



انجمن علمی پرستاری ایران

دوره سوم شماره ۳ (پیاپی ۱۱) تابستان ۱۳۹۳ - شماره استاندارد بین المللی: ۸۶۱۴-۲۲۵۱

- ۷.....تاثیر الگوی توانمند سازی خانواده محور بر کیفیت زندگی مادران دارای دختر زیر ۶ سال مبتلا به عفونت ادراری.....
زهرا ظفر رضانیان، فاطمه الحانی، منیره انوشه
- ۱۶.....فرسودگی شغلی، ابعاد و عوامل مرتبط با آن در کارکنان عملیاتی فوریت‌های پزشکی.....
حسین ابراهیمی، علی نویدیان، محمود عامری، مهدی صادقی
- ۲۷.....تأثیر اجرای روش ساماندهی محیط-کار (OS) بر بهره‌وری کارکنان پرستاری اتاق عمل بیمارستان های منتخب شهر اصفهان.....
آزاده نوری، محمدعلی حسینی، اصغر دالوندی
- ۳۷.....همبستگی تعارض پرستاران و هوش هیجانی سرپرستاران بخش اورژانس در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران.....
سوگند تورانی، بتول احمدی، عطیه کرمی
- ۴۷.....ارزیابی صلاحیت پرستاران فوریت‌ها جهت ارائه مراقبت در موقعیت‌های بحرانی با استفاده از آزمون بالینی ساختارمند عینی.....
فاطمه علی اکبری، فرشته آیین، مسعود بهرامی
- ۵۸.....عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال‌های ۱۳۸۵-۹۰.....
امیراشکان نصیری پور، منیکا متقی، نرگس نوابی
- ۶۹.....عوامل مرتبط با بکارگیری رایانه بر اساس "الگوی پذیرش فناوری".....
میمنت حسینی، رقیه اسمعیلی، زهره خاوری، فریده ینمایی
- ۷۸.....موانع مشارکت اعضای شوراهای اسلامی شهرها و روستاهای استان آذربایجانشرقی در نظام بهداشت و درمان: یک مطالعه کیفی.....
جواد بابایی، حسین جباری بیرامی

به نام خداوند جان و خرد
مجله مدیریت ارتقای سلامت
فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران
دوره سوم-شماره ۳ (پیاپی ۱۱) - تابستان ۱۳۹۳

• صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران

• مدیر مسؤول: دکتر محمدعلی حسینی

• سردبیر: دکتر فریده یغمایی

• معاون سردبیر: فرشته نجفی

• شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۸۰۶۷/۹۰ مورخ ۱۳۹۰/۴/۴

• شماره بین المللی نشریه چاپی: ISSN: ۲۲۵۱-۸۶۱۴ مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۱۰

• شماره بین المللی نشریه الکترونیکی: e-ISSN: ۲۲۵۱-۹۹۴۷ مورخ ۱۳۹۱/۳/۸

رتبه علمی-پژوهشی مورخ ۱۳۹۱/۲/۱۶ شماره رتبه علمی-پژوهشی کمیسیون نشریات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۰۰/۳۱۸

اعضای هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

- | | |
|---|--|
| - دکتر طاهره اشک تراب، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی | - دکتر اردشیر افراسیابی فر، استادیار دانشگاه علوم پزشکی یاسوج |
| - دکتر سعادت سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس |
| - دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر عنایت اله بخشی، استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر مسعود فلاحی خشکناز، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر مهرنوش بازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی |
| - دکتر لیلا قلی زاده، استادیار دانشگاه فناوری سیدنی، استرالیا | - دکتر حمید پیروی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران |
| - دکتر مسعود کریملو، دانشیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر محمدعلی چراغی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران |
| - دکتر سید حبیب اله کواری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر محمدعلی حسینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر سعادت محفوظ پور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی | - دکتر سیده فاطمه حقدوست اسکویی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران |
| - دکتر علی محمد پور، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد | - دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس | - دکتر ناهید رژه، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد |
| - دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر فرخنده شریف، استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز |
| - دکتر رضا نگارنده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر حیدرعلی عابدی، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان-خوراسگان |
| - دکتر کیان نوروزی تبریزی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر عباس عبادی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله |
| - دکتر علیرضانیکیخت نصرآبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر عباس عباس زاده، استاد دانشگاه علوم پزشکی کرمان |
| - دکتر مجیده هروی کریموی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد | |
| - دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی | |

• ویراستار انگلیسی: دکتر فریده یغمایی، مهندس پگاه یغمایی

• ویراستار فارسی: دکتر فریده یغمایی

• حروفچینی و صفحه آرایی: مهندس صادق توکلی

• طراح جلد: مهندس صادق توکلی

• ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران

• نشانی: تهران میدان توحید-دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• کدپستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱ صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸ تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@jhpm.ir , Website: http://jhpm.ir

این مجله در SID, Magiran, Iran Medex, ISC, Google Scholar نمایه می شود.

عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان خانواده دانشگاه علوم

پزشکی کاشان در سال های ۹۰-۱۳۸۵

امیراشکان نصیری پور^۱، *منیکا متقی^۲، نرگس نوابی^۳

چکیده

مقدمه: دسترسی افراد نیازمند به خدمات تخصصی از طریق نظام ارجاع میسر می گردد. هدف از مطالعه حاضر تعیین عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ می باشد.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع توصیفی بود که در سال ۱۳۹۱ در کلیه مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح پزشک خانواده کاشان و آران بیدگل انجام گرفت. از مجموع ۱۱۸ پزشک خانواده که در زمان مطالعه فعالیت داشتند، امکان برقراری ارتباط با ۱۸ نفر میسر نشد و با ۱۰۰ پزشک به شیوه سرشماری تماس برقرار شد و نهایتاً ۴۰ پزشک در آزمون پایلوت و ۵۶ پزشک در مطالعه شرکت کردند. ابزارگردآوری داده ها پرسشنامه دو بخشی پژوهشگر ساخته "پرسشنامه عملکرد نظام ارجاع از دیدگاه پزشکان خانواده" (The Function of Referral System from the Perspective of Family Physicians Questionnaire) بود. بخش اول شامل اطلاعات جمعیت شناسی و بخش دوم دارای ۲۰ سوال در ۴ بعد بود. روایی محتوا با استفاده از نظرات ۱۰ نفر از متخصصان و پایایی پرسشنامه به روش همسانی درونی تایید شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و EXCEL انجام شد.

