

Investigating the Impact of the Family Physician Program on Maternal and Child Mortality Trends (Case Study: Garami City)¹

Akbar Talebpour², Khadijeh Zamiri³

Received: 2024/04/30

Accepted: 2025/03/04

Abstract

This study aimed to investigate the impact of the family physician program on improving maternal and child health indicators before and after its implementation in Garami City. The research utilized secondary analysis of existing data as well as the opinions of local experts. To conduct the study, maternal and child mortality indicators were compared for the years before the program (2004–2005) and after the program (2017–2020). In addition, local experts' views on various dimensions and the effectiveness of the program were collected and analyzed. Data analysis was performed using SPSS and PLS software through structural equation modeling. The results showed that secondary data analysis indicated a significant difference in maternal and child mortality indicators before and after the program. Moreover, according to local experts, the family physician program significantly influenced maternal and child health indicators based on the criteria of effectiveness, proportionality, adequacy, efficiency, and monitoring, with effectiveness being the highest-priority factor. Considering the importance of the "Youth and Population Growth Law" and the critical role of reducing maternal health problems in promoting childbirth and population growth, the findings highlight the necessity of strengthening and continuing the family physician program. It is recommended that policymakers prioritize the expansion and maintenance of this program.

Keywords: Family Physician Program, Maternal and Child mortality, Garami City, Local Experts, Structural Equation Modeling.

JEL Classification: I18, O21, O44, C81.

1 .doi: 10.22051/ieda.2025.47053.1416

2. Associate Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Social Sciences and Economics, Alzahra University, Tehran, Iran. Corresponding Author. Email: a.talebpour@alzahra.ac.ir.

3. M.Sc. Department of Demography, Faculty of Humanities, Electronic Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: mzamiri26@yahoo.com

مقاله پژوهشی

بررسی تأثیر برنامه پزشک خانواده بر روند مرگ‌ومیر مادر و کودک (مطالعه موردی:

شهرستان گرمی)^۱

اکبر طالب پور^۲ و خدیجه ضمیری^۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۱۱

چکیده

هدف تحقیق بررسی تأثیر برنامه پزشک خانواده در ارتقا شاخص‌های بهداشت مادر و کودک در قبل و بعد از اجرای برنامه در شهرستان گرمی با استفاده از تحلیل ثانویه داده‌های موجود و همچنین مراجعه به آراء متخصصین محلی بود. به منظور انجام مطالعه، از یک‌سو میانگین شاخص‌های مرتبط با مرگ‌ومیر مادران و کودکان قبل و بعد از اجرای برنامه طرح پزشک خانواده (سال‌های ۸۳ و ۸۴ به عنوان سال‌های مبنای قبل از اجرای برنامه و سال‌های ۹۶ تا ۹۹ به عنوان سال‌های بعد از اجرای برنامه) مورد مقایسه قرار گرفت و از سوی دیگر نظر متخصصین محلی در مورد ابعاد و اثربخشی این برنامه سنجیده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و همچنین نرم‌افزار PLS در قالب استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. نتایج تحقیق نشان دادند که از یک‌سو داده‌های تحلیل ثانویه نشانگر تفاوت معنادار شاخص‌های مرگ‌ومیر مادران و کودکان در سال‌های قبل و بعد از اجرای برنامه بودند و از سوی دیگر از منظر متخصصین محلی، برنامه پزشک خانواده دارای ملاک‌های اثربخشی، تناسب، کفایت، کارایی و پایش بر شاخص‌های بهداشتی مادر و کودک بودند و تأثیر معناداری داشتند که در این بین ملاک تأثیرگذاری نسبت به سایر مؤلفه‌ها از اولویت بیشتری برخوردار بود. توجه به قانون جوانی و افزایش جمعیت از یک‌سو و نقش بی‌بدیل کاهش مسائل و آسیب‌های مادران در فرزندآوری و افزایش جمعیت از سوی دیگر، لزوم توجه به برنامه پزشک خانواده را نشان می‌دهد و با عنایت به تأثیرگذاری این برنامه توصیه می‌شود متولیان امر در این زمینه اهتمام جدی داشته و نسبت به استقرار و استمرار این برنامه توجه و عنایت کافی نمایند.

واژگان کلیدی: پزشک خانواده، مرگ‌ومیر مادران و کودکان، شهرستان گرمی، متخصصین محلی، مدل‌یابی معادلات ساختاری.

طبقه‌بندی موضوعی: I18, O21, O44, C81

مقدمه و بیان مسئله

۱. کد DOI مقاله: 10.22051/ieda.2025.47053.1416

۲. دانشیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصاد، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران. نویسنده مسئول: Email: a.talebpour@alzahra.ac.ir

۳. دانش آموخته کارشناسی ارشد، گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد الکترونیک، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Email: mzamiri26@yahoo.com

در طول سال‌های گذشته، توجه به نابرابری‌های اجتماعی در بهره‌گیری از خدمات بهداشتی-درمانی افزایش یافته است. در بسیاری از مناطق جهان نیاز به اصلاحات در بخش بهداشت و درمان وجود دارد و افزایش بهره‌وری از سیستم مراقبت بهداشتی- درمانی یکی از اهداف اصلاحات است (هانبرگر^۱، ۲۰۰۱). وانگ و همکاران^۲ (۲۰۱۱) در پژوهش خود بیان نمودند که خود-ارجاعی باعث ازدحام و شلوغی واحد فوریت‌ها و بیمارستان‌ها می‌شود و اگر این امکان فراهم شود که همه ارجاعات به‌وسیله پزشک عمومی غربالگری شوند، از حجم کاری واحدهای سطوح بالاتر کاسته می‌شود (امامی و اشتریان، ۱۳۹۱) در کشور ما جریان اصلاح نظام سلامت از حدود سال ۱۳۸۱ پا گرفته است. اصلاح نظام سلامت برای تداوم پاسخگو بودن این نظام در برابر نیازهای جامعه، ضرورت تام دارد. هدف اصلاح نظام سلامت در ایران دزدن به سلسله‌هایی از تغییرات هدفمند مستمر برای بهبود کارایی و اثربخشی، ارتقای سطح سلامت مردم و جامعه، تأمین دسترسی همگان به خدمات، محافظت مردم در برابر مخاطرات مالی ناشی از بیماری‌ها، تأمین مالی پایدار و اصلاح نظام پرداخت‌ها است یکی از کارهای صورت گرفته در زمینه اصلاح نظام سلامت، تدوین آیین‌نامه نظام ارجاع و پزشک خانواده است که ارائه خدمات از طریق سطح‌بندی آن‌ها را مدنظر دارد بنابراین سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در کشورمان به‌منظور توسعه عدالت اجتماعی طراحی و اجرا گردیده است (شادپور، ۱۳۹۳).

در راستای تلاش پیگیر مجلس شورای اسلامی به‌ویژه کمیسیون بهداشت و درمان و با همکاری سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، در قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه خدمات درمانی موظف شد با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنین مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰ نفر، امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب سیاست پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد (حافظی و همکاران، ۱۳۸۸).

در بین گروه‌های جمعیتی موجود در جامعه، کودکان به علت دارا بودن شرایط خاص جسمی و رشد سریع و تأثیرپذیری از عوامل مختلف محیطی و غیره از اقشار بسیار آسیب‌پذیر جامعه محسوب شده و نیازمند مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مناسب و با کیفیت بالا هستند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۳). این موضوع به‌قدری مهم است که جامعه جهانی و سازمان جهانی بهداشت به‌ویژه در سال‌های اخیر گزارش جهانی خود را به این مهم اختصاص داده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۵) و اهداف توسعه هزاره نیز به‌عنوان یک هدف کلی بر آن تأکید نموده‌اند. با این وجود، دو مورد از اهداف مهم توسعه هزاره (ریشه‌کن‌سازی فقر و کاهش مرگومیر کودکان و مادران) بدون مداخلات کم‌هزینه و اثربخش بهداشتی و تغذیه‌ای قابل‌دستیابی نخواهد بود (جباری بیرامی و همکاران، ۱۳۹۱). حتی در بهترین شرایط، اگر سازمانی روزی بر پایه واقعیت‌های موجود در پاسخگویی به نیازهای جامعه بر پا شود، به‌تدریج با تغییر شرایط بیرونی، توان پاسخگویی به نیازها را از دست می‌دهد. به همین ترتیب در بخش بهداشت و درمان نیز موضوعاتی عمومی همچون جهانی شدن و اقتصاد بازار از یک طرف، سطح انتظارات را از نظام بهداشتی درمانی جهت ارائه خدمات با کیفیت بهتر و کمیت بیشتر بالا برده است و از طرفی، استفاده افراطی از فناوری‌های پیشرفته

بهداشتی درمانی، هزینه های بهداشتی درمانی را افزایش داده است و علاوه بر آن دگرگون شدن الگوی بیماری ها، در کنار فقر و تنگدستی و سطح درآمدی پایین اکثریت جمعیت روستانشین و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ هزار نفر، لزوم حفظ دستاوردهای بهداشتی اولیه و اصلاح بخش بهداشت را اجتناب ناپذیر کرد. یافته های ریسی و همکاران (۱۳۹۰) بر شاخص های بهداشتی مادر و کودک جمعیت روستایی مشهد با استناد به داده های زیج حیاتی نشان داد که اجرای طرح، تأثیر مثبتی بر روی شاخص های بهداشتی مادران و کودکان روستایی داشته است. همچنین پژوهش بردین و همکاران^۱ (۲۰۱۸) در کوبا نشان داد که استفاده از پزشک خانواده در کاهش مرگ و میر کودکان نقش مثبتی داشته است. با توجه به این موضوع که سلامت کودکان و مادران از جایگاه ویژه ای در نظام سلامت برخوردار بوده و یکی از بخش های اصلی بسته های خدماتی طرح پزشک خانواده در کشورمان است و همچنین توجه به این موضوع که در این زمینه مطالعات جدید و کافی صورت نگرفته است، نیاز به انجام تحقیقاتی از این دست احساس می شود. به نظر می رسد تلاش در راستای پاسخ به این سؤال که آیا برنامه پزشک خانواده در ارتقاء شاخص های بهداشتی (مرگ و میر) مادر و کودک تأثیر دارد، می تواند به عنوان یک مطالعه مقدماتی جهت تسری به سایر نقاط استان و حتی کشور شود و شائبه های موجود در این زمینه را مرتفع سازد؛ بنابراین تحقیق درصدد پاسخ به این سؤال خواهد بود که آیا برنامه پزشک خانواده در ارتقاء شاخص های بهداشتی مادر و کودک تأثیر دارد؟ و همچنین درصدد پاسخگویی به میزان ارتقاء هر کدام از این شاخص ها در جامعه مورد مطالعه خواهیم بود. بدیهی است که انجام مطالعه حاضر با عنایت به در دسترس بودن داده های دوره های قبل و بعد از اجرای این برنامه می تواند تحلیل ثانویه بسیار مهمی در این زمینه قلمداد شده و بسیاری از مسائل مرتبط در این زمینه را تحت پوشش قرار دهد.

