

بررسی تأثیر برنامه‌ی آموزش از راه دور بر دانش و نگرش پزشکان عمومی متقاضی خدمت در برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق شهری استان اصفهان

رضا خدیوی^۱، شهاب‌الدین میلانی^۲، مریم کریمی خوزانی^۳، نرگس معتمدی^۴، طاهره مقدس^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: توانمندسازی پزشکان عمومی متقاضی شرکت در برنامه‌ی پزشک خانواده، می‌تواند دستیابی به اهداف این برنامه را تسهیل نماید. هدف از انجام این تحقیق، ارزیابی میزان تغییر دانش و نگرش پزشکان عمومی، بعد از اجرای یک برنامه‌ی آموزش از راه دور بود.

روش‌ها: در یک مطالعه‌ی کارآزمایی میدانی مورد-شاهدی در سال ۱۳۹۲، تعداد ۱۴۰ نفر پزشک عمومی متقاضی شرکت در اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق شهری بالای ۲۰ هزار نفر استان اصفهان، به صورت تصادفی در دو گروه ۷۰ نفره، انتخاب شدند. به گروه مورد، یک کتابچه (در مورد برنامه‌ی اصلاح نظام سلامت) ارایه گردید، اما به گروه شاهد، هیچ بسته‌ی آموزشی داده نشد. هر دو گروه، قبل و بعد از اجرای طرح، با استفاده از پرسش‌نامه‌ی خود ساخته با روایی مناسب (Cronbach's alpha ۰/۸۲)، از نظر دانش و نگرش نسبت به برنامه، تحت ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون‌های آماری Paired t و Mix ANCOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: سه ماه بعد از توزیع بسته‌ی آموزشی، میانگین نمره‌ی دانش در گروه مورد، به طور معنی‌داری افزایش یافت و از $۱/۶۱ \pm ۶/۳۳$ به $۲/۰۳ \pm ۱۳/۸۵$ رسید ($P < ۰/۰۵۰$). همچنین، میانگین نمره‌ی نگرش در گروه مورد، به طور معنی‌داری از $۳/۰۰ \pm ۵۲/۹۰$ به مقدار $۳/۷۶ \pm ۶۶/۱۴$ افزایش و نگرش شرکت کنندگان بهبود یافت ($P < ۰/۰۵۰$). با انجام آزمون Repeated measures ANOVA، متغیرهای سن، جنس، سابقه‌ی کار و نوع استخدام، تأثیر معنی‌داری در تغییرات نمره‌ی دانش و نگرش نداشتند.

نتیجه‌گیری: با آموزش از راه دور، میزان دانش و نگرش پزشکان عمومی نسبت به اهداف برنامه‌ی اصلاح نظام سلامت، به طور معنی‌داری نسبت به گروه شاهد افزایش یافت.

واژگان کلیدی: اصلاح نظام سلامت، پزشک خانواده، آموزش از راه دور، ایران

ارجاع: خدیوی رضا، میلانی شهاب‌الدین، کریمی خوزانی مریم، معتمدی نرگس، مقدس طاهره. بررسی تأثیر برنامه‌ی آموزش از راه دور بر دانش و

نگرش پزشکان عمومی متقاضی خدمت در برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق شهری استان اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۵؛

۳۴ (۴۱۱): ۱۵۰۶-۱۴۹۶

اجتماعی و موقعیت‌های سیاسی، متفاوت می‌باشد (۱). همگام با اصلاحات متعدد در بخش‌های مختلف حوزه‌ی سلامت، کشورهای عضو اتحادیه‌ی اروپا، طبق بیانیه‌ی کپنهاک متعهد شده‌اند که در قرن ۲۱، ارایه‌ی خدمات سلامت اولیه را بیش از پیش مورد تأکید قرار دهند. در این راستا، خدمات مشاوره‌ای به منظور اصلاح سبک

مقدمه

از دو دهه‌ی قبل، تلاش‌های زیادی در راستای اصلاح نظام سلامت، در بسیاری از کشورهای جهان، اعم از کشورهای پیشرفته و یا در حال توسعه، شروع شده است. اگر چه برنامه‌های پیشنهادی برای اصلاح نظام سلامت در هر کشوری بر اساس مبانی فرهنگی، تاریخی،

۱- دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- متخصص پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- مرکز آموزش تیم سلامت، معاونت بهداشتی، مرکز بهداشت استان اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

زندگی و حمایت‌های خانوادگی نقش محوری را دارا می‌باشند که لازم است، پزشکان خانواده با سطح آموزش‌های تخصصی بالاتر، در یک فضای تعاملی با سایر ساختارهای موجود در جامعه، به حل مشکلات سلامت افراد بپردازند (۲).

شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر نیز به اجرا گذاشته شود (۸). در بسیاری از کشورهای پیشرفته، آموزش پزشک خانواده، به صورت یک رشته‌ی تخصصی ارائه می‌شود که بیشتر بر آموزش نقش دروازه‌بانی برای مجموعه‌ی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت تأکید دارند تا با نگاه سلامت‌محوری، علاوه بر درمان بیماری‌ها، به آموزش افراد جامعه و مشاوره‌های ضروری برای پیش‌گیری از بیماری‌ها و رسیدن به یک سطح سلامت قابل قبول روحی و جسمی اهتمام ورزند (۹). با این حال، کشورهای در حال توسعه، جهت رسیدن به آن حد کفایت در پزشکان خانواده‌ی متخصص، در کوتاه مدت، استفاده از پزشکان عمومی را همراه با به روزرسانی دانش و مهارت و قابلیت‌های حرفه‌ای آن‌ها دنبال می‌کنند (۱۰).

در کشور ما به دلیل وجود فاصله‌ی زیاد بین شاخص‌های سلامت در بین استان‌های مختلف و از طرف دیگر، تغییر در روند اپیدمیولوژیک بیماری‌ها و افزایش فراوانی بیماری‌های غیر واگیر همچون بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان‌ها و بیماری‌های روانی (۳)، بر اساس نظر صاحب‌نظران داخلی و بین‌المللی، لازم است کشور ما مداخلاتی در نظام سلامت را به اجرا بگذارد که تأکید مجدد و قوی‌تر بر ارائه‌ی خدمات سلامت اولیه، آن هم با پاسخگویی بیشتر در پاسخ به چالش‌های جدید فراروی نظام سلامت کشور داشته باشد (۴).

بر اساس توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت مستقر در اروپا، لازم است شاغلین در حوزه‌ی سلامت به نحوی آموزش ببینند که دارای مهارت بالا در امور تحلیل آماری، ارتباط با سایر افراد و یا سایر بخش‌ها و همچنین، توانایی مدیریتی باشند. به خصوص آن که برخوردار از توانایی لازم در مهارت‌های حل مسئله و همچنین، کار تیمی برای این پزشکان ضروری است تا بتوانند در عین رعایت واقعیت‌های اجتماعی و فرهنگی جامعه‌ی خود به بهترین نحو، فعالیت کنند. شاغلین در امور سلامت، به خصوص پزشکان، باید در چارچوب رعایت حقوق انسانی، اخلاق حرفه‌ای و احترام به همبستگی قومیت‌ها و یا خرده فرهنگ‌ها، به ارائه‌ی خدمت بپردازند (۵).

