



بررسی نحوه عملکرد پزشکان خانواده در استان یزد

نویسندگان: زهرا حافظی* روح اله عسکری** مهدیه ممیزی***

*نویسنده مسئول: کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
Email: z.hafezi@yahoo.com تلفن: ۰۹۱۳۷۷۷۲۱۹

** عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
*** دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

چکیده

سابقه و اهداف: هدف اصلاح نظام سلامت در ایران دست زدن به سلسله ای از تغییرات هدفمند مستمر برای بهبود کارایی، برقراری عدالت در برخورداری مردم از خدمات بهداشتی و درمانی و اصلاح نظام پرداختهاست. برنامه پزشک خانواده بعنوان شالوده دست زدن به اصلاح نظام سلامت انتخاب شده است.

روش بررسی: مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی و مقطعی در سال ۱۳۸۷ در بین ۳۶ نفر از پزشکان خانواده استان یزد انجام گرفته است. داده ها با استفاده از چک لیست استاندارد وزارت بهداشت که شامل ۵حیطه مدیریت، عملکرد، قرارداد و دستورالعمل، مشارکت جامعه و نتایج می باشد، جمع آوری و با استفاده از نرم افزار spss 11.5 تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: بررسی میانگین امتیازات کل شهرستانها، رده های شغلی و سوابق کاری در ۵ حیطه نشان داد که شهرستان ابرکوه با ۹۹/۴۸، سرپرستان مراکز با ۹۱/۶۸ و افراد دارای سابقه کاری بین ۱۰-۲۰ ماه با ۹۷/۷۳ بهترین عملکرد و شهرستان مهریز با ۸۵/۳۸، پزشکان عمومی با ۹۰/۱۶ و افراد دارای سابقه کاری کمتر از ۱۰ ماه با ۸۶/۷۳ ضعیفترین عملکرد را داشته اند. همچنین ارتباط بین شهرستان محل خدمت با امتیازات پزشکان خانواده در حیطه مشارکت جامعه با $p=0/000$ معنادار شد.

بحث: یافته های این پژوهش لزوم مستند کردن و اولویت بندی تمام مشکلات منطقه و کمبودهای مراکز، رعایت نظام ارجاع مطابق با ضوابط استانی و کشوری توسط پزشک، تشکیل پرونده سلامت الکترونیکی برای تمام جمعیت تحت پوشش، افزایش ارتباط تیم سلامت با مردم ومسئولین محلی و استفاده از مشارکت مردم و حل مشکلات معیشتی اعضای تیم سلامت را نشان می دهد.

واژه های کلیدی

پزشک خانواده، نحوه عملکرد، حیطه های عملکرد، یزد

طلوع بهداشت

فصلنامه پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال ششم

شماره اول و دوم

بهار و تابستان ۱۳۸۸

شماره مسلسل ۲۶

تاریخ وصول: ۸۸/۱۰/۲۳

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۲/۹



مقدمه

در دو دهه اخیر نظام های سلامت در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به سبب برآورده نساختن نیازها و انتظارات سلامتی و برای اجرای برنامه های اصلاحی تحت فشار قرار گرفته اند. اگرچه اهداف اصلاحات برحسب نوع کشورها و به لحاظ میزان توسعه یافتگی در ظاهر می تواند متفاوت از هم باشد ولی در حالت کلی تأمین نیازها و انتظارات جدید و در حال تغییر حوزه سلامتی هدف اصلی هر نظام اصلاحی است (۱). بدون شک نظام سلامت ایران علیرغم دستاوردهای متعدد و بسیار ارزشمندی که در چند دهه اخیر داشته است، دچار چالشها و مشکلات متعدد نیز می باشد. اصلاحات در نظام سلامت ایران به دلایل مختلف اجتناب ناپذیر است (همچون همه نظام های سلامت در جهان). دلایل و علل اصلی لزوم و ضرورت اصلاحات در نظام سلامت ایران به قرار زیرند:

۱- تغییرات اپیدمیولوژیکی (افزایش بیماریهای غیرواگیر و حوادث).