یافته ها: میزان آگاهی و فرهنگ جمعیت تحت پوشش با میانگین و انحراف معیار $2/05 \pm 0/45$ ؛ نامطلوب، میزان دانش و مهارت و مسئولیت پذیری کارکنان سلامت با میانگین و انحراف معیار $3/45 \pm 1/23$ ؛ مطلوب، همکاری پزشکان متخصص مستقر در سطح دو برنامه پزشک خانواده با میانگین و انحراف معیار $1/67 \pm 0/88$ ؛ نامطلوب، امکانات و تسهیلات برنامه پزشک خانواده با میانگین و انحراف معیار $3/02 \pm 0/6$ ؛ مطلوب و وضعیت کلی ارجاع به سطح دو با میانگین و انحراف معیار $2/87 \pm 1/03$ نامطلوب ارزیابی شد.

نتیجه گیری: وضعیت ارجاع به سطح دو، در مطالعه حاضر نامطلوب بود. پیشنهاد می شود، سهولت دسترسی به خدمات تخصصی سطح دو، آموزش های مربوط و مداخلات در زمینه آشنایی بیشتر مردم و کارکنان بهداشتی و درمانی با اهداف برنامه پزشک خانواده انجام شود.

کلید واژه ها: طرح پزشک خانواده، ارزیابی پزشک خانواده، نظام ارجاع

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۲/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۱۲

۱- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

۲- دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران. (نویسنده مسئول).

پست الکترونیکی: monika3005@yahoo.co.uk

۳- کارشناس معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

مقدمه

هدف نظام ارایه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت مردم است. با مصوبه مجلس شورای اسلامی در زمینه بیمه روستائیان امکان پیوند طرح پزشک خانواده با بدنه عظیم نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی کشور فراهم شد (۲۰۱). بخش دولتی نظام مراقبت سلامت در اکثر کشورها به منظور کارایی و اثربخشی بیشتر و همچنین ایجاد عدالت و امکان دسترسی آحاد مردم به سه سطح اول، دوم و سوم سازماندهی می شود که با توجه به سطح بندی خدمات، دسترسی افراد نیازمند به خدمات تخصصی تر از طریق نظام ارجاع میسر می گردد (۳). مناسب ترین استراتژی اجرایی نظام ارجاع، برنامه پزشک خانواده است (۴).

پزشک خانواده، پزشکی است که حداقل دارای مدرک دکتری حرفه ای پزشکی و مجوز معتبر فعالیت حرفه ای پزشکی در محل ارائه خدمت باشد. پزشک خانواده، در نخستین سطح خدمات، عهده دار ارائه مدیریت خدمات سلامتی سطح اول است و مسئولیت های زیر را برعهده دارد: تامین جامعیت خدمات، تداوم خدمات، پژوهش و هماهنگی با سایر بخش ها. پزشک خانواده مسئولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته خدمات تعریف شده؛ بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی های اقتصادی، اجتماعی و خطر بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش خود قرار دهد. پزشک خانواده می تواند برای حفظ و ارتقای سلامت، برابر این دستورالعمل از ارجاع فرد به سایر ارائه کنندگان خدمات سلامت و سطوح بالاتر استفاده کند، ولی مسئولیت تداوم خدمات با او خواهد بود (۵).

نظر به اهمیت نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده 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 (۶). اجرای این طرح از نیمه دوم سال ۱۳۸۴ آغاز گشت و در حال حاضر سالانه حدود ۶۰۰۰ میلیارد ریال صرف آن می شود (۷). در این برنامه، پزشک عمومی و کارکنان سلامت، مسئولیت کامل سلامت افراد و خانواده های

تحت پوشش خود را بر عهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز بر عهده دارد (۴). در بیان اهمیت نظام ارجاع می توان اظهار نمود عمده هزینه خدمات بهداشتی و درمانی (چه در بعد مالی و چه انسانی) را بیمارستان تشکیل می دهد و این امر تا حدودی اجتناب ناپذیر است. اما اگر پذیرفته شود که ۸۰ تا ۹۰ درصد بیماران در سطح اول مراقبت های بهداشتی درمانی قابل تشخیص و قابل درمان هستند، در اینصورت روند فعلی کاهش تخصیص اعتبار در این سطح در کشورهای در حال توسعه اقدام شایسته ای نخواهد بود (۸).

در یک مطالعه انجام شده در آمریکا که به منظور تعیین میزان استفاده از تخت های بیمارستانی در سطوح مختلف ارایه خدمات بر روی ۷۱ مرکز انجام گرفت، گزارش شد که مراجعه و ضریب اشغال تخت در بیمارستان های کوچک و مراکز بهداشتی و درمانی پایین بوده که دلایل آن را ضعف کارکنان آموزش دیده، کمبود دارو و وسایل پزشکی در این مراکز و قطع کامل نظام ارجاع ذکر نموده اند (۹).

مطالعات متعدد نشان دادند چنانچه سطح بندی خدمات با نظام ارجاع سازماندهی گردد، می توان ۸۰ تا ۹۰ درصد نیازهای سلامت را در سطح اول تأمین نمود (۸). Coleman و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که ۵۵ درصد از بیماران با مشکلات بهداشتی و درمانی غیر اورژانس که به واحد فوریت ها مراجعه کردند، می توانستند توسط پزشک عمومی یا فقط با توصیه ها مراقبت شوند (۱۰). نتایج مطالعه نصرالله پور شیرانی و همکاران نشان دادند که بیش از نیمی از بیماران که توسط پزشک خانواده به سطح دو ارجاع شدند، بدون ارجاع از خانه های بهداشت به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمودند که این مغایر با قواعد سطح بندی خدمات و تضعیف نظام ارجاع در سطح اول به حساب می آید، در حالیکه که اگر سطح بندی خدمات با نظام ارجاع مناسب سازماندهی گردد، می توان ۸۰-۹۰ درصد نیازهای سلامت را در سطح اول تأمین نمود و ارجاعات اضافی کاهش یابد (۱۱).

نتایج مطالعه علیدوستی و همکاران نشان داد که ۵۸ درصد مردم، در خصوص ارجاع دادن سریع و بیش از حد نیاز به مراکز بالاتر از سوی پزشک خانواده، ناراضی بودند (۱۲). چمن و همکاران در پژوهش خود بیان نمودند ثبت اطلاعات ضروری و پیگیری موارد ارجاع مطلوب نیست و درصد ارجاع گزارش شده، نشان دهنده ی عدد واقعی موارد ارجاع شده نیست (۱۳). در تمامی مطالعات در زمینه های مشابه به ضعیف بودن کارکرد نظام ارجاع اشاره شده است. نتایج مطالعه ای که در عربستان انجام شد، نشان داد که بکار بردن نظام ارجاع موجب کاهش ۴۰/۶ درصد در بیماران سرپایی بیمارستان، افزایش ۱۹/۶ درصد در مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی و افزایش ۱۹/۲ درصد در ارجاعات شد و نتیجه گیری گردید که برای داشتن نظام ارجاع مناسب باید یک ارتباط قوی بین مراکز بهداشتی و درمانی اولیه و بیمارستان ها برقرار شود (۱۴). در همین رابطه، آگاهی و فرهنگ زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی سیستان و بلوچستان در زمینه برنامه پزشک خانواده کمتر از متوسط ارزیابی شد (۱۵). در مطالعات مشابه اطلاعات مردم در مراقبت های دندانپزشکی (۱۶) و آگاهی و عملکرد مردم در بسیج همگانی و ایمن سازی علیه سرخک، سرخجه و همکاری با پزشکان خانواده (۱۷) نامناسب ارزیابی و به لزوم آموزش همگانی مردم تاکید شد (۱۷).