پیشینه نظری داخلی و خارجی

۱. پیشینه داخلی

نتایج تحقیق رضایی و همکاران (۱۴۰۳) در مورد چالش های اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع بیمه روستاییان در استان خوزستان نشان داد که پایین بودن جذابیت شغلی برای ماندگاری پزشکان و فقدان تناسب بین دستمزد پزشکان با نرخ تورم، نقش کلیدی در کاهش انگیزه کادر پزشکی دارد؛ همچنین تأخیر در پرداخت حقوق و کارانه تیم سلامت و حق سرانه پایین به ازای جمعیت تحت پوشش، از چالش های دیگر طرح است که اجرای بهینه این برنامه را با مشکل مواجه کرده است.

محمدی بلبان آباد و همکاران (۱۳۹۸) در تحقیقی با عنوان چالش ها و موانع برنامه پزشک خانواده روستایی از دیدگاه ذی نفعان در استان کردستان: مطالعه کیفی نشان دادند چالش ها و موانع اجرایی برنامه پزشک خانواده روستایی در ۱۶ زیر طبقه و ۵ طبقه اصلی دسته بندی شد. چالش های تولیدی، چالش های ارائه خدمت، چالش های فرهنگی و آموزشی، چالش های نیروی انسانی و چالش های زیرساختی طبقه های



اصلی بودند. مهم‌ترین زیرطبقه‌های چالش‌ها نیز شامل ضعف سیاست‌گذاری، تدوین قوانین و مقررات، ضعف در کارکرد بیمه‌ها، ضعف هماهنگی درون‌بخشی و بین‌بخشی، ضعف نظام ارجاع، ضعف در بسترسازی فرهنگی و اطلاع‌رسانی برنامه به جامعه، ماندگاری پایین پزشکان، مکانیسم‌های انگیزشی نامناسب و ضعف نظام اطلاعاتی بودند.

مهرپور و تاجور (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان تحلیل سیاست‌گذاری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در ایران با استفاده از چارچوب مثلث تحلیل سیاست نشان دادند اغلب نقش‌آفرینانی که در استقرار و اجرای برنامه پزشک خانواده نقش داشتند، عملکردشان در راستای بهبود برنامه نبوده است. از چالش‌های مهم دیگری که در ابعاد محتوا، زمینه و فرآیند دیده شد، می‌توان نبود اهداف اولویت‌بندی شده، تغییرات مکرر مسئولین تصمیم‌ساز وزارت بهداشت در حوزه پزشک خانواده، شتاب‌زدگی در اجرا بدون برنامه‌ریزی دقیق، تعدد صندوق‌های بیمه و عدم کمیت و کیفیت مناسب بازخورد را برشمرد.

موسی فرخانی و همکاران (۱۳۹۴) در تحقیقی درباره علل پایین بودن ماندگاری پزشکان خانواده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد نشان دادند بیش از نیمی از پزشکان خانواده مؤنث (۵۹ درصد) و سن حدود ۸۰ درصد از پزشکان بین ۲۵ تا ۴۲ سال با میانگین سنی ۳۲/۷ سال بوده است. همچنین حدود ۸۲ درصد از پزشکان خانواده متأهل بوده‌اند. میانگین سابقه کار پزشکان خانواده در برنامه پزشک خانواده ۱۶ ماه بوده است. بر اساس نتایج این تحقیق، پزشکان مهم‌ترین دلایل انصراف خود از ادامه‌ی فعالیت در برنامه را به ترتیب پایین بودن مبلغ قرارداد، تأثیر پایین نمره پایش در حقوق دریافتی و تعدد مسئولیت‌های محوله به پزشک اعلام کردند.

نریمانی و همکاران (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان ارزیابی انطباق برنامه پزشک خانواده با ابعاد سیاست‌گذاری از دیدگاه متخصصین سلامت در تبریز انجام دادند. نتایج حاکی از آن بود که حدود نیمی از آزمودنی‌ها اعتقاد داشتند که برنامه کامل و یا زیاد با ابعاد سیاست‌گذاری منطبق بود و سایر آزمودنی‌ها انطباق برنامه را با ابعاد سیاست‌گذاری به ترتیب متوسط، خیلی کم و اصلاً بیان کردند.

قنبری جهرمی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان بررسی شاخص‌های زیج حیاتی مراکز بهداشتی درمانی روستایی شیراز قبل و بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده طی سال‌های ۹۱-۱۳۸۰ نشان دادند از بین هشت شاخص زیج حیاتی شیراز رابطه معناداری بین چهار شاخص (درصد مرگ نوزاد زیر یک ماه، درصد مرده‌زایی، درصد کودکان زیر یک سال و درصد موالید خام) قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده وجود داشت؛ به عبارتی این چهار شاخص بعد از اجرای طرح پزشک خانواده روند رو به رشدی داشتند که نشان از تأثیر مثبت این طرح داشت.

اعلایی اردکانی و همکاران (۱۳۹۲) با مقایسه شاخص‌های مدیریت خدمات بهداشتی روستایی قبل و بعد از اجرای پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان یزد نشان دادند که مقایسه شاخص‌های مدیریت خدمات بهداشتی، قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده، حاکی از آن است که علی‌رغم بهبود شاخص نسبت ماما به مرکز، اجرای برنامه پزشک خانواده نتوانسته بر میانگین شاخص‌های



دیگر از قبیل نسبت جمعیت به پزشک، درصد دسترسی به آزمایشگاه، متوسط اقلام دارویی موجود در داروخانه مراکز روستایی و متوسط زمان حضور پزشک در شهرستان های استان یزد تأثیر مثبت داشته باشد. مهرالحسنی و همکاران (۱۳۹۱) پژوهشی با عنوان چالش های اجرای سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان کرمان: یک مطالعه کیفی انجام دادند. داده های حاصل از مصاحبه گروهی متمرکز و مرور اسنادی به روش تحلیل محتوا تحلیل گردید. نتایج نشان دادند که چالش های این سیاست به هفت مقوله اصلی شامل مکانیزم های انگیزشی نامناسب، ضعف در اثربخشی آموزشی، ضعف در جامعیت دستورالعمل های اجرایی، ضعف در کفایت سرانه و تخصیص آن، کارآمدی پایین نظام مدیریت اطلاعات سلامت، نقص در زنجیره ارجاع و بستر سازی فرهنگی ناکافی تقسیم گردیده اند.

خیاطان و همکاران (۱۳۹۰) تحقیقی با عنوان بررسی تأثیر سیاست های کلی سلامت در اجرای طرح پزشک خانواده بر هزینه های درمانی بیماران تحت پوشش بیمه انجام دادند. نتایج این تحقیق نشان داد که سیاست های کلی اجرای طرح پزشک خانواده بر هزینه های درمانی بیماران تحت پوشش بیمه، تأثیر معناداری دارد و اجرای طرح پزشک خانواده بر هزینه های درمانی افراد تحت پوشش بیمه تأثیر گذار بوده است.

بخشیان و همکاران (۱۳۹۰) پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر طرح پزشک خانواده بر روی شاخص های بهداشتی کودکان در شهرستان تبریز انجام دادند. نتایج نشان دادند برخی از اجزای خدمات مراقبت کودکان همچون تعداد مراقبت ها، مکمل یاری، سن شروع اولین مراقبت، موارد ارجاع و بستری بعد از حضور پزشک خانواده بهبود معنی دار آماری داشتند ولی مدت تغذیه با شیر مادر، تغییرات آنتروپومتریک قد و وزن تأثیر معنی داری را در بهبود شاخص ها نشان ندادند.

ریبسی و همکاران (۱۳۹۰) در تحقیق خود با عنوان تأثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص های بهداشتی مادر و کودک جمعیت روستایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد نشان دادند که اجرای طرح پزشک خانواده هیچ گونه تأثیر معنی داری بر بهبود شاخص های بهداشت مادر و کودک نداشته است. بررسی روند این شاخص ها از سال ۸۰ الی ۸۶ نشان داد که اجرای برنامه پزشک خانواده تأثیر مثبتی بر تمامی شاخص های مورد مطالعه در این پژوهش به جز میزان مرگ و میر مادران داشته است. هر چند که در این پژوهش نتایج تحلیل واریانس میانگین های شاخص های سال های قبل و بعد از اجرای برنامه تفاوت معنی داری را نشان نداد، ولی بررسی روند تغییرات این شاخص ها در طی هفت سال مورد مطالعه تأثیر مثبت برنامه را بر آن ها تأیید می کند.

۲. پیشینه خارجی

نتایج مطالعه ونترز و همکاران^۱ (۲۰۲۴) نشان داد پزشکان خانواده باید ظرفیت های خود را برای گوش دادن عمیق به دیگران افزایش دهند. این امر به ویژه هنگام ارائه خدمات به بیمارانی که از خدمات



محروم هستند، حائز اهمیت است. کیفیت مراقبت‌های بهداشتی که این بیماران دریافت می‌کنند، بستگی به درجه‌ای دارد که پزشکان برای گوش دادن و درک تلاش می‌کنند. پزشکان خانواده ممکن است به‌طور فعال و منظم با شرایطی مواجه شوند که در آن احساس می‌کنند از توانایی‌های خود نامطمئن هستند. این امر نیاز به نگرانی ندارد، چون مردم زمانی که با چنین عدم قطعیتی مواجه می‌شوند، بهتر یاد می‌گیرند. حمایت دیگران از جمله همکاران، بیماران و اعضای جامعه به آن‌ها کمک می‌کند تا در این فضاهای ناراحت‌کننده به درستی رفتار کنند. این تجربیات به پزشکان خانواده کمک می‌کند تا شجاعت بالینی مورد نیاز برای کار با اطمینان به عنوان پزشک عمومی روستایی در محیط‌های با منابع محدود را به نحو مؤثرتری ایفا نمایند.

