندرستی | علی جنتی*، محمدرضا ملکی، معصومه قلی زاده، محمدرضا نریمانی، سمانه وکیلی | ارزیابی نقاط قوت و نقاط ضعف طرح پزشک خانواده | ۳۷ |
| همایش راهکارهای ارتقای سلامت و چالش ها دانشگاه علوم پزشکی مازندران | فردین مهربیان*، مراد رضایی دیزگاه، محمد حسین مهدوی | میزان رضایتمندی تیم سلامت پزشک خانواده از "برنامه پزشک خانواده" شهرستان رشت | ۳۸ |
| مدیریت بهداشت و درمان | سمیه صدیقی، میلادامینی، ابوالقاسم پور رضا | علل کناره گیری پزشکان از طرح پزشک خانواده روستائی در سال ۱۳۹۱ | ۳۹ |
| زنان، مامایی و نازایی ایران | آرزو فلاحی، بابک نعمت شهربابکی، معصومه هاشمیان، اسدالله احمدی کهنعلی | نیازهای زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی برای انجام آزمایش پاپ اسمیر | ۴۰ |

Table 1 – WHO(2008)، WHO(2009)، MOH(2009)

| ۱۳۸۶ | ۱۳۶۱ | شاخص سلامتی |
|------|------|---|
| ۷۲ | ۴۶/۷ | امید به زندگی عمومی (سال) |
| ۲۹ | ۹۴ | میزان مرگ و میر شیرخواران (در هر ۱۰۰۰ تولد زنده) |
| ۱/۲ | ۳/۹ | نرخ رشد جمعیت (درصد) |
| ۰/۸ | ۵ | میزان مرگ و میر زیر ۵ سال به دلیل اسهال (در هر ۱۰۰۰ کودک روستایی) |
| ۲/۹ | ۷/۸ | میزان مرگ و میر زیر ۵ سال به دلیل عفونت تنفسی (در هر ۱۰۰۰ کودک روستایی) |
| ۹۸ | ۴۰ | پوشش کلی واکسیناسیون (%) |

منابع: WHO (2008), WHO (2009), MOH (2009)

Reference:

- 1- General program of family doctor and rural. insurance.info@researchvice.tbzmed.ac.ir.
- 2- Reisi P, Ebadi Fardazar Farbod, Rudbari Massoud, Shabani Kia Hamidreza. The effect of family physician plan on maternal and child health indicators of rural population of Mashhad University of Medical Sciences and Health Services. *health Management*. 2011 [cited 2022May08]; 14 (43): 27-36. Available from: <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper>
- 3- izadi A, nurolsana R, Izadbakhsh HR. Modeling of empowerment strategies in the health insurance system based on Zee number mapping method *Journal of Healthcare Management* 2020; 11 (3) / 7.
- 4- WHO. World Health Report 2008: Primary Health Care, Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization 2008; Available from: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.
- 5- HERIMP. Proceedings of a Seminar of Challenges and Development Vision in Iran. Tehran: Higher Educational and Research Institute in Management and Planning 2004; pp. 19-26.
- 6- Moshiri I, Takian A H, Rashidian A, Kabir M J. Expediency and symmetry in the formation of family physician program and general rural health insurance in Iran. *Hakim (Hakim) Health System Research*. 2012 [cited 2022May20]; 15 (4): 288-299. Available from: <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper>
- 7- Mansoorian M, Rastegari Mehr B, Kalantari Z, Mehram M, Hosseinzadeh Milani M, Shafieian Z, et al. Investigating the effect of family physician plan on the trend of vital signs health indicators of rural population in Qazvin province during 2003-2008. *Journal of Razi Medical Sciences*: December 2014: Issue 126.
- 8- Shafiee T, Amini Nasab Z, Barzegar A, Comparison of maternal and child health indicators before and after the implementation of the plan Family doctor of Birjand city, Fourth National Conference on Health Development Research, birjand, Birjand University of Medical Sciences, 29 to 31 May 2015
- 9- Heidari A, Behmiari Z, Mansourizadeh A, Anaraki A. Investigating the effect of family physician program on some health indicators of rural population of Bushehr University of Medical Sciences and Health Services. Congress of Reproductive and Infertility Health Research Center. 2014. Volume 7.
- 10- Sephrdoost H, Factors Affecting Development from the Perspective of Health Indicators. *Health Information Management*. 2011 [cited 2022May20]; 8.
- 11- Ahmadi A, Javadi A. Trends and Determinants of Infant Mortality Rate in Fars Province during 2001-2011. *JRUMS*. 2015; 14 (1) :37-46
- 12- Reisi P, Ebadi Fardazar Farbod, Rudbari Massoud, Shabani Kia Hamidreza. The effect of family physician plan on maternal and child health indicators of rural population of Mashhad University of Medical Sciences and Health Services. *health Management*. 2011 [cited 2022May08]; 14 (43): 27-36. Available from: <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper>
- 13- Mohaddes Hakak HR, Hosseini Sa, Farahmand D, Rajabzadeh R, Siraj Akbari n, Sadeghi A. *Journal of*