با عنایت به اهداف برنامه پزشک خانواده (مانند مصرف بهینه دارو، از طریق کاهش سرانه مصرف دارو، کنترل هزینه های ناشی از خدمات تکراری، افزایش پاسخگویی به بیمار، امکان پیگیری خدمات ارایه شده به بیمار، تشکیل پرونده سلامتی برای آحاد جامعه، افزایش امکان کنترل کیفیت خدمات و ایجاد انضباط مالی، حرکت هدایت شده ی بیمار در سطوح سه گانه نظام ارایه خدمات)، عدم توجه به موضوع مورد مطالعه (درصد ارجاع به سطح دو خصوصا ارجاع به پزشک متخصص) نه تنها دسترسی به اهداف ذکر شده را خدشه دار خواهد نمود، بلکه کل طرح را نیز از منظر اثربخشی و کارایی زیر سوال خواهد برد.

نظر به لزوم کمتر از ۱۰ درصد بودن موارد ارجاع به پزشکان متخصص طبق ماده ۴۷ دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده (۴)، آگاهی از عوامل موثر در میزان ارجاعات از دیدگاه پزشکان خانواده، که مستقیما درگیر برنامه هستند، اولین گام در زمینه بررسی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده به نظر می رسد. بررسی موضوع در مراکز مجری برنامه در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، گامی موثر در ارائه خدمات پزشک خانواده در کلیه شهرها حتی کلان شهرها خواهد بود. با توجه به گذشت حدود یک دهه از طرح پزشک خانواده در ایران و لزوم بررسی عملکرد نظام ارجاع طی این دوره و نیز جمعیت حدود ۵۰۰ هزارنفری شهرستان کاشان و توابع مربوطه، مطالعه حاضر با هدف تعیین عملکرد نظام ارجاع به پزشک متخصص، در برنامه پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی کاشان طی سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی بود که در سال ۱۳۹۱ و به منظور بررسی وضعیت درصد ارجاع به پزشک متخصص در مراجعین بیمه روستایی کلیه مراکز مجری برنامه پزشک خانواده مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر شهرستان های کاشان و آران و بیدگل طی سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ از دیدگاه پزشکان خانواده انجام گرفت. با توجه به آمارهای موجود در معاونت بهداشتی و مرکز گسترش شبکه دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کلیه پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی کاشان از تیرماه ۱۳۸۵ تا پایان سال ۱۳۹۰ جامعه پژوهش حاضر را تشکیل دادند. آمارها نشان داد مجموعا ۱۲۸ پزشک خانواده از ابتدای طرح (مرداد ۸۴) تا پایان سال ۱۳۹۲ به صورت کوتاه مدت یا درازمدت فعالیت داشته اند که از این تعداد ۱۱۸ پزشک تا زمان انجام مطالعه مشغول فعالیت بودند. امکان برقراری تماس با ۱۸ نفر میسر نشد. پژوهشگران به طریق سرشماری توانستند با ۱۰۰ پزشک ارتباط برقرار کنند که از ۴۰ پزشک برای بررسی پایایی پرسشنامه و از ۵۶ پزشک برای انجام مطالعه استفاده نمودند که ۴ پزشک طی مطالعه به دلایل

مختلف انصراف دادند و پرسشنامه را کامل نمودند که از مطالعه خارج شدند.

مراکز شهری مجری برنامه با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر شامل مراکز بهداشتی درمانی قمصر، کامو، جوشقان قالی، برزک، نیاسر و مشکات از شهرستان کاشان و مراکز ابوزیدآباد، نوش آباد و سفید شهر از شهرستان آران و بیدگل می باشد. مراکز بهداشتی و درمانی روستایی آران، ورکان، ازوار، مرق، وادقان، کله، جوشقان استرک، سن سن، قهرود و دو تیم سیار فین و امیرکبیر مربوط به شهرستان کاشان و مرکز جوادالائمه از شهرستان آران و بیدگل می باشد. پس از کسب اجازه از معاونت محترم بهداشتی و واحد گسترش متبوع، داده ها پیرامون میزان مراجعات به بیمه روستایی و ارجاعات به پزشک متخصص، از کارشناسان مسئول برنامه پزشک خانواده دریافت و درصد ارجاعات به تفکیک سال استخراج گردید. گردآوری داده ها به منظور طراحی ابزار پژوهش، به صورت مطالعات میدانی و با استفاده از مدارک مستند و کتب موجود در کتابخانه ها انجام شد ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه پژوهشگر ساخته "پرسشنامه عملکرد نظام ارجاع از دیدگاه پزشکان خانواده" (The Function of Referral System

from the Perspective of Family Physicians Questionnaire) مشتمل بر ۲ بخش بود. بخش اول شامل اطلاعات جمعیت شناسی پاسخ دهندگان به همراه پرسشنامه باز بود. بخش دوم پرسشنامه دارای ۲۰ سوال مشتمل بر ۴ قسمت می باشد: قسمت اول، ۵ سوال مربوط به آگاهی و فرهنگ جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده، قسمت دوم ۵ سوال مربوط به میزان دانش، مهارت و مسئولیت پذیری کارکنان سلامت، قسمت سوم شامل ۵ سوال مربوط به میزان همکاری پزشکان سطح دو و در نهایت قسمت چهارم شامل ۵ سوال مربوط به امکانات و تسهیلات برنامه پزشک خانواده بر اساس مقیاس لیکرت بود. برای پاسخ خیلی کم ۱، کم ۲، متوسط ۳، زیاد ۴ و خیلی زیاد ۵ نمره در نظر گرفته شد. در تحلیل نمرات مربوط به هر بخش میانگین نمره ۱ تا ۲/۹۹ نامطلوب و از ۳ تا ۵ مطلوب ارزیابی شد. به منظور تعیین روایی

محتوای پرسشنامه از نظرات ۱۰ نفر از صاحب نظران از جمله سرپرست محترم معاونت بهداشتی و ریاست اداره گسترش شبکه متبوع، مجریان طرح، سیاست گذاران و متخصصان مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی استفاده شد. جهت تعیین پایایی، پرسشنامه در اختیار ۴۰ نفر از پزشکانی که برای شرکت در کلاس های ضمن خدمت دور هم جمع شده بودند و در مراحل بعد از مطالعه اصلی خارج شدند، قرار گرفت. با استفاده از روش همسانی درونی، آلفای کرونباخ پرسشنامه در ابعاد، باور مردم نسبت به مشارکت در برنامه های پزشک خانواده؛ دانش، مهارت و مسئولیت پذیری تیم پزشک خانواده؛ میزان همکاری پزشکان سطح دو و امکانات و تسهیلات برنامه پزشک خانواده به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ به دست آمد. به منظور رعایت مسایل اخلاقی پس از جلب رضایت و موافقت افراد از شرکت در مطالعه، اقدام به تکمیل پرسشنامه ها شد. پیش از تحویل پرسشنامه به آزمودنی ها اطلاعات کامل پیرامون موضوع پژوهش داده شد و در صورت موافقت برای شرکت در پژوهش به آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه حفظ خواهد شد. در ضمن آزمودنی ها امکان انصراف از ادامه همکاری در پژوهش را داشتند.