پزشک خانواده، باید دارای توانایی رهبری (Leadership) تیم سلامت باشد و با مشارکت در حفظ، تأمین و ارتقای سلامت آحاد جامعه، ترویج سلامت در جامعه به جای رویکرد درمانگری، ارتقای کیفیت خدمات سلامت به افراد جامعه و افراد بیمار را دنبال نماید و با نگرش کلی و جامع به افراد جامعه، مراجعین و بیماران، با توجه به شرایط محیطی آن‌ها اعم از خانواده، جامعه، مراکز ارائه‌ی خدمات سرپایی، بیمارستان‌ها و سایر مراکز ارائه‌ی خدمات بهداشتی-درمانی، ضمن آشنایی کامل با نقش و وظایف پزشک خانواده، با اجرای درست دستورالعمل‌های مربوط در نظام ارائه‌ی خدمات سلامت، دستاوردهای بهتری در شاخص‌های سلامت افراد جامعه، به ارمغان آورد (۶).

در راستای تحقق برنامه‌ی چهارم توسعه‌ی فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی کشور و به منظور اصلاح نظام سلامت کشور، برنامه‌ی پزشک خانواده (Family physician program)، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه و امور اجتماعی، در سال ۱۳۸۴، به اجرا گذاشته شد (۷). بر اساس برنامه‌ی پنجم توسعه‌ی اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی کشور، لازم است این برنامه، در

در آستانه‌ی گسترش برنامه‌ی پزشک خانواده به شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر در مرحله‌ی اول برنامه، مقرر شده است پزشکان عمومی علاقمند به مشارکت در این برنامه، با گذراندن دوره‌های آموزش مداوم، توانمندی‌های لازم را در جهت تحقق اهداف برنامه، کسب نمایند (۱۳).

اجرای برنامه‌های آموزش از راه دور، می‌تواند برای آموزش گروه‌های پزشکی که در گستره‌ی یک استان پهن‌پوش شایع هستند، یک روش اثربخش و مفید باشد. یکی از پیش‌نیازهای لازم برای اجرای درست این آموزش‌ها، فراهم نمودن و عرضه‌ی بسته‌های آموزشی مناسب برای تعمیق بخشیدن به این دوره‌های آموزشی است. بسته‌ی آموزشی به روز، ارزان و قابل استفاده در زمان‌های آزاد برای آموزش پزشکان عمومی که برای اولین بار برای همکاری در برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق شهری اعلام آمادگی کرده‌اند، تولید نشده است. با وجود این که بسیاری از این پزشکان، دارای سابقه‌ی طبابت طولانی به خصوص در مناطق شهری هستند، اما تا شروع این مداخله در استان اصفهان، هیچ‌گونه آموزش مدونی درباره‌ی فلسفه‌ی برنامه‌ی پزشک خانواده، اهداف آن و دستورالعمل‌های اجرایی این برنامه، به آن‌ها ارائه نشده بود.

در کشور ما به دلیل وجود فاصله‌ی زیاد بین شاخص‌های سلامت در بین استان‌های مختلف و از طرف دیگر، تغییر در روند اپیدمیولوژیک بیماری‌ها و افزایش فراوانی بیماری‌های غیر واگیر همچون بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان‌ها و بیماری‌های روانی (۳)، بر اساس نظر صاحب‌نظران داخلی و بین‌المللی، لازم است کشور ما مداخلاتی در نظام سلامت را به اجرا بگذارد که تأکید مجدد و قوی‌تر بر ارائه‌ی خدمات سلامت اولیه، آن هم با پاسخگویی بیشتر در پاسخ به چالش‌های جدید فراروی نظام سلامت کشور داشته باشد (۴).

بر اساس توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت مستقر در اروپا، لازم است شاغلین در حوزه‌ی سلامت به نحوی آموزش ببینند که دارای مهارت بالا در امور تحلیل آماری، ارتباط با سایر افراد و یا سایر بخش‌ها و همچنین، توانایی مدیریتی باشند. به خصوص آن که برخوردار از توانایی لازم در مهارت‌های حل مسئله و همچنین، کار تیمی برای این پزشکان ضروری است تا بتوانند در عین رعایت واقعیت‌های اجتماعی و فرهنگی جامعه‌ی خود به بهترین نحو، فعالیت کنند. شاغلین در امور سلامت، به خصوص پزشکان، باید در چارچوب رعایت حقوق انسانی، اخلاق حرفه‌ای و احترام به همبستگی قومیت‌ها و یا خرده فرهنگ‌ها، به ارائه‌ی خدمت بپردازند (۵).

پزشک خانواده، باید دارای توانایی رهبری (Leadership) تیم سلامت باشد و با مشارکت در حفظ، تأمین و ارتقای سلامت آحاد جامعه، ترویج سلامت در جامعه به جای رویکرد درمانگری، ارتقای کیفیت خدمات سلامت به افراد جامعه و افراد بیمار را دنبال نماید و با نگرش کلی و جامع به افراد جامعه، مراجعین و بیماران، با توجه به شرایط محیطی آن‌ها اعم از خانواده، جامعه، مراکز ارائه‌ی خدمات سرپایی، بیمارستان‌ها و سایر مراکز ارائه‌ی خدمات بهداشتی-درمانی، ضمن آشنایی کامل با نقش و وظایف پزشک خانواده، با اجرای درست دستورالعمل‌های مربوط در نظام ارائه‌ی خدمات سلامت، دستاوردهای بهتری در شاخص‌های سلامت افراد جامعه، به ارمغان آورد (۶).

در راستای تحقق برنامه‌ی چهارم توسعه‌ی فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی کشور و به منظور اصلاح نظام سلامت کشور، برنامه‌ی پزشک خانواده (Family physician program)، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه و امور اجتماعی، در سال ۱۳۸۴، به اجرا گذاشته شد (۷). بر اساس برنامه‌ی پنجم توسعه‌ی اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی کشور، لازم است این برنامه، در

می‌شد و از آن‌ها درخواست می‌شد که ظرف مدت یک هفته، پاسخ آن را به آدرس محقق پست کنند. بعد از دریافت پرسش‌نامه‌ی قبل از مداخله، بسته‌ی آموزشی تهیه شده که شامل یک کتابچه و یک لوح فشرده بود، به گروه مورد از طریق آدرس پستی ارسال و درخواست می‌شد که به طور دقیق مطالعه کنند.

کتابچه (یا لوح فشرده) در ۷۰ صفحه، حاوی مطالب آموزشی در ۷ فصل بود که بر اساس آخرین مستندات منتشره تحت عنوان «سیاست‌های سازمان جهانی بهداشت برای سلامت برای همه در قرن ۲۱» و مطالب علمی مرتبط دیگر که امروزه سیاست‌گذاران اصلاح نظام‌های سلامت در جهان و همین‌طور کشور ما دنبال می‌کنند، به طور خلاصه آمده بود. فصل‌های این کتابچه عبارت از عیوب مشترک نظام‌های ارایه‌ی خدمات سلامت در کشورهای مختلف جهان، الزامات نظام‌های سلامت برای تحقق سلامت برای همه در قرن ۲۱، اهداف کلان نظام‌های سلامت، اهداف بینابینی یا عملکردی نظام‌های سلامت شامل عدالت در سلامت، اثربخشی و کیفیت خدمات سلامت، الگوی نظام‌های سلامت در چند کشور پیشرفته‌ی غربی، بار بیماری‌ها در ایران و الزامات قانونی برای اصلاح نظام سلامت در کشور ایران و بعضی از ارکان اجرایی برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر کشور بودند.