اوتا و سانو^۱ (۲۰۲۲) در پژوهشی در مورد پیاده‌سازی اصول پزشکی خانواده در رویکردهای سیستمی نشان دادند در سال ۱۹۷۹، مک وینی ۹ اصل پزشکی خانواده را پیشنهاد کرد که پزشکان خانواده باید هنگام ارائه مراقبت از بیماران در جوامع خود به آن‌ها پایبند باشند. بررسی و تأمل در این اصول روشن کرده است که اصول باید بیشتر مورد تأکید و عمل قرار گیرند. علاوه بر این، رویکردهای محترمانه پزشکان خانواده‌های مختلف ضروری است. برای انطباق با شرایط متغیر مراقبت‌های بهداشتی، آموزش پزشکی خانواده می‌تواند بیشتر بر مراقبت‌های فردمحور و سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی به عنوان متخصصان خاص سیستم تمرکز کند، به تفاوت‌های ارائه مراقبت‌های بهداشتی بین مناطق شهری و روستایی احترام بگذارد و دانشجویان پزشکی و دستیاران را برای تبدیل شدن به پزشک خانواده ترغیب کند.

یی^۲ (۲۰۲۱) با بررسی وضعیت نظام مراقبت کشور چین نشان داد؛ دولت چین با ارائه بیمه پایه درمان (BMI)^۳ به عنوان یک کالای عمومی برای همه شهروندان چینی، سلامت و ایمنی زندگی مردم را به عنوان مسئولیت اصلی خود در نظر گرفته است. با این حال، کسری پوشش همچنان بین چین و سایر کشورهای دارای سیستم تامین اجتماعی توسعه یافته وجود دارد؛ اما این طرح توانسته است منجر به ارتقای سطح سلامت مردم روستایی و شهری گردد و به‌واسطه اجرای آن، شاخص‌های عملکردی نظیر دسترسی، برابری و کیفیت به طرز معنی‌داری ارتقا یابد.

پینه‌ئو^۴ (۲۰۱۹) در پژوهش مراقبت‌های بهداشت عمومی کوبا: مدلی از موفقیت برای کشورهای در حال توسعه، نشان داده است که به‌کارگیری پزشک خانواده برنامه مؤثری در زمینه مرگومیر نوزادان بوده است. لازم به توضیح است که کوبا تنها کشوری است که دارای پزشک خانواده و برنامه‌ای شبیه طرح پزشک خانواده در کشور ایران است.

تانزی و ونترز^۵ (۲۰۱۸) در مطالعه خود نشان دادند که پزشک خانواده و نظام ارجاع در ۵۰ سال گذشته در پاسخ به نیاز جامعه به پزشکان آموزش دیده‌تر و استفاده از رشد تکنولوژیک پزشکی در جامعه

1. Ohta & Sano

2. Yi

3. BMI: Basic Medical Insurance

4. Pineo

5. Tunzi & Ventres



هدف (بیماران) تکامل یافته است. این الگو بر اساس یک مدل مراقبت مبتنی بر رابطه در دسترس، جامع، مستمر، جامعه محور و بیمار محور است؛ بنابراین اخلاق حرفه‌ای در برنامه پزشکی خانواده با اخلاق در بسیاری از رشته‌های دیگر پزشکی متفاوت است و بر نقاط قوت مختلف تأکید نموده و ارزش‌های متفاوت انسانی را نشان می‌دهد.

بیگز و همکاران^۱ (۲۰۱۰) در تحقیق آیا ثروتمندان همیشه سالم‌ترند؟ به بررسی تأثیر سطح درآمد ملی، نابرابری و فقر بر سلامت عمومی در آمریکای لاتین با تأکید بر پیاده‌سازی برنامه پزشکی پرداختند و اظهار داشتند که افزایش تولید ناخالص داخلی تأثیر مثبت قابل توجهی بر سلامت جمعیت دارد. با این حال، قدرت این رابطه به شدت تحت تأثیر سطوح تغییر فقر و نابرابری است. زمانی که فقر در حال افزایش بود، افزایش تولید ناخالص داخلی تأثیر قابل توجهی بر امید به زندگی یا مرگ و میر ناشی از سل نداشت و تنها به کاهش اندکی در میزان مرگ و میر نوزادان منجر شد. زمانی که نابرابری در حال افزایش بود، افزایش تولید ناخالص داخلی تأثیر متوسطی بر امید به زندگی و نرخ مرگ و میر نوزادان داشت و تأثیری بر میزان مرگ و میر ناشی از سل نداشت. در نهایت بر اساس این تحقیق، مشخص شد که نابرابری و فقر تأثیرات مستقل و اساسی بر رابطه بین سطح درآمد ملی و سلامت دارند؛ در واقع ثروتمندتر بودن نشانه سالم‌تر بودن است، اما اینکه چقدر نشانه سالم‌تر بودن باشد به نحوه توزیع افزایش ثروت بستگی دارد.

با مرور پیشینه تحقیقات داخلی و خارجی متوجه می‌شویم که در سال‌های اخیر تحقیقات خوبی در این زمینه صورت گرفته که نشان از اهمیت این مباحث در سازمان‌ها نظام سلامت است؛ اما ظاهراً در این میان هیچ تحقیقی اثر برنامه پزشکی خانواده در ارتقا شاخص‌های بهداشت مادر و کودک را مورد سنجش قرار نداده است و جای خالی چنین تحقیقی در میان تحقیقات مرتبط در این حوزه به‌شدت احساس می‌شود. به همین خاطر پژوهش حاضر به این موضوع پرداخته است و در این تحقیق سعی شده است تأثیر برنامه پزشکی خانواده در ارتقا شاخص‌های بهداشت مرگ‌ومیر مادران و کودکان در شهرستان گرمی پرداخته شود تا از این رهگذر تأثیر یا عدم تأثیر چنین برنامه‌هایی در عمل به بوته آزمون گذاشته شود.

مبانی و مرور نظری

۱. تئوری سرمایه انسانی

بر اساس تئوری سرمایه انسانی، سلامت پیش‌نیاز دستیابی به رفاه اجتماعی است؛ به‌گونه‌ای که با ارتقاء سلامت می‌توان به اهدافی همچون رشد در تولید ناخالص ملی واقعی، افزایش امنیت، اشتغال و ارتقاء بهره‌وری دست یافت. مصارف سلامتی که خود مبتنی بر منابع قابل تأمین است، بر پرداخت و نوع خدمت اثرگذار بوده و رابطه دوطرفه دارد. این موضوع موجب تغییر در تقاضا می‌گردد و به نوبه خود بر اشتغال کارکنان سلامتی اثرگذار بوده و به علت ارائه خدمات مختلف، معاینات تشخیصی درمانی، رونق کارخانه‌های دارویی، غذایی و تجهیزاتی منجر به رشد و تولید داخلی شده و نهایتاً بر رفاه جامعه اثرگذار است؛



بنابراین چنین می‌توان نتیجه گرفت که به دنبال وجود تقاضا برای دریافت خدمات سلامت، اشتغال ایجاد می‌شود که با اثرگذاری بر رشد در تولید داخلی موجب افزایش سطح رفاه می‌شود. بنابراین سلامتی، محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و دارای اهمیت ویژه‌ای در توسعه زیرساخت بخش‌های مختلف جامعه است. هدف نهایی نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم است تا بتوانند با برخورداری از سلامت کافی در فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی سهمین شوند (جنتی و همکاران، ۱۳۹۰).

۲. نظام سلامت هاروارد

پنج اهرم اصلی انجام تغییرات و اصلاحات در نظام سلامت بر اساس نظریه نظام سلامت دانشگاه هاروارد عبارت از تولید، سازمان‌دهی، تأمین مالی، قوانین و مقررات و رفتار است که هرکدام از این‌ها به تنهایی اعمال اثر کرده و در صورتی که با هم به کار روند اثر هم‌افزایی قابل توجهی دارند. در این راستا از سال ۱۳۸۱ در ایران بر اساس توجه به این رویکرد به ادعای بسیاری از نقش‌آفرینان حوزه نظام سلامت، طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع که از بخش عمده‌ای از اهرم‌های فوق در راستای سازمان‌دهی و اصلاح نظام سلامت برخوردار بوده است (جباری و همکاران، ۱۳۹۱)، به‌عنوان بهترین گزینه برای اصلاح نظام سلامت مطرح گردید.

۳. نظام ارجاع

هدایت و کنترل تولید و مصرف خدمات سلامت در بسیاری از کشورهایی که از نظر تأمین منابع مالی مشکل دارند یا محدودیت کمتری دارند، اصلی پذیرفته شده است. یکی از اقدامات اساسی توصیه‌شده از سوی سازمان بهداشت جهانی و سازمان جهانی پزشک خانواده که به کاربرد مطلوب از منابع کمیاب حوزه سلامت منجر شده است، استقرار نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۸). در نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده جمعیت مشخصی به یک پزشک تحویل داده می‌شود و پزشک از همه سوابق خانوادگی، بیماری‌ها و مشکلات بیمار اطلاع می‌یابد؛ بنابراین، هرگاه بیمار به پزشک مراجعه کند، پزشک دقیقاً می‌داند که مشکلات قبلی آن بیمار چه بوده و در حال حاضر چه اقدام پزشکی باید برای وی انجام دهد و اگر به اقدامات پزشکی، تخصصی، یا آزمایشگاهی احتیاج باشد، آن بیمار را به پزشک مربوطه ارجاع می‌دهد. کشورهای پیشرو در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع توانسته‌اند با رویکرد سلامت‌نگر، کل‌نگر و توجه به ابعاد سلامتی و ریشه‌یابی علل بیماری در روش و محیط زندگی و نیز تشخیص و درمان به موقع، همراه با کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم، ضمن ارتقای سلامتی فرد، خانواده و اجتماع، با هزینه‌کرد کارا و اثربخش منابع به اجرای عدالت در سلامت بپردازند و در نهایت رضایت مردم و ارائه‌کنندگان خدمات سلامتی را ارتقا دهند. طرح پزشک خانواده که به دنبال اصلاحات ریشه‌ای و چالش‌های دیرپا و بنیانی نظام سلامت و برقراری عدالت اجتماعی در حوزه نظام سلامت و درمان بوده است، ریشه در مبانی قانونی و نظام سلامت مبتنی بر نظریات گوناگون توسعه دارد و مطالعه جایگاه



و روند اجرایی پزشک خانواده در نظام سلامت ایران می‌تواند چالش‌های اجرایی آن را مورد بررسی اجمالی قرار دهد. از آنجاکه اجرای برنامه پزشک خانواده به همکاری‌های بین بخشی و مشارکت مردمی نیاز داشت، فرهنگ‌سازی برای تمام تأثیرگذاران در این عرصه ضروری بود. مقاومت مردم، پزشکان و حتی مسئولین در برابر اجرای این برنامه از مواردی بود که شایسته توجه بود. عدم اجرای صحیح سیستم ارجاع توسط پزشکان متخصص و عدم پیگیری ارجاعات توسط پزشک خانواده و بی‌توجهی مردم به رعایت آن، نمونه‌هایی از مشارکت پایین جامعه در اجرای این برنامه بود. دلیل این مقاومت به عدم آگاهی و آموزش کافی در مورد برنامه پزشک خانواده و نیز عدم نگرش مطلوب به آن و اعتماد پایین به پزشکان خانواده در این رابطه برمی‌گردد. مطالعات چندی، مقاومت پزشکان خانواده و پزشکان متخصص در برابر برنامه پزشک خانواده را آشکار نموده‌اند (نصراله پور و همکاران، ۱۳۹۲).