پس از همکاری و دریافت اطلاعات از کارشناس مسئول برنامه پزشک خانواده و هماهنگی با دیگر مسئولان معاونت بهداشتی شهرستان و شبکه های بهداشت و درمان شهرستان های کاشان و آران و بیدگل، پرسشنامه ها به پزشکان خانواده شاغل و پزشکانی که پیش از این در طرح پزشک خانواده مشغول به خدمت بوده اند تحویل داده شد و پیرامون موضوع پژوهش با ایشان صحبت و هدف و ضرورت انجام پژوهش بیان شد. مجموعاً ۲۳ مرکز ارائه خدمات در کاشان (۱۸ مرکز) و آران بیدگل (۵ مرکز) وجود دارد که ۱۱ مرکز روستایی، ۷ مرکز شهری و ۵ مرکز شهری-روستایی هستند. ۸۱۴۸۳ نفر جمعیت تحت پوشش مراکز در طرح پزشک خانواده می باشد. معیار خروج از مطالعه، عدم فعالیت پزشک در طرح پزشک خانواده بود. به منظور تحلیل داده ها از آمار توصیفی، نمودار و جداول

فراوانی تحت نرم افزارهای SPSS نسخه ۱۶ و EXCEL استفاده شد.

یافته ها

از مجموع ۱۰۰ پزشک خانواده مورد بررسی، ۴۰ نفر در آزمون پابلوت و ۶۰ نفر برای شرکت در مطالعه در نظر گرفته شدند که ۴ نفر در حین پژوهش انصراف دادند و ۵۶ نفر باقی ماندند. از ۵۶ نفر شرکت کننده ۳۰ نفر (۵۳/۵۷ درصد) زن و ۲۶ نفر (۴۶/۴۳ درصد) مرد بودند. میانگین سنی و سابقه کاری افراد به ترتیب $32/6 \pm 3/33$ و $6/9 \pm 4/55$ سال بود. بیشترین تعداد پزشکان خانواده در گروه سنی بین ۲۰ تا ۳۰ سال (۴۸/۲۱ درصد) و کمترین در گروه سنی بین ۴۰ تا ۵۰ سال (۲۸/۵۷ درصد) قرار داشتند.

مجموعاً ۲۳ مرکز ارائه خدمات در کاشان (۱۸ مرکز) و آران بیدگل (۵ مرکز) وجود دارد که ۱۱ مرکز روستایی، ۷ مرکز شهری و ۵ مرکز شهری-روستایی هستند. ۸۱۴۸۳ نفر جمعیت تحت پوشش مراکز در طرح پزشک خانواده می باشد.

تعداد پزشک مورد نیاز با توجه به کلیه ابعاد ذکر شده در دستورالعمل ۰۲ وزارت بهداشت از قبیل شبانه روزی بودن و شیفت بندی مراکز ۳۶ نفر، تعداد پزشک مورد نیاز با توجه به بعد جمعیت تحت پوشش $20/9$ نفر و تعداد پزشک موجود $33/5$ نفر است. لازم به توضیح است با توجه به مشکلات پزشکان متاهل، باردار و یا مراکز نامناسب بیتوته در بسیاری از موارد جهت کمک به آن ها به صورت نیمه وقت و یا فعالیت در مراکز غیرمجمعی برنامه پزشک خانواده (مراکز شهری بالای ۵۰۰۰۰ نفر جمعیت) موافقت بعمل آمده، لذا عدد حاضر با ممیز محاسبه شده است.

داده ها پیرامون ارجاعات در بیمه روستایی در برنامه پزشک خانواده و ارجاع به پزشک متخصص نشان داد به ترتیب میانگین کل مراجعین به سطح یک برنامه پزشک خانواده سالیانه $101816/5 \pm 16650/5$ ، میانگین کل بیماران ارجاعی از سطح یک به سطح دو سالیانه (مجموع بیماران) که پس از

مراجعه به پزشک خانواده مستقر در سطح یک با نظر پزشک خانواده به پزشک متخصص مستقر در سطح دو برنامه پزشک خانواده ارجاع داده شدند تقسیم بر شش سال) $11865/16$ و میانگین کل درصد ارجاع از سطح یک به سطح دو (مجموع درصدهای ارجاع همه مراکز مجری برنامه پزشک خانواده تقسیم بر شش سال) $12/41 \pm 1/9$ بود. به طور متوسط سالیانه $4426/8$ با انحراف معیار $3612/5$ مراجعه به هر مرکز در بیمه روستایی صورت گرفت که کمترین متوسط سالیانه مراجعه مربوط به مرکز امیرکبیر ($844/17$ مراجعه) و بیشترین متوسط سالیانه مراجعه مربوط به مرکز ابوزیدآباد (16330 مراجعه) بود. هرساله به طور متوسط $576/54$ با انحراف معیار $473/64$ ارجاع به پزشک متخصص از هر مرکز گزارش شد. کمترین ارجاع مربوط به مرکز ورکان ($77/5$ ارجاع) و بیشترین ارجاع مربوط به مرکز ابوزیدآباد ($2045/33$ ارجاع) بود. کمترین درصد ارجاع مربوط به مرکز ورکان با $5/42$ درصد و بیشترین درصد ارجاع مربوط به مرکز مرق با $20/81$ درصد ارجاع بود (جدول ۱). کلیه افراد مورد مطالعه ابراز داشتند که پرسشنامه کلیه موارد موثر در سیستم ارجاع را در بر داشته و نکته ی قابل ذکر اضافه ای برای بخش پرسشنامه باز عنوان نکردند.