۲- تغییرات دموگرافیکی

۳- افزایش هزینه های سلامت

۴- نابرابریها در دریافت خدمات و پرداخت هزینه ها

۵- چالشهای مدیریت سلامت در سطوح مختلف (۲)

در کشور ما جریان اصلاح نظام سلامت از حدود سال ۱۳۸۱ پا گرفته است. هدف اصلاح نظام سلامت در ایران دست زدن به سلسله ای از تغییرات هدفمند مستمر برای بهبود کارایی، برقراری عدالت در برخورداری مردم از خدمات بهداشتی و درمانی، محافظت مردم در برابر مخاطرات مالی ناشی از بیماریها، تأمین مالی پایدار و اصلاح نظام پرداختهاست. یکی از کارهایی که در این زمینه صورت گرفته تدوین آیین نامه نظام ارجاع و پزشک خانواده است. با استفاده از این تجربه عینی و بر پایه یافته های منطقه ای و جهانی، سپردن بخش عمده ای از مسئولیت بهداشت و درمان جمعیت های محدود، به پزشکان عمومی (که پس از آموزشهای خاص و در شرایطی معین پزشک خانواده

نام می گیرند) بعنوان شالوده دست زدن به اصلاح نظام سلامت انتخاب شده است. پزشک خانواده سلسله ای مشخص از خدمات بهداشتی-درمانی-ارتقایی را به عنوان حداقل برای همه کسانی که در پوشش خود دارد تعهد می کند و فراتر از این محدوده فنی، فرد را برای بهره گیری از خدمات تکمیلی- تخصصی به سطوح دیگر ارجاع می دهد (۳). پزشک خانواده یک تخصص پزشکی است که مراقبت های بهداشتی مداوم و جامع را برای افراد و خانواده ها فراهم می کند. خدماتش در برگیرنده همه سنین، جنسها، بیماریها و سیستم های ارگانیک با توجه به علوم رفتاری، بالینی و زیست محیطی می باشد (۴). مراقبت هر بیمار وابسته به ارتباط بین پزشک و بیمار است. این ارتباط ارزشمند، توسعه یافته پرورش یافته و نگهداری شده است که پزشکی خانواده را از سایر تخصص ها متمایز می سازد (۵).

طرح پزشک خانواده از جمله طرحهایی است که در برنامه ۵ ساله چهارم در راستای اصلاح نظام سلامت کشور تدوین شده است (۶). در راستای تلاش پیگیر مجلس شورای اسلامی به ویژه کمیسیون بهداشت و درمان و با همکاری سازمان مدیریت و برنامه ریزی، در قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه خدمات درمانی موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنین مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر امکان بهره مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد. بدین ترتیب فرصتی مناسب پدید آمد تا شرایط مساوی به منظور دسترسی راحت و مناسب به خدمات سلامت برای مناطق مختلف شهری و روستایی فراهم شود.

ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم تصریح میدارد که تا پایان برنامه چهارم توسعه، شورای عالی بیمه خدمات درمانی تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشکی خانواده و نظام ارجاع را فراهم نماید. این برنامه از ابتدای سال ۸۴ تاکنون، در مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر با همکاری



پژوهشگر درصدد برآمد تا نحوه عملکرد پزشکان خانواده را در ابعاد مختلف مدیریت، عملکرد، قرارداد و دستورالعمل، مشارکت جامعه و نتایج در مراکز بهداشتی و درمانی مجری طرح در استان یزد مورد بررسی قرار داده و عملکرد آنها را در ابعاد مذکور با یکدیگر مقایسه نماید و نقاط قوت و ضعف طرح مذکور را بیان و راهکارهایی برای بهبود کیفیت خدمات تیم سلامت ارائه نماید.