روش پژوهش

این تحقیق برحسب هدف از نوع کاربردی و برحسب نحوه گردآوری داده‌ها از دو نوع تحلیل ثانویه بر اساس تجزیه و تحلیل یافته‌های موجود قبل و بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده و سنجش دیدگاه متخصصین محلی در مورد برنامه استفاده نموده است تا با استفاده از یک رویکرد ترکیبی تأثیر سیاست مورد مطالعه را بررسی نماید. زمانی که یک تحقیق از اطلاعات ثانویه استفاده می‌کند، مجموعه‌ای از منابع داده‌های ثانویه را که از قبل موجود هستند مورد استفاده قرار می‌دهد و نسبت به واریانس داده‌ها در دو بازه زمانی قبل و بعد از اجرای یک سیاست خاص توجه می‌نماید. از سوی دیگر بررسی دیدگاه متخصصین محلی دخیل در زمینه یک سیاست خاص علاوه بر صحت یافته‌ها، می‌تواند نظر این متخصصین را در اجرای بهتر چنین برنامه‌ای نشان دهد. در تحقیق حاضر با توجه به ماهیت موضوع و روش تحقیق، از یک سو اسناد، مدارک موجود و اطلاعات ثبت شده در پرونده مادر و کودک جهت تجزیه و تحلیل استفاده شده است و از سوی دیگر نظر متخصصین محلی که در امر درمان در منطقه مورد بررسی حضور داشتند استفاده شده است تا همپوشانی کاملی در زمینه داده‌های موجود و دیدگاه‌های متخصصین وجود داشته باشد و ارزیابی جامع و مانعی از سیاست مورد مطالعه انجام شود. به منظور سنجش شاخص‌های بهداشت مادر و کودک از شش شاخص مرتبط با بهداشت مادران و کودکان (شاخص مرده زایی، متولدین با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، مرگ‌ومیر نوزادان زیر یک ماه، مرگ‌ومیر نوزادان زیر یک سال، مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال و مرگ‌ومیر مادران) در دو دوره قبل و بعد از اجرای برنامه استفاده شد. در ادامه این شاخص‌ها با استفاده از شش مؤلفه اثربخشی، تناسب، تأثیرگذاری، کفایت، کارایی و پایش برنامه از منظر متخصصین محلی ارزیابی شد تا ارزیابی کامل انجام شود. اعتبار پرسشنامه محقق ساخته تحقیق در مورد سیاست پزشک خانواده ابتدا از طریق اعتبار صوری و با استفاده از نظرات اساتید متخصص آمار و روش‌های تحقیق، مورد تأیید قرار گرفت. در ادامه اعتبار سازه‌ها به روش تحلیل عاملی تأییدی (CFA)^۱ و اعتبار تشخیصی با استفاده از میانگین



واریانس استخراج شده (AVE)^۱ بررسی شد. تحلیل عاملی تأییدی همسویی سؤالات پرسشنامه جهت اندازه‌گیری مفاهیم مربوطه را نشان داد و اعتبار تشخیصی با استفاده از میانگین واریانس استخراج شده نیز حاکی از اعتبار ابزار اندازه‌گیری بود. برای سنجش پایایی ابزار اندازه‌گیری تحقیق از شاخص آلفای کرونباخ استفاده شد که این شاخص پایایی بالایی را برای ابزار اندازه‌گیری تحقیق نشان داد؛ به عبارت دیگر اندازه ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی تمامی مؤلفه‌ها بزرگ‌تر از سطح قابل قبول خود بودند؛ بنابراین سازه‌های پرسشنامه از پایایی مطلوبی برخوردار بودند. به منظور انجام نمونه‌گیری تحقیق با عنایت به ماهیت تحلیل ثانویه در مرحله اول همان گونه که اعلام شد، از روش تمام شماری استفاده شد. همچنین در مرحله ارزیابی نظر متخصصین نیز، با توجه به تعداد کم متخصصین، تمام این افراد مورد مطالعه واقع شدند و محققین با تک تک این افراد مصاحبه نمودند. اطلاعات پژوهش با توجه به آشنایی محققین با محیط مورد مطالعه و متخصصین محلی مرکز بهداشت شهرستان گرمی از اتقان بسیار بالایی برخوردار هستند. با عنایت به اعلان اصول کلی مطالعه به متخصصین محلی و بی‌نام بودن پرسشنامه و همچنین اصل گمنامی مطالعات مرتبط با مادران و کودکان، تحقیق تلاش بسیار زیادی نموده است تا اخلاق پژوهش را رعایت نماید و به اصل نورنگ در مورد پایبندی به اخلاق پژوهشی متکی باشد.

فرضیه‌های پژوهش

- (۱) از منظر متخصصین محلی، اثربخشی برنامه پزشک خانواده در کاهش روند مرگومیر مادر و کودک مؤثر بود.
- (۲) از منظر متخصصین محلی، تناسب برنامه پزشک خانواده در کاهش روند مرگومیر مادر و کودک مؤثر بود.
- (۳) از منظر متخصصین محلی، تأثیرگذاری برنامه پزشک خانواده در کاهش روند مرگومیر مادر و کودک مؤثر بود.
- (۴) از منظر متخصصین محلی، کفایت برنامه پزشک خانواده در کاهش روند مرگومیر مادر و کودک مؤثر بود.
- (۵) از منظر متخصصین محلی، کارایی برنامه پزشک خانواده در کاهش روند مرگومیر مادر و کودک مؤثر بود.
- (۶) از منظر متخصصین محلی، پایش برنامه پزشک خانواده در کاهش روند مرگومیر مادر و کودک مؤثر بود.

تجزیه و تحلیل جداول مرتبط و داده‌های تحقیق با استفاده از روش‌های آماری مرتبط با آمار توصیفی و آمار استنباطی انجام شده است و در این مسیر از نرم‌افزارهای آماری SPSS و PLS به منظور نمایش و تلخیص بهینه داده‌های آماری استفاده شده است.

یافته های پژوهش

تحلیل پرسشنامه های تحقیق در دو بخش نتایج توصیفی و نتایج استنباطی مورد بحث قرار گرفته است که در ادامه مورد بررسی قرار می گیرد.

۱. نتایج توصیفی

جنسیت کادر درمان مورد مطالعه

جنسیت کادر درمان مورد مطالعه در قالب جدول شماره (۱) آورده شده است.

جدول ۱. جنسیت پاسخگویان

جنسیت	فراوانی	درصد فراوانی
مرد	۹	۲۲
زن	۳۱	۷۸
جمع	۴۰	۱۰۰

منبع: محاسبات پژوهش

همان گونه که نتایج جدول فوق نشان می دهد، بیشترین فراوانی یعنی ۳۱ نفر (۷۸ درصد) از پاسخگویان در این تحقیق زن بودند و تنها ۹ نفر (۲۲ درصد) از پاسخگویان شامل مردان بوده اند.

تحصیلات پاسخگویان

تحصیلات کادر درمان مورد مطالعه در قالب جدول شماره (۲) آورده شده است.

جدول ۲. تحصیلات کادر درمان

مدرک تحصیلی	فراوانی	درصد فراوانی
لیسانس	۱۷	۴۳
فوق لیسانس	۸	۲۰
دکترای حرفه ای	۱۵	۳۸
جمع	۴۰	۱۰۰

منبع: محاسبات پژوهش

همان گونه که نتایج جدول فوق نشان می دهد، بیشترین فراوانی یعنی ۱۷ نفر (۴۳ درصد) از پاسخگویان دارای سطح تحصیلات لیسانس، ۸ نفر (۲۰ درصد) دارای سطح تحصیلات فوق لیسانس و ۱۵ نفر (۳۸ درصد) از کادر درمان مورد مطالعه دارای مدرک تحصیلی دکترای حرفه ای بوده و پزشک بودند.

رسته شغلی

رسته شغلی کادر درمان مورد مطالعه در قالب جدول شماره (۳) آورده شده است.

جدول ۳. رسته شغلی پاسخگویان

رسته شغلی	فراوانی	درصد فراوانی
پزشک	۱۵	۳۷
ماما	۱۳	۳۳
پرستار	۱۲	۳۰
جمع	۴۰	

منبع: محاسبات پژوهش

همان‌گونه که نتایج جدول فوق نشان می‌دهند بیشترین فراوانی یعنی ۱۵ نفر (۳۷ درصد) از پاسخگویان دارای رسته شغلی پزشکی، ۱۳ نفر (۳۳ درصد) دارای رسته شغلی ماما و ۱۲ نفر (۳۰ درصد) از کادر درمان مورد مطالعه دارای رسته شغلی پرستاری بودند.

شاخص‌های مورد بررسی پزشک خانواده در سال‌های قبل و بعد از اجرا

شاخص‌های مورد بررسی پزشک خانواده در سال‌های قبل و بعد از اجرا در قالب جدول شماره (۴) آورده شده است.