جدول ۱: کل مراجعین تحت پوشش برنامه پزشک خانواده به سطح یک و کل و درصد ارجاع بیمه شدگان به پزشک متخصص از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ به تفکیک مراکز مجری برنامه پزشک خانواده

نام مرکز	سال ۸۵		سال ۸۶		سال ۸۷		سال ۸۸		سال ۸۹		سال ۹۰	
	کل مراجعین	درصد ارجاع	کل مراجعین	درصد ارجاع	کل مراجعین	درصد ارجاع	کل مراجعین	درصد ارجاع	کل مراجعین	درصد ارجاع	کل مراجعین	درصد ارجاع
ازران	۲۰۷۰	۲۰/۷	۲۴۳۱	۱۰	۱۹۲۶	۸/۳	۲۲۸۰	۵/۳	۱۲۹۲	۱۱/۸	۱۵۶۹	۱۴/۲
ازوار	۹۲۹۷	۹/۷۰	۷۰۹۲	۱۰/۴	۷۰۹۵	۱۸/۱۰	۸۹۵۹	۹/۳	۸۶۴۶	۵/۵	۵۹۰	۶/۷
جوشقان استرک	۵۶۷۶	۵۸/۰	۶۰۶۷	۱۰/۲	۵۴۲۵	۱۵	۶۱۵۱	۷/۹	۴۷۸۵	۴/۸۸	۳۵۰۴	۲۱/۶
حسنارود	۴۰۰۲	۸۲/۸	۴۲۸۶	۲۰/۶	۳۸۲۴	۱۳/۷	۳۸۶۵	۱۸	۳۰۰۱	۲/۵۲	۲۳۵۰	۱۲/۲
سن سن	۴۷۶۴	۵۲/۹	۴۱۷۴	۱۱/۱	۳۶۰۳	۱۷/۹	۳۳۴۷	۱۱/۲	۴۰۵۱	۶/۵۳	۴۳۳۷	۱۴/۳
قهروود	۱۰۸۳	۱۲/۷	۱۲۳۹	۱۱/۷	۱۶۳۱	۷/۶	۱۵۰۱	۱۲/۸	۱۰۶۸	۱۱/۱	۹۹۵	۱۰/۹
کله	۲۸۶۷	۵۶/۷	۴۲۹۷	۲۰	۳۱۴	۱۴/۷	۲۷۶۱	۱۸/۳	۲۵۸۴	۷/۸	۲۰۴	۱۱/۵
وادقان	۳۴۲۲	۳۰/۶	۱۷۷۳	۱۲/۶	۱۵۱۳	۱۵	۲۳۳	۱۰/۳	۱۹۴۳	۱۲/۷	۱۵۹۵	۱۱
مرق	۲۷۶۷	۱۰/۲۴	۱۸۸۸	۳/۷	۳۳۱۷	۱۸/۶	۳۲۱۹	۷/۹	۱۶۴۳	۱۶/۴	۱۸۲۹	۱۳/۷
ورکان	۱۸۳۳	۱۲/۲	۱۶۳۴	۶/۶	۴/۷	۵۳	۱۶۴۹	۱۱/۱	۱۱۳۷	۳/۳	۱۰۶۷	۵/۹
نیاسر	۴۳۲۹	۷۵/۱	۴۵۲۹	۱۷/۷	۴۲۱۱	۳۵/۹	۴۳۵۳	۶/۱	۳۳۳۶	۱۳/۸	۲۴۹۲	۱۴/۲
جوشقانقالا	۳۰۷۶	۲۷/۰	۳۳۰۰	۸/۷	۳۷۹۵	۷/۸	۲۳۲۷	۶/۷	۱۹۹۵	۲/۱۵	۱۶۷۸	۱۵/۲
کامو	۲۸۴۸	۳۸/۳	۲۶۱۱	۱۳/۴	۱۷۷	۵/۴	۲۸۶۶	۹/۹	۲۱۵۷	۲/۱۵	۲۰۴۵	۱۰
قمصر	۳۴۴۵	۱۹/۵	۲۲۵۸	۷/۹	۱۴۴	۳۶/۱	۵۲۰۶	۱۰/۵	۵۲۶۱	۷/۱۱	۳۶۸۲	۳۷/۱
شمس	۳۹۲۷	۱۷/۶	۳۸۱۰	۴/۵	۴۶۲۲	۸/۴	۱۷۰۲	۱۴/۳	۷۱۳	۱۰/۳	۷۳۵	۱۶/۶
قمصر	۵۳۰۳	۹/۱۸	۵۲۵۴	۱۷/۳	۱۳۷۸	۱۷/۶	۴۵۸۹	۱۷/۴	۲۹۰۰	۱۵/۶	۲۸۹۸	۱۲/۷
مطهری	۸۴۱۲	۱۲/۵۱	۸۸۶۶	۱۴/۸	۹۵۳۸	۱۸/۷	۸۳۳۵	۱۰/۳۴	۸۷۵	۱۲	۶۷۵۱	۹/۶
مشکات	۹۰۸	۹/۲	۱۳۲۱	۱۰/۱	۱۶۷	۱۷/۸۶	۱۳۹۳	۷/۷	۱۰۳۲	۹/۸	۷۶۷	۶/۵
برزک	۶۷۷	۷/۳	۷۷۵	۱۰/۷	۱۱۱۶	۹/۴	۱۰۷۰	۷/۴	۸۳۸	۸/۴	۵۸۹	۱۰/۴
فین	۱۲۶۳۳	۱۵/۵	۲۰۹۲۰	۳۰/۱۲	۱۹۹۵۰	۱۵/۸	۱۷۶۰۹	۱۰/۳	۱۳۶۸۸	۱۰/۶	۱۳۳۳	۸/۵
امیر کبیر	۱۰۷۴۶	۱۶/۳۳	۱۱۳۵۴	۱۵/۲	۷۴۹۸	۱۴/۴	۷۴۸۲	۹/۲	۷۲۸۴	۹/۴	۵۲۳۵	۲/۸
ابوزیدآباد	۶۱۵۳	۸۶/۱	۱۷۰۲۰	۱۴	۹۸۴۹	۱۵/۳	۱۰۳۶۹	۱۰	۸۰۸۳	۱۰/۳	۷۸۲۸	۱۰/۱
نوش آباد	۸۱۲۰	۱۱/۸۵	۶۱۹۷	۱۴/۶	۴۷۴۷	۱۳/۹	۴۴۶۷	۸/۵	۳۲۳	۸/۷	۳۱۱۰	۹/۹
سفیدشهر	۱۰۶۲۵۸	۱۵/۰۰۶	۱۳۳۱۰۴	۱۳/۶	۱۷۱۴۱	۱۴	۱۰۷۷۵	۱۱/۹	۸۸۶۴۰	۹/۲۳	۷۶۳۳	۱۱/۷
جوادالائم	جمع											

داده های حاصل از پرسشنامه نشان داد که از دیدگاه پزشکان خانواده بالاترین و پایین ترین نمره به ترتیب مربوط به میزان دانش، مهارت و مسئولیت پذیری کارکنان سلامت با میانگین $۱/۲۳ \pm ۳/۴۵$ (مطلوب) و میزان همکاری پزشکان سطح دو با میانگین $۱/۶۷ \pm ۱/۸۸$ (نامطلوب) است (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد چهارگانه