روش بررسی

مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بوده که بصورت مقطعی در سال ۱۳۸۷ انجام گرفته است. جامعه پژوهش در این مطالعه، پزشکان خانواده شهرستانهای یزد، تفت، خاتم، ابرکوه و مهریز می باشد. روش نمونه گیری بصورت خوشه ای دو مرحله ای می باشد، به این صورت که در مرحله اول ۵ شهرستان بصورت تصادفی و در مرحله دوم، در هر شهرستان تمام نمونه ها بصورت سرشماری انتخاب شدند. بطور کلی ۳۶ نفر از پزشکان خانواده مورد مطالعه قرار گرفته اند (تعدادی از پزشکان مورد مطالعه در سمت سرپرست مرکز بهداشتی و درمانی بوده و بقیه آنها فقط بعنوان پزشک خانواده ارائه خدمت می کنند). داده ها با استفاده از چک لیست استاندارد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که توسط کارشناسان ستادی شبکه بهداشت و درمان هر شهرستان با حضور در محل کار پزشکان خانواده با مصاحبه و بررسی تمامی مستندات برای تمام پزشکان تکمیل شده، جمع آوری گردید. لازم به ذکر است این چک لیست با چک لیست هایی که کارشناسان در بازدیدهای دوره ای خود از مراکز تکمیل می کنند متفاوت است. چک لیست مورد نظرمشتمل بر ۵ حیطه می باشد که عبارتند از: مدیریت (در سه موضوع تحلیل وضعیت موجود - برنامه عملیاتی و فعالیتهای جاری مرکز)، حیطه عملکرد (در دو موضوع مدیریت عملکرد و عملکرد فنی)، حیطه قرارداد و دستورالعمل، حیطه مشارکت جامعه و حیطه

سازمان بیمه خدمات درمانی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حال اجراء است (۷).

در پژوهشی محمد مهدی قاسمی با بیان اینکه پیشرفت علوم پزشکی و بهداشتی از شاخص های توسعه هر کشوری است، نظام ارجاع از سطح پزشک عمومی را به عنوان راهکاری که از نظر علمی مورد تأیید و از نظر عملی قابل اجرا باشد معرفی کرده و بیان کرده است که «این نظام باعث راهنمایی بیماران برای دسترسی به پزشک متخصص موردنظر گردیده و از طرفی پزشکان عمومی به عنوان خط مقدم درمان با بیماران متفاوت برخورد نمایند و قادر به پیگیری بیماران بعد از ویزیت متخصص باشند و شرکتهای بیمه می توانند این روش را بعنوان روشی که از هزینه های اضافی خواهد کاست در روند درمانی صحیح بیماران بکار بندند و در نهایت موجب تعادل بین درآمد و هزینه نظام بیمه ای خود شوند.» (۸)

در مطالعه دیگری تحت عنوان «پزشکی خانواده: موقعیت در جهان، ضرورت در ایران»، نویسنده با بررسی وضعیت پزشکی خانواده در کشورهای جهان، به بررسی وضعیت آن در ایران نیز پرداخته و برقراری رشته پزشکی خانواده در ایران را مستلزم بررسی ابهامات موجود در این زمینه، تجربیات جهانی و هزینه-فایده و هزینه-تأثیر آن می داند (۹).

دکتر حمیدرضا جمشیدی در مقاله «اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران» با بررسی جریان اصلاح نظام سلامت در ایران، تدوین آیین نامه نظام ارجاع و پزشک خانواده را یکی از کارهایی می داند که در این زمینه صورت گرفته است. وی همچنین سپردن بخش عمده ای از مسئولیت بهداشت و درمان جمعیتی محدود را به پزشکان خانواده بعنوان شالوده دست زدن به اصلاح نظام سلامت عنوان می کند (۱۰).

با در نظر گرفتن این موارد و با توجه به اینکه پزشک خانواده می تواند موجب تغییر بزرگی در الگوهای رفتار درمانی و دگرگونی الگوهای مصرف در این قلمرو باشد،



داشته اند (جدول شماره ۲). همچنین پزشکان با سابقه کار بین ۱۰-۲۰ ماه در مجموع از بهترین عملکرد و پزشکان با سابقه کار کمتر از ۱۰ ماه از ضعیفترین عملکرد برخوردار بوده اند (جدول شماره ۳). یافته های پژوهش به تفکیک هر حیطه به شرح ذیل می باشد. (نتایج به تفکیک هر حیطه در جداول ۱، ۲ و ۳ آورده شده است).