جدول ۴. شاخص‌های مورد بررسی پزشک خانواده در سال‌های قبل و بعد از اجرا

شاخص‌های مورد بررسی در هزار نفر	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۹۸	۱۳۹۹
مرده زایی (در هزار نفر)	۱/۸۳	۱/۷۵	۰/۸۷	۰/۷۱
متولدین کمتر از ۲۵۰۰ گرم (در هزار نفر)	۵/۹۶	۵/۷۷	۳/۳۵	۲/۹۶
مرگ نوزاد زیر یک ماه (در هزار نفر)	۱۵/۴۹	۱۲/۴۳	۷/۵۰	۶/۴۹
مرگ نوزاد زیر یک سال (در هزار نفر)	۱۸/۳۰	۱۶/۳۹	۹/۲۴	۸/۷۵
مرگ کودک زیر پنج سال (در هزار نفر)	۱۹/۷۱	۱۶/۳۱	۱۱/۲۰	۱۰/۳۵
مرگ مادر (در هزار نفر)	۰/۰۲	۰/۰۱	۰	۰

منبع: محاسبات پژوهش

به‌منظور بررسی و مقایسه دقیق شاخص‌های مورد بررسی پزشک خانواده در سال‌های قبل و بعد از اجرا، سال‌های ۱۳۸۳ و ۱۳۸۴ از سال‌های قبل از اجرای برنامه انتخاب شدند و سال‌های ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ از سال‌های پس از اجرای برنامه انتخاب شدند. همان‌گونه که نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، تمامی شاخص‌های دارای ریسک بالا در سال‌های اجرا و پس از اجرای برنامه پزشک خانواده به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است و این امر از منظر آماری نشان از کارایی برنامه موردنظر بوده است.



سنجش میزان کارایی شاخص های برنامه پزشک خانواده از منظر متخصصین محلی

سنجش میزان کارایی شاخص های برنامه پزشک خانواده در سال های اجرا از منظر متخصصین محلی بر اساس امتیازی که کادر درمان مورد مطالعه به کارایی برنامه های پزشک خانواده در شهرستان گرمی داده اند، به صورت میانگین، انحراف استاندارد و آمارهای توصیفی محاسبه و در قالب جدول شماره (۵) ارائه شده است.

جدول ۵. شاخص های مرکزی و پراکندگی برنامه پزشک خانواده

آمار توصیفی	میانگین	میانه	مد	انحراف استاندارد	واریانس
اثربخشی	۳/۰۱	۲/۳۹	۱/۸۸	۰/۶۵	۰/۲۱
تأثیرگذاری	۲/۹۸	۲/۲۱	۱/۷۴	۰/۷۵	۰/۴۷
تناسب	۳/۲۱	۲/۴۵	۱/۹۳	۰/۵۹	۰/۶۱
کفایت	۳/۳۱	۲/۰۲	۱/۶۲	۰/۵۴	۰/۲۹
کارایی	۳/۰۹	۱/۹۸	۱/۴۳	۰/۶۱	۰/۳۷
پایش	۲/۹۹	۲/۰۳	۱/۵۴	۰/۷۱	۰/۳۳

منبع: محاسبات پژوهش

همان گونه که نتایج جدول فوق در قالب یافته های پژوهش نشان می دهد، این برنامه از منظر تمامی ابعاد مورد بررسی از منظر متخصصین محلی در کاهش شاخص های مرتبط با مرگ و میر مادران و کودکان مؤثر بوده است. طبق نتایج جدول، میانگین اثربخشی برنامه مساوی ۳/۰۱، تأثیرگذاری برنامه مساوی ۲/۹۸، تناسب برنامه مساوی ۳/۲۱، کفایت برنامه مساوی ۳/۳۱، میانگین کارایی برنامه مساوی ۳/۰۹ و میانگین پایش برنامه مساوی ۲/۹۹ بوده است. بر این اساس در بین مؤلفه های برنامه های پزشک خانواده بیشترین میانگین مربوط به معیار کفایت (۳/۳۱) و کمترین میانگین مربوط به اثرگذاری (۲/۹۸) بوده است؛ البته بقیه موارد نیز در حد متوسط و بالاتر از حد متوسط قرار داشته اند. با عنایت به قرار داشتن تمامی آیتم های مورد بررسی در حد متوسط و بالاتر از حد متوسط می توان اذعان نمود که برنامه پزشک خانواده در کاهش آسیب شاخص های مرگ و میر مادران و کودکان دارای تأثیر بالایی بوده است و اجرای برنامه هایی از این دست بدون شک می تواند نقش مهمی در کاهش چنین آسیب هایی داشته باشد.

۲. نتایج استنباطی

به منظور انجام آزمون های پارامتریک لازم است ابتدا پیش فرض های اساسی چنین آزمون هایی مورد توجه قرار گیرد تا صحت آزمون مورد تردید قرار نگیرد. یکی از ملاک های اساسی آزمون های پارامتریک،



نرمال بودن داده‌های مورد بررسی است. برای این منظور ابتدا از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها استفاده شد و با توجه به نرمال بودن داده‌ها از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه و مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد که در ادامه با توصیف بیشتری توضیح داده می‌شود.

آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها

جدول ۶. نتایج بررسی نرمال بودن داده‌های تحقیق

متغیر	درجه آزادی	آماره آزمون	P	توزیع
اثربخشی	۳۷۹	۲/۴۳۲	۰/۳۰۴	نرمال
تأثیرگذاری	۳۷۹	۱/۳۱۲	۰/۱۴۱	نرمال
تناسب	۳۷۹	۱/۱۰۱	۰/۱۹۱	نرمال
کفایت	۳۷۹	۱/۵۰۱	۰/۱۴۳	نرمال
کارایی	۳۷۹	۲/۳۴۱	۰/۲۵۲	نرمال
پایش	۳۷۹	۲/۲۱۳	۰/۲۰۲	نرمال
	۳۷۹	۲/۴۵۲	۰/۲۹۱	نرمال

منبع: محاسبات پژوهش

همان‌گونه که نتایج جدول آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان می‌دهد، داده‌های تحقیق همگی در حد نرمال قرار دارند و با توجه به این امر که مقادیر سطح معنی‌داری در کلیه متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ است، بنابراین کلیه متغیرهای پژوهش حاضر از توزیع نرمال برخوردار هستند و بنابراین انجام آزمون‌های پارامتریک مجاز است.

آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه عوامل مؤثر برنامه پزشک خانواده

به‌منظور سنجش ابعاد مختلف مؤثر بر برنامه پزشک خانواده این ابعاد در مدل تحلیل رگرسیون چندگانه قرار گرفت که نتایج این کار در قالب جدول شماره (۷) آورده شده است.



جدول ۷. تحلیل رگرسیون چندگانه عوامل مؤثر بر برنامه پزشک خانواده

متغیر مستقل	B	β	T	سطح معناداری
اثربخشی	۰/۸۶۸	۰/۹۵۱	۲/۶۸۱	۰/۰۰
تأثیرگذاری	۰/۷۷۷	۰/۸۷۴	۲/۱۸۵	۰/۰۰
تناسب	۰/۷۰۹	۰/۷۴۵	۲/۱۸۷	۰/۰۲
کفایت	۰/۸۰۴	۰/۸۴۲	۳/۳۱۶	۰/۰۰
کارایی	۰/۷۹۹	۰/۸۲۵	۲/۸۹۸	۰/۰۰
پایش	۰/۸۸۱	۰/۹۲۳	۳/۰۱۱	۰/۰۲
R				۰/۵۴۲
R ²				۰/۲۹۳
Adjusted R ²				۰/۲۱۱
Sig				۰/۰۰۰

بر اساس نتایج به دست به دست آمده از جدول شماره (۷) و تحلیل رگرسیون چندگانه می توان گفت که متغیرهای مستقل تحقیق در مجموع حدود ۳۰ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تعیین نموده و توضیح داده اند و حدود ۷۰ درصد از تغییرات متغیر وابسته تحقیق خارج از مدل مفهومی ارزیابی شد. بر اساس نتایج جدول فوق و نمرات استاندارد بتا متغیرهای شش گانه اثربخشی با بتای (۰/۹۵۱)، پایش با بتای (۰/۹۲۳)، تأثیرگذاری با بتای (۰/۸۷۴)، کفایت با بتای (۰/۸۴۲)، کارایی با بتای (۰/۸۲۵) و تناسب با بتای (۰/۷۴۵) به عنوان ابعاد مؤثر بر برنامه پزشک خانواده به ترتیب بیشترین تأثیر را در تبیین متغیر مستقل بر عهده داشتند. با عنایت به نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه و ضرایب بتا می توان گفت که تمامی فرضیات تحقیق در نمونه آماری هدف مورد تأیید قرار گرفته اند، بنابراین می توان گفت که:



- (۱) از منظر متخصصین محلی، اثربخشی برنامه پزشک خانواده در کاهش روند مرگومیر مادر و کودک مؤثر بود.
- (۲) از منظر متخصصین محلی، پایش برنامه پزشک خانواده در کاهش روند مرگومیر مادر و کودک مؤثر بود.
- (۳) از منظر متخصصین محلی، تأثیرگذاری برنامه پزشک خانواده در کاهش روند مرگومیر مادر و کودک مؤثر بود.
- (۴) از منظر متخصصین محلی، کفایت برنامه پزشک خانواده در کاهش روند مرگومیر مادر و کودک مؤثر بود.
- (۵) از منظر متخصصین محلی، کارایی برنامه پزشک خانواده در کاهش روند مرگومیر مادر و کودک مؤثر بود.
- (۶) از منظر متخصصین محلی، تناسب برنامه پزشک خانواده در کاهش روند مرگومیر مادر و کودک مؤثر بود.