- Medical Sciences of North Khorasan. 2018. Volume 10. Number 1.
- 14- Razavizadeh N, Peykani T. A review of social studies of family planning and fertility reduction in Iran. *Journal of Culture Strategy*. 2015 [cited 2022May20]; 8 (30): 35-65. Available from: <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=262354>.
- 15- Farahbakhsh M, Nik Niaz AS, Zakeri A. Review of health data management in System of providing primary health care in East Azerbaijan province. *Journal of health system*. 2010; 2 (2,1).
- 16- Khadivi R, Karamin Forouzandeh A. *Journal of Isfahan Medical School*. Volume 32, Issue 286.
- 17- Najimi A, Alidosti M, Sharifiurad Gh. A survey of knowledge, attitude and satisfaction of villagers in Isfahan towards family physician program. *Journal of Health System Research*. 2011; 7 (6)URL: <http://hsr.mui.ac.ir/article-۳۳۸-۱-fa.html>
- 18- Nasrallah Pourshirvani d, Reisi P, Motlagh Ma, Kabir MJ, Ashrafian Amiri H. Evaluating the performance of the referral system in the family physician program in Iran University of Medical Sciences: 2008. *Hakim (Hakim) Health System Research*. 2010 [cited 2022May20]; 13 (1): 19-25. Available from: <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=262354>.
- 19- Rouhani P, Baqir M. The experience of rural family physicians in referring patients and ways to improve it. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences (University Letter)*, 25 (131), (2015): 1-13.
- 20- Torabi Ardakani, Hosseini, Urmia, Mirzaei. Understanding, awareness and expectations of people and physicians from the implementation of the family physician plan. *Scientific Journal of the Organization of the Medical System of the Islamic Republic of Iran*. 2015 [cited 2022May20]; 33 (2) .47-155. Available from: <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=262354>.
- 21- Tavassoli A, Alidosti M, Khadivi R, Sharifi GH, Hassanzadeh A. Investigating the relationship between knowledge and attitude of villagers with sources of information in the field of family physician program in Shahrekord city in 1388: *Health System* 498-505. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=20117>
- 22- Vaziri R., Movassaghi F., Deh Bozorgi F. A survey of the awareness of the people living in Sepidan city about the family doctor plan in 2016. The sixth national conference on health promotion strategies and challenges. Sari 2016.
- 23- Riahi A, Hariri N, Noushin Fard F. Health information needs and health of foreign immigrants with cancer in Iran. 2016. <https://civilica.com/doc/764208>.
- 24- Sedighi, S, Amini M, Pourreza A, *Journal of Health Management*, Volume 5, Number, 4.2012:33-43.
- 25- Jannati A, Gholamzadeh Nikjoo R, Portaleb A, Gholizadeh M. Satisfaction of family physicians in Mashhad with family physician program. *Journal of Zahedan Medical Sciences Research (Tabib Shargh)* (2011): 39-39.
- 26- Abdollahipour F, Rahimi Foroushani AS, Jafari Pouyan Ebrahim. Assessing insurance literacy and factors affecting the insured of the Health Insurance Organization.2020. <https://JOURNAL.IHIO.gov.ir>.
- 27- Farzadi F, Mohammad K, Moftoon F, Labaf Ghasemi, Tabibzadeh Dezfuli R. Number of general practitioners in the country and the possibility of implementing a family doctor plan in terms of manpower. *Monitoring*. 2009 [cited 2021May17]; 8 (4): 415-421.