معیار	میانگین + انحراف معیار	وضعیت
میزان آگاهی و فرهنگ جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده	$۲/۰۵ \pm /$	نامطلوب
میزان دانش مهارت و مسئولیت پذیری تیم سلامت	$۳/۴۵ \pm /$	مطلوب
میزان همکاری پزشکان سطح دو	$۱/۶۷ \pm /$	نامطلوب
میزان امکانات و تسهیلات برنامه پزشک خانواده	$۳/۰۲ \pm /$	مطلوب
جمع	$۲/۸۷۲۵ \pm /$	نامطلوب

بحث

با توجه به نتایج پژوهش حاضر تعداد پزشک مورد نیاز با توجه به بعد جمعیت تحت پوشش ۲۰/۹ پزشک (به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی یک پزشک طبق دستور العمل برنامه پزشک خانواده سال ۱۳۹۱) می باشد، در حالیکه ۳۳/۵ پزشک موجود است که نشان دهنده عدم کمبود تعداد پزشک می باشد. لذا می توان استنباط نمود که استقبال پزشکان خانواده از برنامه مناسب بوده و جمعیت تحت پوشش مورد مطالعه حداقل با کمبود پزشک روبرو نیستند و در صورت اجرای صحیح و کامل برنامه های طرح، طبق اصول از پیش طراحی و سیاستگذاری شده، امکان تحقق اهداف برنامه و تصحیح نقاط ضعف برنامه در آینده وجود دارد. داده های مربوط به اجرای پزشک خانواده در ایالت متحده آمریکا نشان می دهد که به طور متوسط بیش از ۶۰ درصد از منابع عمومی برای مراقبت از بیماری های مزمن به پزشکان خانواده و عمومی اختصاص می یابد. براساس این مطالعه از کل پزشکان همکاری کننده با طرح پزشک خانواده ۱۲ درصد متخصص پزشک خانواده، ۱۳/۵ درصد متخصص داخلی، ۵/۴ درصد متخصص زنان و زایمان و ۳ درصد را جراح عمومی و ۵۸/۹ درصد بقیه را پزشکان عمومی و سایر تخصص ها تشکیل می دادند (۱۸)، در حالی که در مراغه (۲۵)، تایلند (۱۹) و مطالعه حاضر کلیه پزشکان خانواده را پزشکان عمومی تشکیل می دادند و سایر متخصصین در اجرای این طرح نقشی نداشتند.

نتایج حاصل از تحلیل یافته های پژوهش نشان داد که میانگین آگاهی و اطلاعات جامعه تحت پوشش برنامه خانواده از دیدگاه پزشکان خانواده وضعیت نامطلوبی داشت که با نتایج مطالعات انجام شده توسط علیدوستی و همکاران (۱۲)، خجسته (۱۵) و نیز شایق و نصرافهانی (۱۶) همسو و با نتایج هلاکویی و همکاران (۱۷) و طاووسی و همکاران (۱۸) همراستا نمی باشد. با توجه به گذشت بیشتر از ۸ سال از اجرای این برنامه، به نظر می رسد که آگاهی مردم و جامعه ی تحت پوشش با میانگین و انحراف معیار $2/05 \pm 0/45$ (نامطوب) نسبت به برنامه

پزشک خانواده ناکافی باشد. شروع اجرای برنامه پزشک خانواده به صورت یک برنامه با جمعیت محدود و صرفا در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و حتی در برخی از استان ها به صورت پایلوت باعث گردیده است که در خصوص اطلاع رسانی به جامعه سیاستگذاری های اندکی صورت گرفته و گاهی اجرای برنامه بدون هیچ اطلاع رسانی صحیح از اهداف برنامه به جامعه عرضه گشته است. لذا توجه جدی مسئولان و مجریان برنامه در جهت بهبود آرایه اطلاعات به جامعه تحت پوشش و آشناسازی آن ها با ابعاد مختلف برنامه مذکور را طلب می کند. با توجه به نتایج پژوهش مشابه و ارتباط معکوس سن و آگاهی جامعه تحت پوشش نسبت به برنامه پزشک خانواده (۱۲)، به نظر می رسد آموزش به جوانان بایستی در اولویت قرار گیرد.

امکانات و تسهیلات برنامه پزشک خانواده مانند ساختمان مراکز بهداشتی درمانی و وسایل نقلیه و تجهیزات موجود در مراکز کاشان، با توجه به کمک های بالای خیرین، از نظر پزشکان خانواده در وضعیت مطلوبی قرار داشت، ولیکن چمن و همکاران در مطالعه خود بیان کردند بسیاری از مولفه های پزشک خانواده از جمله ملزومات و تجهیزات اداری و پزشکی کمتر از حد انتظار بوده (۱۳) که با مطالعه حاضر ناهمسو است. از نظر چمن و همکاران (۱۳) و رئیس و همکاران (۲۱) ارجاع بیماران به سطح دو (که شامل متخصصان است) و پیگیری آن ها، تکمیل پرونده سلامت جمعیت تحت پوشش و جامعه، آرایه پسخوراند از سطح دو و صدور گواهی فوت نامطلوب بوده است، که موید نتایج حاضر می باشد.

به نظر می رسد فقدان نظام نظارتی از سوی دانشگاه ها و بیمه های خدمات درمانی به پسخوراند نامناسب از سطح دو به سطح یک آرایه خدمات در برنامه پزشک خانواده دامن بزند. از سوی دیگر، احتمالا با رعایت دقیق اصول نظام ارجاع مطابق با ضوابط استانی و کشوری توسط پزشک و اطلاع رسانی مشکلات و کمبودهای مراکز به مراجع ذیربط در راستای حل مشکلات معیشتی مردم بومی (۲۱)، می توان به بهبود آرایه پسخوراند از سطح دو به سطح پایینتر کمک کرد.

آن بوده است. لذا با توجه به ارزیابی مطلوب پزشکان خانواده مورد مطالعه از امکانات و تسهیلات برنامه، توجه خاص به ارتقای این مهم به عنوان امری انگیزشی، احتمالاً سبب ارتقای عملکرد پزشکان و کاهش درصد ارجاع و ارائه بهتر خدمات به جمعیت تحت پوشش خواهد شد. نصراله پور شیرانی در مطالعه خود به شناخت اندک بیمه شدگان بیمه روستایی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره مندی از دفترچه بیمه روستایی و طرح پزشک خانواده اشاره نموده و بر ضرورت اجرای برنامه های آموزشی برای جامعه تحت پوشش به خصوص بیمه شدگان روستایی تاکید نموده است (۲۷).