سه ماه بعد از اجرای مرحله‌ی اول، بار دیگر پرسش‌نامه‌ی مربوط به همراه یک پاکت نامه‌ی تمبردار از طریق آدرس پستی پزشکان حضورشان ارسال و درخواست شد که پس از پاسخدهی به پرسش‌نامه، آن را به آدرس پژوهشگر ارسال کنند. سپس، نتایج مراحل قبل و بعد از مداخله مورد مقایسه قرار گرفت.

پرسش‌نامه‌ی سنجش دانش نسبت به اصلاح نظام سلامت، حاوی ۱۸ سؤال بود که شامل ۳ سؤال در ۶ زمینه‌ی اهداف سازمان جهانی بهداشت در امر سلامت، تجربه‌های بعضی کشورهای پیشرفته در اصلاح نظام سلامت (مبتنی بر طرح پزشک خانواده)، شاخص‌های عملکردی نظام سلامت (از نظر عدالت در دسترسی، اثربخشی و جنبه‌های کیفیت خدمات سلامت)، الگوهای نظام پرداخت و اهداف برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق روستایی ایران بود.

سؤالات سنجش نگرش، به تعداد ۱۸ سؤال بود که بر اساس مقیاس ۵ مرحله‌ای لیکرت، نمره‌گذاری شد و بالاترین نمره ۹۰ و پایین‌ترین نمره، ۱۸ بود. جهت تعیین پایایی (Reliability) پرسش‌نامه بعد از تکمیل ۱۴ پرسش‌نامه، Cronbach's alpha محاسبه شد که معادل ۸۲ درصد به دست آمد. جهت تعیین روایی (Validity)، پرسش‌نامه به رؤیت اعضای محترم هیأت علمی گروه پزشکی اجتماعی و مدیران محترم گروه گسترش شبکه‌های مرکز بهداشت استان رسانده شد و از نظر Content validity و

در راستای اهداف پیش‌گفته، مطالعه‌ی حاضر با هدف تولید یک بسته‌ی آموزشی مناسب این گروه و ارزیابی مقایسه‌ای دانش و نگرش پزشکان خانواده در دو مرحله‌ی قبل و بعد از توزیع بسته‌ی آموزشی انجام شد. امید آن است که با ارزیابی میزان تأثیر این مدل آموزشی، نقاط ضعف و قوت این مداخله‌ی آموزش از راه دور، تبیین گردد تا در جریان گسترش برنامه‌ی پزشک خانواده به مناطق شهری بالای ۲۰ هزار نفر، دوره‌های آموزش پزشکان عمومی، با کیفیت بهتری به اجرا گذاشته شود.

روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه‌ی کارآزمایی میدانی مورد-شاهدی بود که در سال ۱۳۹۲ در مناطق شهری استان اصفهان به انجام رسید. جامعه‌ی آماری مورد مطالعه، پزشکان عمومی متقاضی شرکت در برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق شهری استان بودند.

معیارهای ورود به مطالعه، شامل پزشک عمومی دارای شماره‌ی نظام پزشکی و موافق برای شرکت در مطالعه بود. همچنین، در صورت عدم پاسخگویی به بیش از ۲۰ درصد سؤالات، مورد از مطالعه خارج می‌شد.

حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد، انحراف معیار نمره‌ی نگرش که معادل ۱۲ در نظر گرفته شد و حداقل تفاوت معنی‌دار بین دو گروه که به میزان ۰/۶ منظور شد، به تعداد ۶۳ نفر در هر گروه برآورد شد که با احتساب ۱۰ درصد ریزش، ۷۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد.

با هماهنگی انجام شده با مدیر و کارشناسان محترم گروه گسترش شبکه‌های مرکز بهداشت استان، از بین لیست پزشکان عمومی متقاضی شرکت در برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق شهری استان به روش نمونه‌ی تصادفی آسان، ۱۴۰ نفر از پزشکان عمومی انتخاب شدند. سپس، این ۱۴۰ نفر به صورت تصادفی به طور مساوی در دو گروه شاهد و مورد تقسیم شدند.

روش کار بدین صورت بود که دو گروه ۷۰ نفره از پزشکان عمومی متقاضی اشتغال در برنامه‌ی پزشک خانواده، در مناطق شهری انتخاب شده و یک گروه تحت مداخله‌ی آموزشی با استفاده از بسته‌ی تهیه شده در مورد برنامه‌ی اصلاح نظام سلامت (با رویکرد پزشک خانواده) قرار گرفتند و در گروه دوم مداخله‌ی انجام نشد. جمعیت مورد مطالعه در هر دو گروه قبل از اجرای طرح، تحت ارزشیابی قرار گرفت و با استفاده از پرسش‌نامه‌ی ویژه‌ی طرح (خود ساخته)، دانش و نگرش آنان نسبت به برنامه‌ی اصلاح نظام سلامت (پزشک خانواده) سنجیده شد. به این ترتیب که پرسش‌نامه‌ی مربوط، به همراه یک پاکت نامه‌ی تمبردار به آدرس پستی پزشکان ارسال

Face validity مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفت. داده‌های مطالعه بعد از جمع‌آوری وارد رایانه شد و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ (version 22, SPSS Inc., Chicago, IL) و آزمون‌های آماری t ، Paired و Mix ANCOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

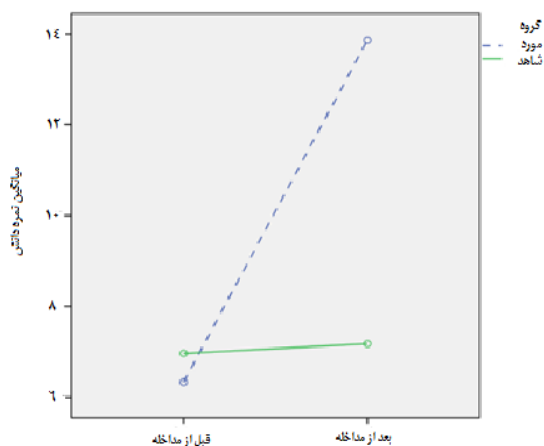
تعداد پرسش‌نامه‌هایی که پزشکان عمومی به طور کامل تکمیل و ارسال نموده بودند، در هر گروه مورد و شاهد، ۶۳ نفر (با میزان پاسخ‌دهی ۹۰ درصد) بود. داده‌های این پرسش‌نامه‌ها مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه شامل سن، جنس، سابقه‌ی کار، نوع استخدام به تفکیک گروه مورد و شاهد در جدول ۱ آمده است. بین دو گروه مورد و شاهد، در هیچ یک از موارد، تفاوت معنی‌داری دیده نشد ($P < 0/050$).

یافته‌ها

میانگین نمره‌ی دانش در قبل از مداخله، در دو گروه مورد و شاهد به ترتیب $6/33 \pm 1/61$ و $6/97 \pm 2/21$ بود. اختلاف دو گروه از نظر میانگین نمره‌ی دانش در قبل از مداخله، معنی‌دار نبود ($P = 0/080$). بعد از مداخله، میانگین نمره‌ی دانش در گروه مداخله $(13/85 \pm 2/03)$ به طور معنی‌داری افزایش پیدا کرد ($P < 0/001$); در صورتی که در گروه شاهد $(7/17 \pm 2/28)$ ، تغییر معنی‌داری در این مدت مشاهده نشد ($P = 0/160$) (شکل ۱). همچنین، بر حسب آزمون Repeated measures ANCOVA، متغیرهای سن، جنس، سابقه‌ی کار و نوع استخدام، تأثیر معنی‌داری در تغییرات نمره‌ی دانش نداشتند ($P > 0/050$).