- 28- Chaman R, Amiri M, Rai M, Ali Nejad M, Nasrallah Pourshirvani d. Implementation of the national plan of family physicians in Shahroud city: the status of implementing centers and reviewing the quality of implementation. *Hakim Health System Research*. 2011 [cited 2022April04]; 14 (2): 123-129. Available from: <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper>
- 29- Rahbar A , Heydari F. The effect of social capital on policy promotion. *Quarterly Journal of International Relations Studies* 2011. 4 (14). 219-253.
- 30- Raisian Sh, Islamian M, Azmal M, Bastani P, Kalhor R. Evaluation of urban family physician plan in pilot centers under the auspices of Ahvaz Jundishapur University. *Health care*. 2013 [cited 2022May20]; 7 (1): 11-20. Available from: <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper>
- 31- Golalizadeh Ra, Musazadeh M, Amirasmali M, Ahangar N. Second level referral challenges in the family physician program. *Scientific Journal of the Organization of the Medical System of the Islamic Republic of Iran*. 2011 [cited 2022May20]; 29 (4): 309-321. Available from: <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper>
- 32- Halimi L, absolute love. A study of the family doctor's tourism status and the factors affecting it in health centers Implementing a family physician program in Hamadan province in 2009. *Journal of Knowledge and Health*. 2010 [cited 2021May16]; 5 (Special Issue of the Sixth Iranian Congress of Epidemiology): 211-211.
- 33- Hassanpour N, Mohsenian R. University Conference on Research in Administrative and Financial Fields of Health System, Babol University of Medical Sciences, 2016.
- 34- Nasrollahpour Sh. Abstracts . National Conference "Health Insurance" Public Coverage and Financial Resources Management, 2016.
- 35- Nazari M, Zaghari Tafreshi M, Peronian N, Rahmani A, Aghajani K, Satisfaction Survey of Rural Insured Covered by the Health Insurance Organization at the Level of a Referral System and Family Physician Plan in Region 2 of the Country in 2016, National Health Insurance Conference, Public Coverage and Financial Resource Management, Tehran ,2010. <https://civilica.com/doc/1043707>.
- 36- Jabbari Beyrami H, Qasemzadeh H, Bakhshian F, Mohammad Poursael A, Asadzadeh R. Evaluate the family doctor plan based on family health indicators. *Journal of Knowledge and Health*. 2012 [cited 2021April21]; 7 (3): 124-128. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspxid=237203>.
- 37- Mehtarpour M., Alizadeh A., Ahmadi B., Pourreza A., Family Physician and Referral System in Hormozgan Province: Challenges and Strategies for Development, 11th New Health Sciences Student Conference, Tehran, 2018.
- 38- Mechanics A, Ashrafian Amiri H, Nasrollah Pour Shirvani D, Kabir MJ, Jafari N, Naimi Tabi M, et al. Family physicians' satisfaction is one of the factors affecting the dynamics of family physician program and rural insurance in the northern provinces of Iran. *Scientific Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2013; 16 (1): 15-7. URL: <http://jbums.org/article-1-4604-fa.html>.
- 39- Moftoon F, Farzadi F, Montazeri AS, Ainparast A. Status of implementation of the "Referral System and Family Physician" plan from the perspective of service providers. *Monitoring*. 2015.40.