نتیجه گیری نهایی

با توجه به یافته های حاصل از پژوهش، به طور کلی وضعیت ارجاع به سطح دو از دیدگاه پزشکان خانواده نامطلوب ارزیابی شد. آموزش و توجیه کلیه سطوح درگیر در ارائه خدمات بهداشتی درمانی از اهداف برنامه پزشک خانواده لازم و ضروری است. عملکرد نامناسب نظام ارجاع می تواند ناشی از مشکلات سیاستگذاری یا اجرای طرح و یا توجه ناکافی به زیرساخت های موجود و مورد نیاز برنامه باشد.

به نظر می رسد بتوان با تشکیل پرونده سلامت الکترونیکی برای جمعیت تحت پوشش، ایجاد انگیزه و توجیه پزشکان متخصص در نحوه برخورد با بیماران ارجاعی، باز تعریف دقیق جمعیت تحت پوشش، توجه به مشکلات معیشتی و حقوق و مزایای اعضای تیم سلامت، به عنوان رویکردهای موثر در بهبود کیفیت نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در این خصوص اقدام شایسته ای انجام داد.

پیشنهاد می گردد با آموزش کارکنان سطوح مختلف نظام شبکه و مردم، نظارت جامع تر و انجام ارزیابی های مقطعی از کیفیت عملکرد پزشکان و فراهم کردن شرایط بیتوته مناسب برای آن ها در روستاها جهت در دسترس بودن آن ها در ساعات شبانه روز و افزایش رضایتمندی عموم از این برنامه مهم ملی، به بهبود کیفیت نظام ارجاع کمک کرد.

پزشکان خانواده مورد مطالعه سطح دانش و عملکرد اعضای تیم سلامت را مطلوب ارزیابی نمودند که با نتایج پژوهش مطلق و همکاران (۲۰) و رئیسی و همکاران (۲۱) مطابقت داشت. عملکرد و دانش مناسب کارکنان سلامت می تواند ناشی از آموزش های بدو و ضمن خدمت مناسب (۲۳)، با تجربه بودن اعضای تیم سلامت (۲۴) و یا بومی بودن اکثر اعضای تیم سلامت مانند بهروزان باشد (۲۵).

نظر به بهبود برخی از شاخص های سلامت پس از اجرای برنامه پزشک خانواده از سال ۱۳۸۴ تا کنون می توان به آموزش پزشکان خانواده و سایر کارکنان سلامت به عنوان یکی از راهکارهای موثر در برطرف کردن نقاط ضعف و بهبود نقاط قوت برنامه پزشک خانواده نگاه کرد (۲۶). ترابیان و همکاران رضایت ۱۲۱ پزشک خانواده استان همدان از موارد مختلف در طرح پزشک خانواده را بسیار کم ارزیابی نموده و خاطر نشان کردند که سطح رضایت پایین پزشکان نه تنها باعث عملکرد نامطلوبشان و آسیب به اجرای طرح می شود، بلکه باعث کاهش سطح سلامت و بهداشت جامعه نیز خواهد شد (۲۵). میانگین ۱۲/۳۹ درصدی ارجاع به سطح دو در برنامه پزشک خانواده در مطالعه حاضر نشان دهنده عدم رعایت استانداردهای نظام ارجاع می باشد که با نتایج مطالعه نصراله پورشیروانی و همکاران (۱۱) همخوانی دارد و به نظر می رسد به دلیل عدم توجیه مناسب از اهداف برنامه پزشک خانواده و افزایش هزینه ها باشد.

مطالعه مذکور عدم رعایت بسیاری از اصول نظام ارجاع از سطح یک به سطح بالاتر و بالعکس و نیاز به اصلاح، آموزش و مداخله در این زمینه را یادآور شد. به گفته مطلق و همکاران (۲۰) پزشکان خانواده از کارکرد مرکز بهداشت شهرستان و متخصصان طرف قرارداد سطح دو و دارندگان دفترچه بیمه روستایی ناراضی و از اعضای تیم سلامت راضی بودند، که با یافته های پژوهش حاضر مطابق بود. این تطابق احتمالاً ناشی از نیاز برنامه ها به اصلاح و تقویت هماهنگی سطح اول و دوم نظام شبکه در جهت تامین نیازمندی های سطح اول است. مطلق و همکاران (۲۰) بیان کردند که کمترین سطح رضایت پزشکان خانواده مربوط به کمیت حق الزحمه و پرداخت به موقع

تشکر و قدردانی

اجرای طرح و کلیه اعضای تیم سلامت و پزشکان خانواده مراکز مجری طرح پزشک خانواده که با صبر و دقت با پژوهشگران همکاری نموده و نظرات ارزشمند خویش را در راستای بهبود برنامه پزشک خانواده بی دریغ در اختیار پژوهشگران قرار دادند، صمیمانه تشکر و قدردانی می گردد.

مطالعه ی حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی شماره ۹۲۲۲ مصوب ۱۳۹۲/۰۲/۱۷ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان می باشد. بدینوسیله از معاونت محترم بهداشتی به جهت حمایت مالی، کارشناسان واحد گسترش بخاطر مساعدت در

منابع

- 1- 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).
- 2- Ghoharinejhad S. [Health system decentralization on Iran University and Medical Sciences]. Proceeding of 5th National Congress of Healthcare Administration Student; 2007 May 9-12; Iran, Tabriz: p.32 (Persian).
- 3- Davoudi S. [Introduction to Health Reform]. 1st Edition, Tehran: Asare Mouaser. 2006. 233-7. (Persian).
- 4- [Ministry of Health and Medical Education. Administrative guide direction of family physician and Rural Insurance].. Network Management Center. 2012 (Persian).
- 5- http://siasat.behdasht.gov.ir/uploads/291_1041_19_matn-ketab-p-final-8-3-91.pdf
- 6- Najim A, Alidoosti M, Sharifirad GH. [Study of knowledge, attitude and satisfaction toward the Family Physician Program in Rural Regions of Isfahan, Iran]. Health System Research Journal. 2011;7(6): 883-890.
- 7- Baghbanian M. Report of Salamat News. [on-Line]. Available: http://irje.tums.ac.ir/files/site1/user_files_fa20ef/tums-A-10-25-125-c3b3276 . Accessed Jun 2, 2004.
- 8- Nasrollahpour Shirvani S, Raeisee P, Motlagh M, Kabir M, Ashrafian H. [Evaluation of the Performance of Referral System in Family Physician Program in Iran University of Medical Sciences: 2009]. Hakim. 2010; 13 (1):19-25 (Persian).
- 9- Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation and Policy.UK: Oxford University Press, 1992: 70-85.
- 10- Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demand for non-urgent treatment at accident and emergency. Emergency Medicine Journal. 2000; 18(6):482-7.
- 11- Nasrollahpour Shirvani SD, AshrafianAmiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR. [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 (Persian).
- 12- Alidosti M, Tavassoli, E, Delaram, M, Najmi, A, Sharifi, Gh. [The relationship between satisfaction and knowledge about family-doctor program in Shahr-e-Kord]. Zahedan Researches Journal. 2011; 13(6): 36-39 (Persian).