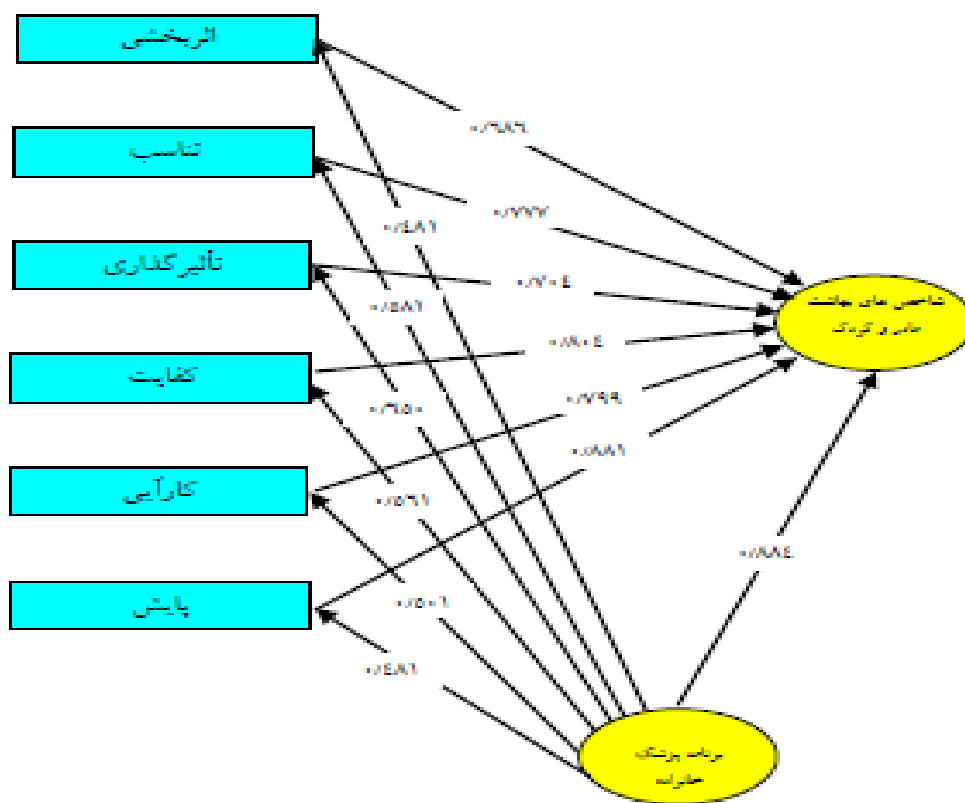
۳. بررسی مدل پژوهش

در این پژوهش برای بررسی مدل از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مربعات جزئی (PLS)^۱ استفاده شد. به نظر بسیاری از پژوهشگران، استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM)^۲ معادل استفاده از تحلیل مبتنی بر کوواریانس و روش درست‌نمایی است. هنگام برآورد یک مدل نظری شیوه‌های متفاوتی برای تخمین پارامترهای جامعه وجود دارد. این برآورد باید نزدیک‌ترین ماتریس را به ماتریس نمونه‌ای بازتولید نماید تا بدین‌وسیله آماره کای دو تا آنجا که امکان دارد به صفر نزدیک شده و برازش مدل با داده‌های پژوهش ثابت شود. برای اینکه اختلاف این دو ماتریس به حداقل برسد توابع مختلفی وجود دارد که مهم‌ترین آن‌ها روش حداکثر درست‌نمایی (ML)^۳ و PLS است، این روش به‌عنوان یک روش مبتنی بر کوواریانس بخش غالب روش‌های تحلیل معادلات ساختاری را در علوم انسانی تشکیل می‌دهد. مدل‌سازی معادلات ساختاری به روش PLS برخلاف روش کواریانس محور، فاقد شاخص‌های برازش مدل مبتنی بر کای دو جهت بررسی میزان مطابقت مدل نظری با داده‌های گردآوری شده است. شاخص‌های برازش که به همراه این رویکرد توسعه یافته‌اند،

1. Partial Least Square
2. Structural Equation Modeling
3. Maximum Likelihood

مربوط به بررسی کفایت مدل در پیش‌بینی متغیرهای وابسته همچون شاخص نیکویی برازش (GOF)^۱ است. درواقع این شاخص‌ها نشان می‌دهند که برای مدل اندازه‌گیری معرف‌ها تا چه حد توانائی پیش‌بینی سازه زیربنایی خود را دارند و برای مدل ساختاری، متغیرهای برون‌زا تا چه حد و با چه کیفیتی توانائی پیش‌بینی متغیرهای درون‌زای مدل را دارند. به‌منظور سنجش این امر متغیرهای تحقیق در مدل معادلات ساختاری تحقیق حاضر وارد شدند که در ادامه نتایج در قالب نمودار شماره یک آورده شده است.

نمودار ۱. مدل ساختاری تحقیق



منبع: یافته‌های پژوهش

همان‌گونه که بارهای عاملی مدل معادلات ساختاری تحقیق در نمودار شماره (۱) نشان می‌دهد، تمامی فرضیات تحقیق در داخل مدل نیکویی برازش خوبی از خود نشان داده‌اند و مورد تأیید قرار گرفته‌اند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مدل معادلات ساختاری نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه را مورد تأیید قرار داده است.

بحث و نتیجه‌گیری

سلامتی محور توسعه اجتماعی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و دارای اهمیت ویژه‌ای در توسعه زیرساخت بخش‌های مختلف جامعه است. هدف نهایی نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم است تا بتوانند با برخورداری از سلامت کافی در فعالیتهای اقتصادی، اجتماعی سهیم شوند. آمادو و سانتوس^۱ (۲۰۰۹) عقیده دارند که داشتن یک پزشک خانواده در مراقبت‌های اولیه، منجر به توسعه یک رابطه طولانی‌مدت با پزشک می‌شود که از مطلوبیت سیاست پزشک خانواده برای بیمار محسوب می‌شود. به‌طور کلی می‌توان گفت که بخش سلامت، از مهم‌ترین بخش‌های خدماتی و عملکرد آن یکی از شاخص‌های توسعه و رفاه اجتماعی است. تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مردم همراه با دسترسی به خدمات اولیه و اساسی سلامت با تحمل کمترین بار مالی همواره از اهداف دولت‌هاست. یکی از مهم‌ترین راهکارها در مسیر نیل به عدالت اجتماعی و برابری در سیستم‌های نظام سلامت کشورها، دسترسی آسان و مستمر آحاد جامعه به خدمات بهداشتی درمانی موردنیاز است. علیرغم افزایش جمعیت زیرپوشش بیمه درمانی، مسائل مربوط به دسترسی به خدمات سلامت و برابری در دسترسی و استفاده از این خدمات، همچنان به‌عنوان معضل در نظام سلامت باقی‌مانده است (خیاطان و همکاران، ۱۳۹۰). نظام مراقبت سلامت در ایران به‌منظور کارایی و اثربخشی بیشتر و همچنین ایجاد عدالت و امکان دسترسی آحاد مردم به سطح اول، دوم و سوم سطح‌بندی شده است. بر اساس قانون بودجه‌ی سال ۱۳۸۸، صدور دفترچه‌ی بیمه خدمات درمانی تمام ساکنان مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰۰۰ نفر به سازمان بیمه خدمات درمانی محول شد تا امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت در قالب برنامه‌ی پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم شود و از دوباره‌کاری و همچنین مراجعه بدون جهت بیماران به پزشکان متخصص کاسته شود بدیهی است که این امر کاهش هزینه‌ها را در برداشت (چمن و همکاران، ۱۳۹۰). پزشک خانواده در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی درمانی به کار گمارده می‌شود و چهارچوب خدمت به خانواده در قلمرو پیشگیری از بیماری‌ها، تشخیص، درمان و بهبود از وظایف اوست و چنانچه درصدی از جمعیت زیرپوشش

به خدمات تخصصی‌تر نیاز داشته باشند از طریق نظام ارجاع به سطح دو هدایت و سرنوشت آنان تا حصول نتیجه پیگیری می‌شود. اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده بخشی از فرایند اصلاح نظام سلامت در ایران است. در این برنامه انواع مداخلات اعم از تغییرات در نظام تأمین مالی یا نظام پرداخت و سایر مؤلفه‌های تأثیرگذار در بهبود عملکرد نظام سلامت به اجرا گذاشته شده است. در این نظام، سطوح ارائه مراقبت‌ها از عمومی به تخصصی و از پیشگیری اولیه تا درمان پیچیده و پرهزینه با توضیح نقش پزشک خانواده و پرونده پزشکی بیمار انتظام می‌یابد. در این برنامه، پزشک عمومی و تیم وی مسئولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای زیرپوشش را بر عهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئول پیگیری سرنوشت آن‌ها هستند. لذا یکی از مهم‌ترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات و مراقبت‌های بهداشتی اولیه است. خدمات پزشک خانواده به دو شکل عمده‌ی مراجعه‌ی تیم سلامت به در خانه‌ی افراد تحت پوشش به شکل فعال و مراجعه‌ی فرد به تیم پزشک خانواده انجام می‌شود. در صورت نیاز به خدمات تخصصی، بیمار توسط پزشک به متخصص ارجاع می‌شود. در جریان دریافت خدمات تخصصی، چنانچه فرد نیازمند بستری شدن باشد، بستری، درمان و مشاوره تخصصی انجام و نتایج خدمات ارائه‌شده و اقدامات تخصصی به پزشک خانواده اعلام می‌شود. بدیهی است کلیه اطلاعات در پرونده‌ی سلامت ثبت و در صورت نیاز پیگیری خواهد شد (چمن و همکاران، ۱۳۹۰). در صورتی که سیاست پزشک خانواده به نحو مطلوبی اجرا گردد، مزایایی از جمله کاهش هزینه‌های کمرشکن برای بیماران، تعیین مسیر درمانی صحیح و کاهش مراجعات غیرضروری را به همراه خواهد داشت. با توجه به نقش بسیار بارزی که برنامه پزشک خانواده در افزایش شاخص‌های بهداشت و کاهش مرگ‌ومیر مادر و کودک داشت، بررسی تأثیر این برنامه در کاهش مرگ‌ومیر در تحقیق حاضر مورد توجه قرار گرفت. همان‌گونه که ذکر کردیم بر اساس یافته‌های تحقیق برنامه پزشک خانواده بر شاخص‌های بهداشت مادر و کودک در قبل و بعد از اجرای برنامه هم از منظر متخصصین محلی و هم با توجه به داده‌های موجود تأثیر معناداری داشته است. این یافته با نتایج یافته‌های مهترپور و تاجور (۱۳۹۷) با عنوان تحلیل سیاست‌گذاری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در ایران با استفاده از چارچوب مثلث تحلیل سیاست هماهنگ و همسو بود، همچنین نتایج تحقیق نشان دادند اثربخشی بر ارتقا شاخص‌های بهداشت مادر و کودک در شهرستان گرمی تأثیر معناداری داشت، این یافته با نتایج یافته‌های نریمانی (۱۳۹۳) با عنوان ارزیابی انطباق برنامه پزشک خانواده با ابعاد سیاست‌گذاری از دیدگاه متخصصین سلامت در تبریز هماهنگ و همسو بود. تأیید تأثیر تناسب بر ارتقا شاخص‌های بهداشت مادر و کودک در تحقیق حاضر با نتایج یافته‌های محمدی بلبان آباد و همکاران (۱۳۹۸) هماهنگ و همسو بود. همچنین تأیید تأثیرگذاری بر ارتقا شاخص‌های بهداشت مادر و کودک در شهرستان گرمی با نتایج یافته‌های ریسی و همکاران (۱۳۹۰) هماهنگ و همسو بود.