میانگین نمره‌ی نگرش در قبل از مداخله در دو گروه مورد و شاهد به ترتیب $3/00 \pm 52/90$ و $7/67 \pm 53/75$ بود. اختلاف دو گروه از نظر میانگین نمره‌ی نگرش در قبل از مداخله، معنی‌دار نبود ($P > 0/050$). بعد از مداخله، میانگین نمره‌ی نگرش در دو گروه مورد و شاهد به ترتیب $7/00 \pm 3/6$ و $7/9 \pm 4/8$ بود. همچنین، بر حسب آزمون Repeated measures ANCOVA، متغیرهای سن، جنس، سابقه‌ی کار و نوع استخدام، تأثیر معنی‌داری در تغییرات نمره‌ی نگرش نداشتند ($P > 0/050$).

میانگین نمره‌ی نگرش در قبل از مداخله در دو گروه مورد و شاهد به ترتیب $3/00 \pm 52/90$ و $7/67 \pm 53/75$ بود. اختلاف دو گروه از نظر میانگین نمره‌ی نگرش در قبل از مداخله، معنی‌دار نبود ($P > 0/050$). بعد از مداخله، میانگین نمره‌ی نگرش در دو گروه مورد و شاهد به ترتیب $7/00 \pm 3/6$ و $7/9 \pm 4/8$ بود. همچنین، بر حسب آزمون Repeated measures ANCOVA، متغیرهای سن، جنس، سابقه‌ی کار و نوع استخدام، تأثیر معنی‌داری در تغییرات نمره‌ی نگرش نداشتند ($P > 0/050$).



شکل ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌ی دانش پزشکان عمومی متقاضی شرکت در برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق شهری در دو گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله

میانگین و انحراف معیار نمرات موارد دانش پزشکان عمومی متقاضی شرکت در برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق شهری، شامل اهداف سازمان جهانی بهداشت در امر سلامت در قرن ۲۱، تجربه‌های بعضی کشورهای پیشرفته در اصلاح نظام سلامت، شاخص‌های عملکردی نظام سلامت، الگوهای نظام تأمین مالی و نظام پرداخت، الگوهای سازمان‌دهی و وضع مقررات و الگوهای اصلاح رفتار در مشتریان، در قبل و بعد از مداخله به تفکیک دو گروه در جدول ۲ آمده است.

جدول ۱. توزیع متغیرهای دموگرافیک پزشکان عمومی متقاضی شرکت در برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق شهری

متغیر	گروه مورد	گروه شاهد	مقدار P
سن (سال)	$35/3 \pm 3/7$	$36/0 \pm 4/9$	0/420
میانگین \pm انحراف معیار			
جنس	مرد	۲۸ (۴۴/۴)	0/290
تعداد (درصد)	زن	۳۵ (۵۵/۶)	
سابقه‌ی کار (سال)	$7/0 \pm 3/6$	$7/9 \pm 4/8$	0/230
میانگین \pm انحراف معیار			
نوع استخدام	رسمی	۳۰ (۴۷/۶)	0/370
تعداد (درصد)	قراردادی	۱۹ (۳۰/۲)	
	سایر	۱۴ (۲۲/۲)	

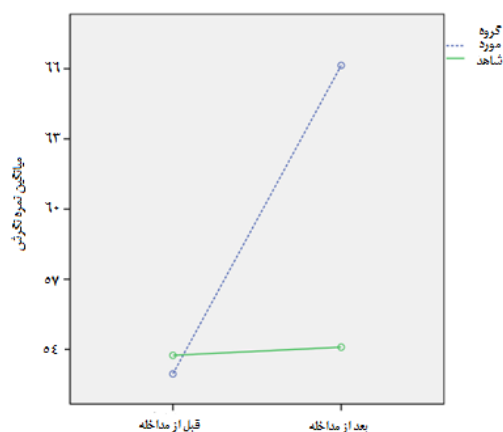
جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌ی دانش پزشکان عمومی متقاضی شرکت در برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق شهری در دو گروه مورد و شاهد، قبل و بعد از مداخله در موارد مورد بررسی

مقدار P	شاهد	مورد	مورد	گروه
۰/۰۶۰	۱/۴۱ ± ۰/۷۱	۱/۲۰ ± ۰/۷۴	قبل	اهداف سازمان جهانی بهداشت در امر سلامت در قرن ۲۱
< ۰/۰۰۱	۱/۴۱ ± ۰/۷۸	۲/۰۲ ± ۰/۹۴	بعد	
	> ۰/۹۹۹	۰/۰۲۰	مقدار P	
۰/۷۳۰	۰/۷۱ ± ۰/۷۹	۰/۷۶ ± ۰/۷۳	قبل	تجربه‌ی بعضی کشورهای پیشرفته در اصلاح نظام سلامت
< ۰/۰۰۱	۰/۸۷ ± ۰/۸۱	۲/۰۶ ± ۰/۸۶	بعد	
	۰/۷۹۰	< ۰/۰۰۱	مقدار P	
۰/۰۷۰	۱/۲۱ ± ۰/۸۱	۰/۹۵ ± ۰/۷۷	قبل	شاخص‌های عملکردی نظام سلامت
< ۰/۰۰۱	۱/۱۹ ± ۰/۹۰	۲/۷۳ ± ۰/۴۸	بعد	
	۰/۰۶۰	< ۰/۰۰۱	مقدار P	
۰/۰۷۰	۱/۴۰ ± ۰/۸۵	۱/۱۵ ± ۰/۷۹	قبل	الگوهای نظام تأمین نظام مالی و پرداخت
< ۰/۰۰۱	۱/۳۰ ± ۰/۹۱	۲/۳۸ ± ۰/۷۱	بعد	
	۰/۲۸۰	۰/۰۲۰	مقدار P	
۰/۲۶۰	۱/۰۳ ± ۰/۸۰	۱/۱۴ ± ۰/۸۴	قبل	الگوهای سازمان‌دهی و وضع مقررات
< ۰/۰۰۱	۱/۱۰ ± ۰/۸۶	۲/۴۸ ± ۰/۵۶	بعد	
	۰/۰۶۰	۰/۰۱۰	مقدار P	
۰/۵۰۰	۱/۲۱ ± ۰/۸۱	۱/۱۷ ± ۰/۹۰	قبل	الگوهای اصلاح رفتار در مشتریان
< ۰/۰۰۱	۱/۳ ± ۰/۸۲	۲/۱۹ ± ۰/۸۸	بعد	
	۰/۲۱۰	۰/۰۲۰	مقدار P	
۰/۰۸۰	۶/۹۷ ± ۲/۲۱	۶/۳۳ ± ۱/۶۱	قبل	نمره‌ی کل دانش
< ۰/۰۰۱	۷/۱۷ ± ۲/۲۸	۱۳/۸۵ ± ۲/۰۳	بعد	
	۰/۱۶۰	< ۰/۰۰۱	مقدار P	

میانگین و انحراف معیار نمره‌ی موارد نگرش پزشکان عمومی متقاضی شرکت در برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق شهری، شامل اهداف سازمان جهانی بهداشت در امر سلامت در قرن ۲۱، تجربه‌های بعضی کشورهای پیشرفته در اصلاح نظام سلامت، شاخص‌های عملکردی نظام سلامت، الگوهای نظام تأمین مالی و نظام پرداخت، الگوهای سازمان‌دهی و وضع مقررات و الگوهای اصلاح رفتار در مشتریان، در قبل و بعد از مداخله به تفکیک دو گروه در جدول ۳ آمده است.