- 40- Torabian S, Cheraghi M, Azarhamayoun A. Satisfaction of family physicians with the "Family Physician Program" in Hamadan province. *Monitoring Magazine*. 2013 [cited 2022May20]; 12 (3): 289-296. Available from: <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper>.
- 41- Reisi P, Kobriaei A. Job satisfaction of health care providers. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Thought and Behavior)*, 5 (4 (20 in a row)), (2000): 51-61.
- 42- Khazaei M, Khazaei M, Rezaei M, Hosseini M. Job satisfaction of general practitioners working in Kermanshah University of Medical Sciences and the factors affecting it. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (improvement) (journal of kermanshah university of medical sciences)*. 2009: 182-183.
- 43- Jannati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani MR, vakili s. Evaluating the strengths and weaknesses of the family physician plan. *Journal of Knowledge and Health, Shahroud University of Medical Sciences and Health Services*. Volume 4 and Number 4. Winter 2009.
- 44- Ebrahimipour H, Vahdani M, Najjar AV, Nejat Zadegan, Z Amini .. Amin Reza, Vajdani. MarziehUTU Nezamdoost F. Survey of patients' satisfaction with the services of family physicians in rural health centers of Sabzevar city; 2012: 21-20.
- 45- Fallahi A, Nemat Shahr Babakin, Hashemian. Masoumeh, the needs of women referring to health centers for Pap smear test, *Iranian Journal of Obstetrics and Gynecology*. Issue 19.1395.
- 46- Shiani M. et al, A Study of the Challenges of Family Physician Implementation in the Iranian Health System, *Hakim Magazine*, 2016: 274-264.

Systematic Review of Studies on the Implementation of the Family Physician Plan in the Iranian Health System in the Years 1380-1399

Ahmadifard M¹, Shahmohammadi AR², Mohammad Tahari MR³, Mohammad Aungh N⁴

Abstract

Introduction: The complete implementation of the referral system and the elimination of its deficiencies is one of the important issues of health services in today's societies. One of the consequences of the incomplete implementation of the rural referral system is the costs that enter people's pockets and the system of a country. One of the main factors in completing the referral system, considering the large number of beneficiaries, politicians and executives in this plan, is how to communicate effectively among the many and different groups of this plan (doctors, insured, midwives, nurses, executive staff, staff). The aim of this study is to measure the extent and manner of family doctor plan studies addressing communication components as an effective index in solving the challenges of the plan.

Methods: Research method: The method of the present study was conducted in the form of a library review on 40 studies from 1380 to 1399. The research population is all the articles related to communication components in the family doctor project. In order to carry out information research by reading texts from the library, websites of selected related organizations and in order to search systematically based on keywords based on 1- family doctor plan 2- communication in family doctor plan 3- referral system 4- challenges and obstacles of the plan Family doctor 5-Health care 6-Rural family doctor plan strategies 7-Effective communication in the referral system was collected and evaluated and compared in the comparison table of the fields. Articles were systematically searched based on relevant keywords in authoritative and specialized databases in English and Farsi languages, Google scholar, along with national databases including SID, IRANDOC, ISC. From all the identified articles, according to the research strategy, the researcher evaluated the content of those articles that addressed the impact and importance of communication components in the rural family physician plan and the referral system in the discussion and conclusion section of the direct article.

Findings: In the document review of 230 articles related to the keywords considered by the researcher, it was observed that in 40 articles, the issue of communication components as an important indicator in solving the problems of the referral system in the family doctor plan was discussed in the discussions and conclusions. Was. 4 components, satisfaction measurement, lack of awareness (training, information, participation), human resource empowerment, improvement of health indicators, were communication components that were identified and discussed in the text of the articles and conclusions.

Conclusion: It is suggested to use the experiences of successful countries in the field of effective communication in the referral system, by creating an integrated communication system, to provide a communication model to solve the problems of the family doctor plan. It is necessary to study the impact of communication components as the main indicator and independent variable in solving the problems and challenges of the family doctor plan.

Keywords: Referral system, family doctor plan, Effective communication, Health service management, Health insurance.

1- Department of Social Communication Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of Social Communication Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, (Corresponding Author), E-mail: reza.ctbazad@gmail.com

3- Assistant Professor, Department of Social Communication Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

4- Assistant Professor, Department of Social Sciences, Payam Noor University, Tehran, Iran