تأیید تأثیر کفایت بر ارتقا شاخص‌های بهداشت مادر و کودک در شهرستان گرمی با نتایج یافته‌های نریمانی (۱۳۹۳) هماهنگ و همسو بود. همچنین تأیید تأثیر کارایی بر ارتقا شاخص‌های بهداشت مادر و کودک در شهرستان گرمی با نتایج یافته‌های عسکری و همکاران (۱۳۹۴) هماهنگ و همسو بود. در نهایت تأیید تأثیر پایش بر ارتقا شاخص‌های بهداشت مادر و کودک در شهرستان گرمی با نتایج یافته‌های نریمانی (۱۳۹۳) هماهنگ و همسو بود.

به‌طور کلی یافته‌های پژوهش نشان دادند برنامه‌های پزشک خانواده بر شاخص‌های بهداشتی مادر و کودک تأثیر داشته است و متغیرهای اثربخشی، تناسب، اثربخشی، کفایت، کارایی و پایش با ۹۵ درصد اطمینان و ۵ درصد خطا بر شاخص‌های بهداشتی مادر و کودک تأثیر معناداری داشته‌اند. از بین مؤلفه‌های مورد پژوهش، تأثیرگذاری نسبت به سایر مؤلفه‌ها از اولویت بیشتری در شاخص‌های بهداشتی مادر و کودک بوده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های مهترپور و تاجور (۱۳۹۷)، موسی فرخانی و همکاران (۱۳۹۴)، محمدی بلبان آباد و همکاران (۱۳۹۸)، مهرالحسنی و همکاران (۱۳۹۱)، عسکری و همکاران (۱۳۹۴)، نریمانی (۱۳۹۳)، قنبری جهرمی و همکاران (۱۳۹۳)، اعلائی اردکانی و همکاران (۱۳۹۲) و بخشیان و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش‌های داخلی و همچنین با یافته‌های ورنترز و همکاران (۲۰۲۴)، اوتا و سانو (۲۰۲۲)، یی (۲۰۲۱)، پینه‌ئو (۲۰۱۹) و تانزی و ورنترز (۲۰۱۸) در پژوهش‌های خارجی هماهنگ و همسو بود؛ اما با یافته‌های ریسی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش‌های داخلی و یافته‌های بیگز و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش‌های خارجی هماهنگ و همسو نبود. با عنایت به جمیع جهات در راستای افزایش وضعیت توسعه استان و به‌منظور تقویت برنامه‌های پزشک خانواده در شهرستان گرمی ضروری است مسئولان کشوری و استانی بر روی عوامل مذکور به ترتیب، اولویت، برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاری لازم را اعمال نمایند. قانون جوانی و افزایش جمعیت که ازجمله سیاست‌های مؤکد جمهوری اسلامی ایران در راستای فرزندآوری و جوانی جمعیت است، ازجمله مواردی است که اهمیت دوچندان موضوع مورد مطالعه مقاله حاضر را نشان می‌دهد و لازم است متولیان امر در زمینه کاهش مسائل مادران و کودکان اهتمام جدی داشته باشند.

پیشنهادهای

با توجه به یافته‌های تحقیق در مورد بررسی تأثیر برنامه پزشک خانواده در ارتقا شاخص‌های بهداشت مادر و کودک در شهرستان گرمی و به منظور تقویت این برنامه در شهرستان گرمی و سایر نقاط کشور، پیشنهادهای زیر به‌عنوان پیشنهادهای کاربردی در این راستا مطرح شده‌اند.



الف. ارتقاء جایگاه پزشک خانواده و ترویج فرهنگ استفاده از آن در جامعه از طریق رسانه‌های جمعی مانند صداوسیما، رسانه‌های محلی و استانی، سازمان‌های مردم نهاد، جنبش‌های مردمی و شبکه‌های مجازی.

ب. جذاب کردن طرح پزشک خانواده برای دریافت‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و جذب حداکثری جهت کم کردن جمعیت تحت پوشش برای مطولان و مدیران ارشد.

ج. تأمین منابع پایدار جهت اجرای طرح به‌منظور افزایش انگیزه در تیم ارائه‌دهندگان خدمت و تعیین سرفصل‌های آموزشی و کارورزی در عرصه برای پزشکان عمومی، ماماها و پرستاران در کوتاه‌مدت و ایجاد دوره‌های دستیاری پزشک خانواده در آینده.

د. بازنگری و بهبود روش‌های جمع‌آوری اطلاعات محیطی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در رفع مسائل مربوط به نواقص اطلاعاتی و به‌روز نمودن آن‌ها.

ه. فراهم کردن تجهیزات مناسب سخت‌افزاری و نرم‌افزاری در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی مناطق محروم و کمتر توسعه‌یافته در راستای برخورداری بهتر از این برنامه.

و. تعریف جریان‌های ارجاع و تثبیت به‌وسیله راهنماهای بالینی، هم از طرف دریافت‌کنندگان و هم ارائه‌دهندگان خدمت نیز استراتژی مؤثری است که به مدیران ارشد نظام سلامت پیشنهاد می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

حامی مالی: مقاله حامی مالی ندارد.

مشارکت نویسندگان: تمام نویسندگان در آماده سازی مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع: بنا بر اظهار نویسندگان در این مقاله هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

تعهد کپی رایت: طبق تعهد نویسندگان حق کپی رایت رعایت شده است.

منابع

- اعلایی اردکانی، محمدرضا؛ حسام، سمیه وحدت، شقایق. (۱۳۹۲) مقایسه شاخصهای مدیریت خدمات بهداشتی روستایی قبل و بعد از اجرای پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان یزد در سال ۹۲. *نشریه طلوع بهداشت*، ۱۲ (۴)، ۱۹۲-۲۰۳.
- امامی میبدی، راضیه و اشتریان، کیومرث. (۱۳۹۱). طراحی نظام ارزیابی سیاست‌های عمومی در جمهوری اسلامی ایران، *پژوهشنامه علوم سیاسی*، ۷ (۲)، ۷-۴۷.
- بخشیان، فریبا؛ جباری، حسین؛ کفیلی، احسان؛ خامنیان، ژیلا و جباری، رقیه. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر طرح پزشک خانواده بر روی شاخصهای بهداشتی کودکان در شهرستان تبریز. *فصلنامه تصویر سلامت*، ۲ (۲)، ۱۵-۲۱.
- جباری بیرامی، حسین؛ قاسم زاده، هاله؛ بخشیان، فریبا، محمدپوراصل، اصغر و اسدزاده، رضا. (۱۳۹۱). ارزیابی طرح پزشک خانواده بر اساس شاخص‌های سلامت خانواده. *مجله دانش و تندرستی در علوم پایه پزشکی*، ۷ (۳)، ۱۲۴-۱۲۸.
- جباری، علیرضا؛ شریفی‌راد، غلامرضا؛ شکری، آزاد؛ بهمن‌زیاری، نجمه و کردی، آیان. (۱۳۹۱). نگاهی بر عملکرد پزشک خانواده‌ی روستایی در ایران. *فصلنامه مدیریت اطلاعات سلامت*، ۹ (۷)، ۱۱۴۵-۱۱۳۲.
- جنتی، علی؛ غلام‌زاده‌نیکجو، رعنا؛ پورطالب، عاطفه و قلی‌زاده، معصومه. (۱۳۹۰). میزان رضایت پزشکان خانواده شهرستان مشهد از برنامه پزشک خانواده. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان (طبیعی شرق)*، ۱۳ (۱۰).
- چمن، رضا؛ امیری، محمد؛ راعی، مهدی؛ علی‌نژاد، محمد و نصرالله‌پور شیروانی، سید داود. (۱۳۹۰). برنامه پزشک خانواده در شاهرود؛ ارزیابی کیفیت پیاده‌سازی و شرایط اجرا. *فصلنامه حکیم*، ۱۴ (۲)، ۱۲۹-۱۲۳.
- حافظی، زهرا؛ عسکری، روح‌اله و ممیزی، مهدیه. (۱۳۸۸). بررسی نحوه عملکرد پزشکان خانواده در استان یزد. *فصلنامه طلوع بهداشت دانشگاه یزد*، ۸ (۱)، ۱۶-۲۵.
- خیاطان، مهدی؛ نصیری‌پور، امیر اشکان؛ امینی، میلاد و محمد نژاد، سید محسن. (۱۳۹۰). عوامل مؤثر بر دسترسی افراد به خدمات ارائه شده از دیدگاه کارکنان در مراکز بهداشتی درمانی شهری شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری. *پیاورد سلامت*، ۴ (۳ و ۴)، ۱۸-۲۷.
- رضایی، محمدرضا؛ بابادی، کیوان و سعیدی، حسن. (۱۴۰۳). بررسی چالش‌های اجرای طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع بیمه روستاییان و عشایر در استان خوزستان طی سال ۱۴۰۳. *بیمه سلامت / ایران*، ۷ (۲)، ۹۴-۱۰۱.
- ریبسی، پوران؛ عبادی فرد آذر، فرید؛ رودباری، مسعود و شعبانی کیا، حمیدرضا. (۱۳۹۰). تأثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص‌های بهداشتی مادر و کودک جمعیت روستایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد. *مدیریت سلامت*، ۱۴ (۴۳)، ۲۷-۳۶.