بحث

جهت اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق روستایی کشور ما، مسئولیت تیم سلامت به عهده‌ی پزشکان عمومی گذاشته شد (۱۲) و قرار است همین رویکرد در مناطق شهری دنبال شود (۱۳).



شکل ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌ی نگرش پزشکان عمومی متقاضی شرکت در برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق شهری در دو گروه مورد و شاهد در قبل و بعد مداخله

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره‌ی نگرش پزشکان عمومی متقاضی شرکت در برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق شهری در دو گروه مورد و شاهد، قبل و بعد از مداخله در موارد مورد بررسی

مقدار P	گروه شاهد	گروه مورد	گزینه
۰/۴۷۰	۸/۴۱ ± ۲/۱۰	۸/۶۳ ± ۱/۱۸	اهداف سازمان جهانی بهداشت در امر سلامت در قرن ۲۱
< ۰/۰۰۱	۸/۵۲ ± ۲/۰۰	۱۱/۱۶ ± ۱/۸۱	قبل
	۰/۲۱۰	< ۰/۰۰۱	بعد
			مقدار P
۰/۹۹۰	۸/۷۸ ± ۱/۶۳	۸/۷۸ ± ۱/۰۸	تجربه‌ی بعضی کشورهای پیشرفته در اصلاح نظام سلامت
< ۰/۰۰۱	۸/۶۳ ± ۱/۳۶	۱۰/۸۹ ± ۱/۷۰	قبل
	۰/۱۹۰	< ۰/۰۰۱	بعد
			مقدار P
۰/۱۴۰	۹/۱۱ ± ۲/۴۰	۹/۲۴ ± ۱/۴۰	شاخص‌های عملکردی نظام سلامت
< ۰/۰۰۱	۹/۷۱ ± ۲/۲۰	۱۱/۳۵ ± ۱/۴۸	قبل
	۰/۲۵۰	< ۰/۰۰۱	بعد
			مقدار P
۰/۱۹۰	۸/۸۷ ± ۴/۲۹	۸/۱۱ ± ۱/۴۶	الگوهای نظام تأمین نظام مالی و پرداخت
< ۰/۰۰۱	۹/۱۴ ± ۴/۲۷	۱۰/۵۹ ± ۱/۵۲	قبل
	۰/۰۷۰	< ۰/۰۰۱	بعد
			مقدار P
۰/۴۳۰	۹/۷۱ ± ۲/۰۰	۹/۲۲ ± ۱/۳۷	الگوهای سازمان‌دهی و وضع مقررات
۰/۰۱۳	۹/۷۱ ± ۲/۰۰	۱۱/۲۴ ± ۱/۲۳	قبل
	۰/۹۰۰	< ۰/۰۰۱	بعد
			مقدار P
۰/۷۰۰	۸/۸۶ ± ۱/۷۹	۸/۹۷ ± ۱/۳۴	الگوهای اصلاح رفتار در مشتریان
< ۰/۰۰۱	۸/۳۷ ± ۱/۵۷	۱۰/۹۲ ± ۱/۴۳	قبل
	۰/۰۸۰	< ۰/۰۰۱	بعد
			مقدار P
۰/۰۷۰	۵۳/۷۵ ± ۷/۶۷	۵۲/۹۰ ± ۳/۰۰	نمره‌ی کل نگرش
< ۰/۰۰۱	۵۶/۱۰ ± ۷/۲۴	۶۶/۱۴ ± ۳/۷۶	قبل
	۰/۱۸۰	< ۰/۰۰۱	بعد
			مقدار P

عمومی متقاضی همکاری در برنامه‌ی پزشک خانواده در مراکز شهری استان اصفهان، در گروه مورد، حدود ۲ برابر افزایش پیدا کرد. میانگین نمره‌ی نگرش این دسته پزشکان نیز بعد از مداخله، به طور معنی‌داری افزایش یافت.

مطالعه‌ای در ایالات متحده‌ی آمریکا بر روی نگرش پزشکان خانواده، نسبت به اصلاح نظام سلامت، خدمات سلامت مدیریت شده، رضایت شغلی، رضایتمندی از زندگی فردی، استرس‌های شغلی و آموزش‌های دستیار انجام شد. در این مطالعه، در پاسخ به این سؤال که «اگر آن چه شما می‌دانید در شروع تحصیل در دانشکده‌ی پزشکی می‌دانستید، آیا رشته‌ی پزشکی و یا رشته‌ی پزشک خانواده را به عنوان تخصص انتخاب می‌کردید؟»، ۶۳ درصد شرکت کنندگان اظهار داشتند که اگر به عقب برگردند، بار دیگر هم به دانشکده‌ی پزشکی می‌رفتند و ۶۶ درصد پزشکان خانواده اظهار کردند که باز هم رشته‌ی تخصصی پزشک خانواده را انتخاب می‌کردند. در کل، ۵۹ درصد پزشکان خانواده از زندگی حرفه‌ای خودشان راضی بودند. این در حالی است که نظام پرداخت به ۵۱ درصد این پزشکان

در کشور چین، راه‌کارهای مختلفی از جمله افزایش حقوق و دستمزد پزشکان و یارانه به آن‌ها و کوتاه‌تر کردن دوره‌های خدمت اجباری و دادن فرصت ارتقای علمی به آن‌ها و همچنین، اجرای برنامه‌های آموزش نظری و عملی ضمن خدمت و اجرای برنامه‌های آموزشی پیشرفته برای شرکت کنندگان (اعم از پزشکان عمومی و پرستاران) و در نهایت، حمایت مالی فراوان این دوره‌ها تا اختتام آن‌ها، جهت بهبود رضایتمندی و توانمندسازی پزشکان و پرستاران و ارتقای کیفیت خدمات سلامت به اجرا گذاشته شد. اجرای برنامه‌ی آموزش پزشکان عمومی جهت تربیت پزشکان خانواده در کشور چین از سال ۱۹۸۰، شروع شده است، اما شروع دوره‌ی رسمی تربیت پزشک خانواده در دانشکده‌ی پزشکی در آن کشور از سال ۱۹۹۹، شروع شد. این دوره، یک دوره‌ی دستیار بود، اما در عین حال، اجرای برنامه‌های آموزش مداوم و آموزش‌های ضمن خدمت برای به روزرسانی مهارت‌های پزشکان عمومی شاغل در جایگاه پزشک خانواده، همچنان پی‌گیری می‌شود (۱۴).

به دنبال توزیع بسته‌های آموزشی، میانگین نمره‌ی دانش پزشکان

مؤثری در جهت ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران تلقی کردند. از نظر عملکردی، میزان پذیرش رهنمودهای بالینی، پایین بود، اما با این حال، بهترین شیوه‌ی مورد استقبال پزشکان خانواده برای به کار بستن و اجرای رهنمودهای بالینی، اجرای برنامه‌های آموزش مداوم و مداخلات تمرینی بوده است (۱۶).