در حیطه مدیریت با توجه به میانگین امتیازات پزشکان خانواده، شهرستان ابرکوه با ۲۰ امتیاز بهترین عملکرد و شهرستان مهریز با ۱۵/۲۳ امتیاز ضعیفترین عملکرد را داشته اند. در همین حیطه پزشکان عمومی با ۱۸/۴۶ امتیاز عملکرد بهتری نسبت به سرپرستان مراکز با ۱۶/۹۴ امتیاز داشته اند. همچنین در این حیطه پزشکان با سابقه کار بین ۲۰-۱۰ ماه با ۱۹/۴۵ امتیاز بهترین عملکرد و پزشکان با سابقه کار بیشتر از ۲۰ ماه با ۱۷/۸ امتیاز از ضعیفترین عملکرد برخوردار بوده اند. در بررسی ارتباط بین رده شغلی، شهرستان محل خدمت و سابقه کار با امتیازات پزشکان خانواده در حیطه مدیریت در هیچ مورد ارتباط معناداری یافت نشد.

در حیطه عملکرد با توجه به میانگین امتیازات پزشکان خانواده، شهرستان ابرکوه با ۴۰ امتیاز بهترین عملکرد و شهرستان یزد با ۳۳/۹۷ امتیاز ضعیفترین عملکرد را داشته اند. در همین حیطه سرپرستان مراکز با ۳۷/۴۹ امتیاز عملکرد بهتری نسبت به پزشکان عمومی با ۳۴/۳۷ امتیاز داشته اند. همچنین در این حیطه پزشکان با سابقه کار بین ۲۰-۱۰ ماه با ۳۹/۳۵ امتیاز بهترین عملکرد و پزشکان با سابقه کار کمتر از ۱۰ ماه با ۳۵/۰۲ امتیاز از ضعیفترین عملکرد برخوردار بوده اند. در بررسی ارتباط بین رده شغلی، شهرستان محل خدمت و سابقه کار با امتیازات پزشکان خانواده در حیطه عملکرد در هیچ مورد ارتباط معناداری یافت نشد. در حیطه قرارداد و دستورالعمل با توجه به میانگین امتیازات پزشکان خانواده، شهرستان ابرکوه با ۲۹/۴۸ امتیاز بهترین عملکرد و شهرستان خاتم با ۲۶/۴۲ امتیاز ضعیفترین عملکرد را داشته اند. در همین حیطه

نتایج (در سه موضوع شاخص های فنی - شاخصهای پشتیبانی و رضایتمندی که شامل رضایت مردم، رضایت پرسنل و رضایت مرکز بهداشت درمان شهرستان است)، که به هر حیطه امتیاز خاصی تعلق گرفته است. به حیطه مدیریت ۲۰ امتیاز، عملکرد ۴۰ امتیاز، قرارداد و دستورالعمل ۳۰ امتیاز، مشارکت جامعه ۳ امتیاز و حیطه نتایج ۷ امتیاز اختصاص یافته است. (امتیازات همان امتیازات داده شده در چک لیست مورد نظر می باشد). آزمونهای آماری مورد استفاده در این پژوهش روشهای آمار توصیفی و آزمون آماری کای اسکوئر بود.

نتایج

پژوهش حاضر با هدف بررسی نحوه عملکرد پزشکان خانواده (پایش عملکرد) در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده انجام گرفته است. جامعه مورد نظر شامل پزشکان خانواده در شهرستانهای یزد، تفت، خاتم، ابرکوه و مهریز میباشد که ۱۶,۷٪ شرکت کنندگان پژوهش از شهرستان یزد، ۴۱,۷٪ تفت، ۱۱,۱٪ خاتم، ۱۳,۹٪ ابرکوه و ۱۶,۷٪ از مهریز و در مجموع ۳۶ نفر از پزشکان مشارکت داشته اند. ۸۶,۱٪ از پزشکان خانواده به عنوان سرپرست مرکز بهداشتی و درمانی و ۱۳,۹٪ به عنوان پزشک خانواده فعالیت دارند. از این میان ۲۵٪ شرکت کنندگان در پژوهش دارای سابقه کار کمتر از ۱۰ ماه، ۱۱,۱٪ دارای سابقه بین ۱۰ تا ۲۰ ماه و ۳۳,۳٪ با سابقه کار بیشتر از ۲۰ ماه هستند. (با توجه به اینکه اکثریت پزشکان خانواده پزشکان عمومی هستند که مدت کوتاهی است فارغ التحصیل شده اند در نتیجه سابقه کاری آنها با ماه بیان شده است).