شادپور، کامل. (۱۳۹۳). شبکه نظام ارجاع در ایران، انتشارات وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

عسکری، روح اله؛ زهابی، فائزه؛ جعفری، حسن و زهابی، مجتبی. (۱۳۹۴). بررسی وضعیت اجرای برنامه پزشک خانواده و انطباق آن با ابعاد سیاستگذاری شده از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات در استان یزد. دو ماهنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت، ۳(۱۴)، ۷۳-۸۲.

قنبری جهرمی، محدثه؛ خمرنیا، محمد؛ شریفیان، رکسانا و کسانی، عزیز. (۱۳۹۳). بررسی شاخص های زیج حیاتی مراکز بهداشتی درمانی روستایی شیراز قبل و بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده طی سال های ۹۱-۱۳۸۰: یک گزارش کوتاه. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۳(۱۱)، ۱۰۹۷-۱۱۰۲.

محمدی بلبان آباد، جمیل؛ محمدی بلبان آباد، امجد؛ ولیئی، سینا؛ اسماعیل نسب، نادر؛ بیدارپور، فرزاد و مرادی، قباد. (۱۳۹۸). چالش ها و موانع برنامه پزشک خانواده روستایی از دیدگاه ذی نفعان در استان کردستان: مطالعه کیفی. /پیدمیولوژی/ ایران، ۱۵(۱)، ۴۷-۵۶.

مهترپور، مجتبی و تاجور، مریم. (۱۳۹۷). تحلیل سیاست گذاری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در ایران با استفاده از چارچوب مثلث تحلیل سیاست. پژوهش های سلامت محور، ۴(۱)، ۳۱-۴۹.

مهرالحسنی، محمدحسین؛ جعفری سیریزی، محمد؛ حسینی، سمیرا سادات و یزدی فیض آبادی، وحید. (۱۳۹۱). چالش های اجرای سیاست پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان کرمان؛ یک مطالعه کیفی. فصلنامه بهداشت و توسعه، ۱(۳)، ۱۹۳-۲۰۶.

موسی فرخانی، احسان؛ خوبان، حسین؛ دهرآزما، بهروز؛ عارفی، وحید رضا و سعادت، فریبا. (۱۳۹۴). علل پائین بودن ماندگاری پزشکان خانواده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد. مدیریت اطلاعات سلامت، ۱۲(۱)، ۱۱۷-۱۲۴.

نریمانی، محمدرضا؛ جنتی، علی؛ مردانی، لادن و وحیدی، رضاقلی. (۱۳۹۳). ارزیابی میزان تطبیق برنامه پزشک خانواده ایران با ابعاد سیاست گذاری در نظام بهداشت از منظر متخصصان خدمات سلامت. فصلنامه تصویر زندگی، ۵(۱)، ۱-۸.

نصرالله پور شیروانی، سید داود؛ میکانیکی، ابراهیم؛ اشرفیان امیری، حسن؛ کبیر، محمدجواد؛ جعفری، ناهید؛ طهماسبی، بهرام؛ داداشی، ارسلان و نعیمی طبعی، محمد. (۱۳۹۲). بررسی وضعیت نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان های شمالی ایران: ۱۳۹۱. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۳(۱۰۹)، ۲۷-۳۵.

References

Aalaei Ardakani, M. R; Hesam, S; & Vahdat, S. H. (2014). Assessment of The Effect of Family Physician on the Management Indices of Health Care in the Rural Health-Treatment Centers in The Province of Yazd In 2013. *Tolooebehdasht*, 12(4), 192-203. (In Persian).



- Amado, C. A. D. E. F; & Dos Santos, S. P. (2009). Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: the case of the Portuguese health centres. *Health policy*, 91(1), 43-56.
- Askari, R; Zahabi, F; Jafari, H; & Zahabi, M. (2015). The Study of the Situation family Physicians Program and its Adaption with the Policy Making Dimensions from the Opinion of Service Providers. *Tolooebehdasht*, 14(3), 73-82. (In Persian).
- Bakhshian, F; Jabbari, H; Kafili, E; Khamnian, Z; & Jabbari, R. (2011). The Effect of Implementing the Family Physician Program on Child Health Indicators in Tabriz District, Northwest of Iran. *Depiction of Health*, 2(2), 15-21. (In Persian).
- Berdine, G; Geloso, V; & Powell, B. (2018). Cuban infant mortality and longevity: health care or repression? *Health policy and planning*, 33(6), 755-757.
- Biggs, B; King, L; Basu, S; & Stuckler, D. (2010). Is wealthier always healthier? The impact of national income level, inequality, and poverty on public health in Latin America. *Social science & medicine*, 71(2), 266-273.
- Chaman, R; Amiri, M; Raei, M; Alinejad, M; & SD, N. S. (2011). National family physician program in Shahroud: assessing quality of implementation and condition of settings. *Hakim Journal*, 14(2), 123-129. (In Persian).
- Emami Meibodi, R; & Ashtarian, K. (2012). Designing the evaluation system of public policies in the Islamic Republic of Iran. *Research Letter of Political Science*, 7(2), 7-47. (In Persian).
- Ghanbari Jahromi, M; Khammarnia, M; Sharifian, R; & Kassani A. (2012). Investigation of Vital Horoscope Indicators in Rural Health Medical Centers of Shiraz before and after the Implementation of Family Physician Plan during 2001-2012: A Short Report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 13(11), 1097-1102. (In Persian).
- Hafezi, Z; Asqari, R; & Momayezi, M. (2009). Monitoring performance of family physicians in Yazd. *Toloo-e-Behdasht*, 8(1-2), 16-25. (In Persian).
- Hanberger, A. (2001). What is the policy problem? Methodological challenges in policy evaluation. *Evaluation*, 7(1), 45-62.
- Jabari, A; Sharifirad, G; Shokri, A; Bahman Ziari, N; & Kordi, A. (2013). Overview of the performance of rural family physician in Iran. *Health Information Management*, 9(7), 1132-1145. (In Persian).
- Jabbari-birami, H; Gasemzade, H; Bakhshian, F; Mohammadpourasl, A; & Asadzade, R. (2012). Evaluation of family physician program based on family health indices. *Knowledge & Health*, 7(3), 124-128. (In Persian).
- Janati, A; Gholamzadeh-Nikjoo, R; Pourtaieb, A; & Gholizadeh, M. (2011). Survey of Mashhad family physicians satisfaction with family medicine programme. *Zahedan Journal of Medical Sciences Research (Tabib Shargh)*, 13(10). (In Persian).
- Khayatan, M; Nasiri Pour, A. A; Amini, M; & Mohamad Nejad, S. M. (2011). The Effective factors on recievers' access to health care services in urban health care centers. *Payavard Salamat*, 4(3), 18-27. (In Persian).
- Mehroolhassani, M. H; Jafari Sirizi, M; Poorhoseini, S. S; & Yazdi Feyzabadi, V. (2012). The challenges of implementing family physician and rural insurance policies in Kerman province, Iran: a qualitative study. *Health and Development Journal*, 1(3), 193-206. (In Persian).

Mehtarpour, M; & Tajvar, M. (2018). Policy analysis of family physician plan and referral system in iran using policy analysis triangle framework. *Journal of Health Based Research*, 4(1), 31-49. (In Persian).

Mohammadi, B. J; Mohamadi, B. A; Valiee, S; Esmailnasab, N; Bidarpour, F; & Morad, I. G. (2019). The views of stakeholders about the challenges of Rural Family Physician in Kurdistan Province: a qualitative study. (In Persian).

Mosa Farkhany, E; Khooban, H; Dahrazama, B; Arefi, V. R; & Saadat, F. (2015). Determining the causes of discontinuation of family physicians working in Mashhad University of Medical Sciences. *Health Information Management*, 12(1), 117-124. (In Persian).

Narimani, M. R; Janati, A; Mardani, L; & Vahidi, R. (2014). The assessment of Iran's family physician program accordance with dimensions of policy-making in health system: perspective of health services professionals. *Depiction of health*, 5(1), 1-8. (In Persian).

Nasrollahpour Shirvani, S. D; Mikanik, E; Ashrafian Amiri, H; Kabir, M. J; Jafari, N; Tahmasbi, B; ... & Nahimi Tabihi, M. (2014). Evaluation of the referral system situation in family physician program in Northern provinces of Iran: 2012-2013. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 23(109), 27-35. (In Persian).

Ohta, R; & Sano, C. (2022). Implementation of the principles of family medicine in modern family medicine education needing system-specific approaches. *Cureus*, 14(11).

Pineo, R. (2019). Cuban public healthcare: A model of success for developing nations. *Journal of Developing Societies*, 35(1), 16-61.

Raeissi, P; Ebadi Fard, A; Roudbari, M; & Shabanikia, H. (2011). The Impact of Family Physician Program on Mother and Child Health Indices in Rural Population Auspices of Mashhad University of Medical Sciences and Health Care Services, Iran. *Journal of Health Administration*, 14(43), 27-36. (In Persian).

Rezaee, M; Babadi, K; & Saeidi, H. (2024). Evaluating the challenges of implementing the family physician plan and the referral system of insurance for villagers and nomads in Khuzestan province during 2024. *Iran J Health Insur*, 7(2), 94-101. (In Persian).

Shadpour, K. (2014). The PHC Network in Iran. Tehran: Ministry of Health and Medical Education Press. (In Persian).

Tunzi, M; & Ventres, W. (2018). Family medicine ethics: an integrative approach. *Family medicine*, 50(8), 583-588.

Ventres, W. B; Stone, L. A; Akhtar, R; Ring, J. M; Candib, L. M; Messias, E;... & Walters, L. (2024). Storylines of family medicine IV: perspectives on practice—lenses of appreciation. *Family Medicine and Community Health*, 12(Suppl 3).

Wang, H; Gusmano, M. K; & Cao, Q. (2011). An evaluation of the policy on community health organizations in China: will the priority of new healthcare reform in China be a success? *Health policy*, 99(1), 37-43.

WHO. (2003). The world health report 2003: shaping the future. World Health Organization.

WHO. (2005). World Health Report 2005: Make every mother and child count. Geneva, World Health Organization.



WHO. (2008). World Health Report 2008: Primary Health Care, Now More Than Ever. Geneva, World Health Organization.

Yi, B. (2021). An overview of the Chinese healthcare system. *Hepatobiliary Surgery and Nutrition*, 10(1), 93.

COPYRIGHTS



This license allows others to download the works and share them with others as long as they credit them, but they can't change them in any way or use them commercially.