در تحقیق انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی تهران در مورد دانش و نگرش پزشکان نسبت به مدیریت درد در بیماران مبتلا به سرطان، با وجود این که بیش از ۷۵ درصد آنان نسبت به کنترل درد در بیماران مبتلا به سرطان، نگرش مثبت داشتند، اما اغلب شرکت کنندگان در این تحقیق به خصوص پزشکان غیر انکولوژیست، از دانش کافی برای کنترل درد برخوردار نبودند. با توجه به طولانی بودن درد در بیماران مبتلا به سرطان و سیر آن در خارج از بیمارستان‌ها، بر آموزش مداوم پزشکان تأکید شده است تا نسبت به ارتقای آگاهی پزشکان و نیز مدیریت بهتر درد در بیماران مبتلا به سرطان اقدام گردد (۱۷).

مطالعه‌ای جهت تعیین تأثیر آموزش بر میزان تشخیص و درمان درست بیماری افسردگی توسط پزشکان خانواده در Newfoundland در چارچوب راهنماهای بالینی انجام شد. در این مطالعه، پزشکان خانواده تحت مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر مورد، بر اساس رهنمودهای طب بالینی (CPGS یا Certificate of postgraduate studies) جهت درمان افسردگی و مشاوره قرار گرفتند. گروه شاهد، CPGS را بدون جلسه‌ی آموزشی یا دسترسی به روان‌پزشک دریافت می‌کردند. در طول ۶ ماه پی‌گیری مشاهده شد که در گروه مورد، بیماران بیشتری (با شمار میانگین ویزیت‌های مشابه به ازای هر بیمار)، حداقل یک داروی ضد افسردگی را به طور مرتب مصرف می‌کردند. همچنین، میزان کلی مراجعه به پزشکان، اعم از روان‌پزشک و یا دیگر متخصصان بهداشت روان، در گروه مورد (۱۵/۴ درصد) نسبت به گروه شاهد (۳/۵ درصد) بیشتر بود. بعد از ۶ ماه پی‌گیری، در نمرات پیشرفت بین گروه‌های شاهد و مورد از نظر مقایسه‌های خود ارزیابی بیماران، قبل از درمان و در طول ۶ ماه، تفاوت معنی‌داری مشاهده شد (۱۸).

در مطالعه‌ای دیگر، ملاحظه گردید که دوره‌های آموزش مداوم پزشکان خانواده در مورد کنترل دیابت حتی به صورت دوره‌های کوتاه مدت چند ساعته به صورت شرکت در کارگاه‌های آموزشی کار در گروه‌های کوچک، به طور بارز، باعث بهبود دانش، نگرش و عملکرد پزشکان خانواده در مورد رعایت راهنماهای بالینی مربوط به دیابت گردیده بود. هر چند که اثر چنین برنامه‌هایی بعد از یک سال کاهش می‌یابد (۱۹).

با عنایت به اهداف برنامه‌ی پزشک خانواده در بهبود ارتباط با بیماران و داشتن نگاه جامع به ناخوشی‌های مراجعه کنندگان، نتایج

خانواده، به شکل حقوق بوده است و به ۷۲ درصد آن‌ها تا زمان انجام این مطالعه، هیچ دستمزدی به شکل سرانه‌ای پرداخت نشده است. در همین حال، متوسط ساعت کار آن‌ها در هفته، ۵۱ ساعت بوده است. ۳۳ درصد این پزشکان اعلام نموده‌اند که به طور متوسط، ۶۰ ساعت در هفته به عنوان پزشک خانواده کار می‌کنند. ۳۶ درصد پزشکان خانواده با مفهوم برنامه‌ی ملی سلامت کشورشان موافق بودند که دلیل عمده‌ی عدم موافقت آن‌ها، اجرای مراقبت‌های مدیریت شده بوده است. در هر صورت، پزشکان خانواده در امریکا از شرایط موجود در نظام سلامت کشورشان ناراضی بودند و با اصلاح بارز نظام سلامت کشورشان به طور کامل موافق بودند (۱۵).

در برنامه‌ی پزشک خانواده در کشور ما که در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر به اجرا گذاشته شده است، نظام پرداخت در مرحله‌ی نخست بر اساس سرانه می‌باشد و علاوه بر آن، مشوق‌های مالی بر اساس نظام کارانه تعلق می‌گیرد. نظام پرداخت دستمزد به پزشکان خانواده در کشور امریکا، به طور عمده بر اساس حقوق بوده است. در حالی که عمده‌ی نظام پرداخت به سایر پزشکان در آن کشور به صورت کارانه‌ای (Fee for service) می‌باشد که باعث تفاوت زیادی در میزان درآمد پزشکان می‌گردد و این امر، یکی از دلایل اصلی پایین آمدن سطح رضایتمندی پزشکان خانواده در امریکا می‌باشد.

تغییر نظام پرداخت دستمزد به ارایه کنندگان خدمات سلامت از نوع کارانه‌ای به شکل سرانه‌ای، باعث افزایش مسئولیت پذیری پزشکان خانواده خواهد شد که در شرایط فعلی نظام سلامت کشورهای مثل امریکا و یا ایران که بر اساس کارانه می‌باشد، به نظر می‌رسد این گونه اصلاحات، طرفدار کمتری داشته باشد. با وجود فعالیت گسترده‌ی بخش خصوصی و رقابتی بودن نظام ارایه‌ی خدمات سلامت در کشور امریکا، اما باز اذعان می‌شود که اجرای اصلاحات در نظام سلامت به خصوص اصلاح نظام پرداخت سرانه‌ای، باعث ارتقای اثربخشی و گسترش عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و افزایش مسئولیت پذیری در ارایه کنندگان خدمات سلامت خواهد شد. با وجود این که پزشکان خانواده در امریکا، دارای تخصص نیز هستند، از اصلاح نظام سلامت کشورشان استقبال می‌کنند.

از طرف دیگر، اجرای برنامه‌ی درمان بیماران بر اساس مراقبت‌های مدیریت شده نیز در آن کشور، باعث ناخشنودی پزشکان خانواده شده است. استفاده از رهنمودهای بالینی، یک راهبرد در جهت بهبود کیفیت مراقبت بهداشتی، کنترل هزینه‌ها و استانداردسازی طب بالینی است. در مطالعه‌ای که نگرش پزشکان خانواده نسبت به رهنمودهای بالینی و در عمل میزان استفاده از آن‌ها را می‌سنجد، اغلب پاسخ دهندگان، رهنمودهای بالینی را به عنوان ابزار آموزشی

نظام ارجاع در برنامه‌ی پزشک خانواده، از میان ۲۲۵ نفر بیمار، ۲۸ درصد بیمارانی که به سطح ۲ آمده بودند، از طرف پزشک خانواده ارجاع شده بودند و از این میان، تنها ۳۰/۲ درصد پس‌خوراند از پزشک متخصص سطح ۲ به پزشک خانواده داشتند. ۲۵/۳ درصد بیماران ارجاع شده به سطح ۲ بعد از دریافت خدمات، به پزشک خانواده بازگشتند و سایر آن‌ها، علت عدم مراجعه را عدم آگاهی ذکر نمودند. نتیجه‌ی این تحقیق، کافی نبودن عملکرد نظام ارجاع در برنامه‌ی پزشک خانواده بود (۲۳).