- 13- Chaman R, Amiri M, Raei M, Alinejad M, Nasrollahpour Shirvani SD. [National Family Physician Program in Shahroud: Assessing Quality of Implementation and Condition of Settings]. *Hakim Research Journal*. 2011;14(2): 123- 129 (Persian).
- 14- Tawfik KA, Al Shehri AM, Abdul-Aziz F, Khwaja MS. Patterns of referral from health centers to hospital in Riyadh region. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 1997; 3(2): 236-53.
- 15- Khojasteh F. [The study of knowledge, attitude and practice about cervical cancer and pap smear of women that visited Zahedan health center clinics]. *Scientific Medical Journal*. 2004; (41): 1-9 (Persian).
- 16- Shayegh SH, Nasr Esfehni M. [The study of knowledge and attitude level of dental students in faculties of dentistry in Iran regarding dental health services in therapeutic and health networks]. *Daneshvar Medicine Journal*. 2007; 71(15): 53-6 (Persian).
- 17- Holakouie Naeini K, Moradi A, Pourmalek F, Majdzadeh SR. [Knowledge and attitude and practice regarding the mass Anti-Measles and Rubella Immunization Campaign (2004) in the Population Covered by Tehran University of Medical Sciences]. *Iran Epidemiology Journal*. 2005; 1(1): 47-57 (Persian).
- 18- Tavoosi A, Zaferani A, Enzevaei A, Tajik P, Ahmadinezhad Z. Knowledge and attitude towards HIV/AIDS among Iranian students. *BMC Public Health Journal*. 2004; 4: (17) Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/4/17>
- 19- Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. [Monitoring performance of family physicians in Yazd]. *Toloo Behdasht Yazd Journal*. ۲۰۰۹; 6(1-2): 16-26 (Persian).
- 20- Motlagh E, Nasrollahpour D, Ashrafian H, Kabir M, Shabestani A, Movoodi S. [Satisfaction of health team from family doctor performance in Iran north provinces]. *Journal of Nursing and Midwifery of Urmia University of Medical Sciences*. 2012; 9(3): 180-187 (Persian).
- 21- Raeesi P, Nasrollahpour Sirvani D, Kabir MJ. [To evaluate the quality of family physician program in Iran University of Medical Sciences]. Tehran: Reported research project of Iran University of Medical Sciences. 2009; 47-98 (Persian).
- 22- Nikniaz AR, Ferahbaghsh M, Sadegh Tabrizi J. [Comparison of management patterns and job satisfaction in health cooperatives and public health centers]. *Journal of Tabriz University of Medical Science*. 2006;29(2): 139-146 (Persian).
- 23- Jannati A, Maleki M, Gholizade M, Narimani M, Vakeli S. [Assessing the strengths and weaknesses of family physician program]. *Knowledge & Health Journal*. 2010;4(4):39-44 (Persian).
- 24- Barati O, Maleki M, Gohari M, Kabir M, Amiresmaeeli M. [The effect of family doctor program on health indicators]. *Journal of Payesh*. 2013; 11(3):361-363 (Persian).
- 25- Torabian S, Cheraghi M, Azarhomayoon A. [Family physician program: Physicians' satisfactions in Hamadan]. *Payesh*. 2013; 12(3): 289-296 (Persian).

26- Motlagh E, Nasrollahpour D, Ashrafian H, Kabir M, Shabestani A, Movoodi S. [Familiarity of rural people engaged in rural assurance towards principles, facilities, and conditions of rural assurance in family physician (FP) program in northern provinces of Iran]. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences;2008; 2(3): 180-187 (Persian).

27- Jaturapatporm D, Dellow A. Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors?. BMC Family Practice. 2007; Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/8/14>.

The performance of referral system from the perspective of family physicians of Kashan University of Medical Sciences: 2007-20012

Nasiripour AA¹, *Motaghi M², Navvabi N³

Abstract

Introduction: Access of needy people to special services is achieved through referral system. The aim of this study was to determine the function of referral system from the perspective of family physicians of Kashan University of Medical Sciences between 2007 to 2012.

Materials & Methods: This descriptive study was conducted in all health centers of Kashan and Aran Bidgol, which implement the family physician program. From total of 118 family physicians who were involved in the study period, the researcher were contacted with 100 census statistical methods family physicians. 40 family physicians participated in the pilot test and ultimately 56 physicians participated in the study. The data gathering instrument was "The Function of Referral System from the Perspective of Family Physicians Questionnaire" with two parts. Part one is on demographic information and part two contains 20 items in 4 dimensions. Content validity of the questionnaire were validated through 10 experts. Internal consistency was confirmed. Data analysis was performed using Excel and SPSS/16.

Findings: The average age and duration of employment as a family physician was $33/3 \pm 6/32$ and $55/4 \pm 9/6$ years. In addition, the average of awareness and culture was 2.05 equivalent inappropriate, knowledge and skills of health team was 3.45 equivalent appropriate, level of specialist cooperation was 1.67 equivalent inappropriate, equipment of family doctors was 2.66 equivalent inappropriate and statues of referral system was 2.45 equivalent inappropriate.

Conclusion: The situation of referral system was unacceptable. It is recommended to improve easy access to specialist services, training and related interventions in the field of public and health staff to become familiar with the goals of the family physician.

Keywords: Family physician program, Family physician evaluation, Referral system.

Received: 1 February 2014

Accepted: 10 May 2014

1- Associate Professor, Health Services Management Department, Faculty of Management and Economics, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2- Ph.D Student of Health Services Management, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran. (Corresponding author)

E-mail: monika3005@yahoo.co.uk

3- Health Deputy, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

- The effect of Family Centered Empowerment Model on mothers' QOL of girls under six years old with UTI.....93**
Zafar Ramazanian Z, Alhani F, Anoosheh M
- Burnout, dimensions and its related factors in the operational staff of medicine emergency...94**
Ebrahimi H, Navidian A, Ameri M, Sadeghi M
- The effect of workplace organizing technique (5S) on nurses' productivity in Isfahan hospitals' operating rooms.....95**
Nouri A, Hosseini MA, Dalvandi A
- The correlation between nurses' conflict and head nurses' emotional intelligence in the emergency ward of teaching hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences.....96**
Tourani S, Amadi B, Karami A
- Assessment competencies among emergency nurses for responding in disaster situation with Objective Structured Clinical Examination.....97**
Aliakbari F, Aein F, Bahrami M
- The performance of referral system from the perspective of family physicians of Kashan University of Medical Sciences: 2007-20012.....98**
Nasiripour AA, Motaghi M, Navvabi N
- Related Factors to use computer based on "Technology Acceptance Model".....99**
Hosseini M, R Esmaeili R, Khavari Z, Yaghmaei F
- Barriers of East Azerbaijan Islamic Council members' involvement in health system: A qualitative study.....100**
Babaie J, Jabbari Beyrami H