نصراله‌پور شیروانی و همکاران در مطالعه‌ی دیگری نشان دادند که بسیاری از اصول نظام ارجاع از یک سطح به سطوح بالاتر و بالعکس رعایت نمی‌شود که نیاز به اصلاح، آموزش و مداخله در این زمینه دارد (۲۴). طبیعی است که اجرای بهتر نظام ارجاع، علاوه بر کاهش بار مراجعه‌ی بیماران به متخصصین و کاهش سرگردانی بیماران، فرصت بسیار ارزشمندی برای آموزش مهارت‌های بالینی پزشکان خانواده را فراهم می‌سازد که لازم است مسئولین امر به خصوص در گسترش برنامه‌ی پزشک خانواده در شهرها، این موارد را مد نظر داشته باشند.

در این تحقیق، میزان پاسخ‌دهی ۹۰ درصد بود. در مطالعه‌ای بر روی پزشکان خانواده در Upstate New York کشور آمریکا، میزان پاسخ‌دهی ۴۳ درصد بود (۱۶). در مطالعه‌ی دیگری که در ایالات متحده‌ی آمریکا بر روی نگرش پزشکان خانواده نسبت به اصلاح نظام سلامت انجام شد، میزان پاسخ‌دهی ۴۶ درصد بود (۱۵). این مطالعه در شروع اجرای برنامه‌ی پزشکان خانواده در شهرها انجام شد که نشانه‌ی علاقمندی پزشکان نسبت اطلاع از اهداف برنامه‌ی پزشک خانواده و دستورالعمل‌های اجرایی آن و دستاوردهای کشورهای دیگر به دنبال اصلاح نظام سلامت کشورشان می‌باشد.

از طرف دیگر، این برنامه‌ی بازآموزی با ارسال بسته‌های آموزشی چاپی و فایل الکترونیکی انجام شد و این گونه اجرای برنامه‌های بازآموزی به دلیل عدم تداخل با وظایف رسمی روزانه‌ی پزشکان، بیشتر مورد استقبال پزشکان قرار می‌گیرد. پی‌گیری مستمر همکاران مجری این تحقیق در بازگرداندن پرسش‌نامه‌ها نیز از نکات دیگری است که در بالاتر بودن میزان پاسخ‌دهی پزشکان مشارکت‌کننده در این تحقیق، نسبت به تحقیقات انجام شده در آمریکا، مؤثر بوده است. با وجود گذشتن نزدیک به ۹ سال از شروع برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر کشور، به نظر می‌رسد میزان آگاهی پایه‌ی پزشکان عمومی علاقمند جهت همکاری در برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق شهری، کمتر از حد انتظار می‌باشد. این برنامه‌ی ملی بسیاری از ارکان نظام ارایه‌ی خدمات سلامت کشور را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در شرایطی که سطح

مطالعات حاکی از آن است که اجرای دوره‌های آموزش مداوم با هدف ارتقای ارتباط بین پزشک خانواده و بیماران، باعث بهبود دانش، نگرش و عملکرد پزشکان خانواده در افزایش رضایتمندی بیماران آن‌ها در منطقه‌ی چهارم استان فارس گردیده است (۲۰).

در مطالعه‌ی مشابه دیگری در دانشگاه علوم پزشکی لرستان، مشاهده شد که اجرای دوره‌های آموزش مداوم برای پزشکان خانواده، باعث ارتقای دانش و بهبود نگرش آن‌ها نسبت به ارتباط مؤثر با بیماران شده است. در این مطالعه، عملکرد پزشکان در ارتباط با بیماران، بر اساس رضایتمندی بیماران آن‌ها سنجیده شد که نتایج این مطالعه نیز حاکی از افزایش رضایتمندی بیماران از ارتباط پزشک با آن‌ها شده است. در این مطالعه، رابطه‌ی آماری معنی‌داری بین رضایتمندی بیماران با جنسیت (زن بودن) پزشک و جوان‌تر بودن پزشک خانواده گزارش شده است. در مطالعه‌ی حاضر، تنها تغییر در دانش و نگرش پزشکان ارزیابی شد. لازم است تغییر در عملکرد پزشکان خانواده در رابطه با وظایف آنان در چارچوب دستورالعمل‌های کشوری به خصوص برنامه‌های ادغام یافته در نظام سلامت کشور و خدمات ارتقای سلامت و یا پیش‌گیری از بیماری‌ها، بعد از مدت زمان طولانی‌تری مورد ارزیابی قرار گیرد.

از طرف دیگر، بر خلاف نتایج مطالعات دیگر، در مطالعه‌ی حاضر، رابطه‌ی آماری معنی‌داری بین دانش و یا نگرش پزشکان خانواده با متغیرهای سن، جنس، سابقه‌ی کار و یا نوع استخدام مشاهده نشد. احتمال می‌رود به دلیل جدید بودن موضوعات آموزشی اصلاح نظام سلامت و یا ارایه‌ی برنامه‌ی آموزشی به روش از راه دور آن هم به شکل کتابچه‌ی کاغذی و همین‌طور فایل الکترونیک، اغلب پزشکان عمومی متقاضی شرکت در برنامه‌ی پزشک خانواده، بسته‌ی آموزش را با علاقمندی بیشتری مطالعه کرده‌اند (۲۱).

با توجه به اهمیت آموزش‌های مداوم در بهبود عملکرد پزشکان در ارایه‌ی خدمات سلامت، نوع آموزش‌ها و شیوه‌ی اجرای برنامه‌های آموزشی نیز تأثیرات متفاوتی در عملکرد پزشکان دارد. برای ارتقای بعضی مهارت‌ها در پزشکان خانواده، به طور قطعی لازم است آموزش عملی متناسب با اهداف آموزشی تدارک دیده شود. از طرف دیگر، برای بهبود دسترسی بیماران به خدمات تخصصی و در عین حال، رعایت بهره‌وری در سازمان و جلوگیری از القای نیازهای کاذب از طرف ارایه‌کنندگان خدمات سلامت به بیماران، نظام ارجاع، بهترین فرصت را برای بیماران فراهم می‌کند تا با کمترین هزینه، به خدمات سلامت مورد نیاز واقعی خود دسترسی داشته باشند. در همین راستا، در فرایند ارجاع بیماران به سطوح بالاتر، فرصتی برای آموزش مداوم پزشکان خانواده فراهم می‌شود (۲۲).

در مطالعه‌ی نصراله‌پور شیروانی و همکاران بر روی عملکرد

نقش آینده‌ی آن‌ها به عنوان پزشکان خانواده وجود نداشت. این امر از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر بود و پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در این زمینه انجام شوند.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهش و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، به خاطر حمایت مالی این طرح سپاسگزاری می‌گردد. همچنین، از حمایت‌های همکاران محترم دفتر آموزش مداوم مرکز مطالعات و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تقدیر به عمل می‌آید.

اطلاعات پزشکان نسبت به این برنامه پایین باشد، طبیعی است که سطح اطلاعات اولیه‌ی مردم در جامعه به عنوان گیرندگان خدمات سلامت نیز پایین باشد (۲۵). این یافته‌ها، مبین ضرورت اطلاع‌رسانی در مورد این برنامه با اشکال مختلف و بیش از پیش توسط سازمان‌های مسؤول مانند وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در بین گروه‌های مختلف جمعیتی جامعه است؛ چرا که بر حسب قانون، این سازمان‌ها متولی اطلاع‌رسانی در مورد این برنامه می‌باشند. به دلیل عدم شروع اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق شهری، در مطالعه‌ی حاضر امکان اندازه‌گیری مهارت این پزشکان در

References

1. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: A guide to improving performance and equity. New York, NY: Oxford University Press; 2004.
2. World Health Organization, Regional Office for Europe. Health 21: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No. 5. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998.
3. World Bank. Islamic Republic of Iran- Health Sector Review: vol. 2. Background Sections. Washington, DC: World Bank; 2008.
4. Moghadam MN, Sadeghi V, Parva S. Weaknesses and challenges of primary healthcare system in Iran: a review. *Int J Health Plann Manage* 2012; 27(2): e121-e131.
5. World Health Organization, Regional Office for Europe. Health 21: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No. 6. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1999.
6. Ministry of Health and Medical Education. Application instructions "Family Physician and Referral System". Available from: http://ph.behdasht.gov.ir/uploads/92-02_162570.pdf. [In Persian].
7. Islamic Consultative Assembly (Majlis). Law on the Fourth Five-Year Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran [2004-2009]. [Cited 2004 Sep 1]. Available from: <http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/91720/106519/F-2093574466/IRN91720.pdf>. [In Persian].
8. Islamic Consultative Assembly (Majlis). Law on the Fifth Five-Year Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran [2010-2015]. [Cited 2011 Feb 20]. Available from: <http://ictb.ir/index.php/1389-12-02-12-27-38>. [In Persian].
9. Lebaron SW, Schultz SH. Family medicine in Iran: the birth of a new specialty. *Fam Med* 2005; 37(7): 502-5.
10. Schroeder SA. The making of a medical generalist. *Health Aff (Millwood)* 1985; 4(2): 22-46.
11. Majdzadeh R. Family physician implementation and preventive medicine; opportunities and challenges. *Int J Prev Med* 2012; 3(10): 665-9.
12. Ministry of Health and Medical Education. Operational guide for family physician and rural insurance project implementation. version 10 (Revised). Ministry of Health and Medical Education. Tehran, Iran: Center for Network Development and Health Promotion; 2009. p. 5-31. [In Persian].
13. Ministry of Health and Medical Education. Operational guide for family physician project implementation. version 2. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2012. [In Persian].
14. Yang J, Guo A, Wang Y, Zhao Y, Yang X, Li H, et al. Human resource staffing and service functions of community health services organizations in China. *Ann Fam Med* 2008; 6(5): 421-7.
15. Shearer S, Toedt M. Family physicians' observations of their practice, well being, and health care in the United States. *J Fam Pract* 2001; 50(9): 751-6.
16. James PA, Cowan TM, Graham RP, Majeroni BA. Family physicians' attitudes about and use of clinical practice guidelines. *J Fam Pract* 1997; 45(4): 341-7.
17. Eftekhari Z, Mohaghegh MA, Yarandi F, Eghtesadi-Araghi P, Moosavi-Jarahi A, Gilani MM, et al. Knowledge and attitudes of physicians in Iran with regard to chronic cancer pain. *Asian Pac J Cancer Prev* 2007; 8 (3): 383-6.
18. Worrall G, Angel J, Chaulk P, Clarke C, Robbins M. Effectiveness of an educational strategy to improve family physicians' detection and management of depression: a randomized controlled trial. *CMAJ* 1999; 161(1): 37-40.
19. Gerstein HC, Reddy SS, Dawson KG, Yale JF, Shannon S, Norman G. A controlled evaluation of a national continuing medical education programme designed to improve family physicians' implementation of diabetes-specific clinical practice guidelines. *Diabet Med* 1999; 16(11): 964-9.
20. Managheb SE, Firouzi H, Jafarian J. The Impact of communication skills training based on Calgary-Cambridge guideline on knowledge, attitude and practice of family physicians in Jahrom University of Medical Sciences 2007. *J Jahrom Univ Med Sci* 2008; 6(2): 74-84. [In Persian].
21. Naghavi Z, Anbari K, Saki K, Zafar Mohtashami A,

- Lash-Karara G, Derik MA. A study on effect of training communication skills on knowledge and attitudes of family physicians and patients satisfaction. *J Biol Today'sWord* 2015; 4(1): 1-5.
22. Alfuth R, Barnard CP. Family physicians and family therapists: Understanding the interdependent synergism. *Contemp Fam Ther* 2000; 22(3): 253-77.
23. Nasr Elahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, Shabestani Monfared A, Et Al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in northern provinces of Iran: 2008. *J Babol Univ Med Sci* 2010; 11(6): 46-52. [In Persian].
24. Nasrollahpour Shirvani SD, Raeisee P, Motlagh ME, Kabir MJ, Ashrafian Amiri H. Evaluation of the performance of referral system in family physician program in Iran University of Medical Sciences: 2009. *Hakim Health Sys Res* 2010; 13 (1): 19-25. [In Persian].
25. Alidosti M, Tavassoli E, Khadivi R, Sharifirad Gh. A survey on knowledge and attitudes of rural population towards the family physician program in Shahrekord city. *Health Inf Manage* 2011; 7 (Special Issue): 629-36. [In Persian].

The Effect of Distance Education on Knowledge and Attitude of General Practitioners Who Applied to Participate in Family Physician Program in Urban Areas of Isfahan Province, Iran

Reza Khadivi¹, Shahaboddin Milani², Maryam Karimi-Khuzani², Narges Motamedi³, Tahereh Moghadas⁴

Original Article

Abstract

Background: Empowerment of general practitioners (GPs) applicant to participate in family physician (FP) program should be facilitated to achieve defined aims. This study aimed to assess the changes in knowledge and attitude marks of general practitioners before and after one distance education course.

Methods: In a field randomized trial study containing control group in 2013 in Isfahan province, Iran, 140 general practitioners who applied to participate in family physician program in more than 20 thousands population urban areas were randomly selected and divided to 2 equal groups. In interventional group, booklets on health sector reform were given out but no intervention was done in control group. Both the two groups were assessed before and after the distribution of booklets about practitioners' knowledge and attitude by a researcher-designed questionnaire. The Cronbach's alpha reliability coefficient was 0.82. Data was analyzed using paired-t and mixed ANCOVA tests via SPSS software.

Findings: 3 months after giving booklets out in intervention group, the mean of knowledge mark raised significantly from 6.33 ± 1.61 to 13.85 ± 2.03 ($P < 0.05$) and the mean of attitude mark improved significantly from 52.90 ± 3.00 to 66.14 ± 3.76 ($P < 0.05$). There was no significant difference in control group. The variables such as age, sex, service record and type of service of general practitioners had not correlation with changes in knowledge and attitude marks.

Conclusion: After distance education, the general practitioners' knowledge and attitude increased markedly.

Keywords: Health sector reform, Family physician, Distance education, Iran

Citation: Khadivi R, Milani S, Karimi-Khuzani M, Motamedi N, Moghadas T. **The Effect of Distance Education on Knowledge and Attitude of General Practitioners Who Applied to Participate in Family Physician Program in Urban Areas of Isfahan Province, Iran.** J Isfahan Med Sch 2017; 34(411): 1496-506.

1- Associate Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Student of Medicine, Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Community Medicine Specialist, Department of Community Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Behvarz Training Center, Provincial Health Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Reza Khadivi, Email: khadivi@med.mui.ac.ir