برطبق یافته های این مطالعه بطور کلی از مجموع ۱۰۰ امتیاز شهرستان ابرکوه با ۹۹/۴۸ امتیاز بهترین عملکرد و شهرستان مهریز با ۸۵/۳۸ امتیاز ضعیفترین عملکرد (جدول شماره ۱) و سرپرستان مراکز با ۹۱/۶۸ امتیاز عملکرد بهتری نسبت به پزشکان عمومی



یافت نشد. اما در بررسی ارتباط بین شهرستان محل خدمت با امتیازات پزشکان خانواده در این حیطه با $p-v=0/00$ ارتباط معنادار شد.

در حیطه نتایج با توجه به میانگین امتیازات پزشکان خانواده، شهرستان ابرکوه با ۷ امتیاز بهترین عملکرد و شهرستان خاتم با ۶/۰۲ امتیاز ضعیفترین عملکرد را داشته اند. در همین حیطه پزشکان عمومی با ۶/۶۷ امتیاز عملکرد بهتری نسبت به سرپرستان مراکز با ۶/۶۵ امتیاز داشته اند. همچنین در این حیطه پزشکان با سابقه کار بیشتر از ۲۰ ماه با ۶/۷۶ امتیاز بهترین عملکرد و پزشکان با سابقه کار بین ۱۰-۲۰ ماه با ۶/۵۸ امتیاز از ضعیفترین عملکرد برخوردار بوده اند. در بررسی ارتباط بین رده شغلی، شهرستان محل خدمت و سابقه کار با امتیازات پزشکان خانواده در حیطه نتایج هیچ مورد ارتباط معناداری یافت نشد. در حیطه نتایج در موضوع رضایتمندی، رضایت مردم و پرسنل از پزشک خانواده و تیم سلامت بیش از ۹۵٪ می باشد. در زمینه رضایت مرکز بهداشت شهرستان، این میزان بیش از ۸۵٪ می باشد.

سرپرستان مراکز با ۲۸/۰۱۲ امتیاز عملکرد بهتری نسبت به پزشکان عمومی با ۲۷/۶۶ امتیاز داشته اند. همچنین در این حیطه پزشکان با سابقه کار بین ۱۰-۲۰ ماه با ۲۹/۳۵ امتیاز بهترین عملکرد و پزشکان با سابقه کار کمتر از ۱۰ ماه با ۲۷/۹۲ امتیاز از ضعیفترین عملکرد برخوردار بوده اند. در بررسی ارتباط بین رده شغلی، شهرستان محل خدمت و سابقه کار با امتیازات پزشکان خانواده در حیطه قرارداد و دستورالعمل در هیچ مورد ارتباط معناداری یافت نشد.

در حیطه مشارکت جامعه با توجه به میانگین امتیازات پزشکان خانواده، شهرستان ابرکوه با ۳ امتیاز بهترین عملکرد و شهرستان خاتم با ۱/۲ امتیاز ضعیفترین عملکرد را داشته اند. در همین حیطه پزشکان عمومی با ۳ امتیاز عملکرد بهتری نسبت به سرپرستان مراکز با ۲/۵۷ امتیاز داشته اند. همچنین در این حیطه پزشکان با سابقه کار بین ۱۰-۲۰ ماه با ۳ امتیاز بهترین عملکرد و پزشکان با سابقه کار کمتر از ۱۰ ماه با ۲/۸ امتیاز از ضعیفترین عملکرد برخوردار بوده اند. در بررسی ارتباط بین رده شغلی و سابقه کار با امتیازات پزشکان خانواده در حیطه مشارکت جامعه در هیچ مورد ارتباط معناداری

جدول شماره ۱: بررسی میانگین امتیازات هر شهرستان در ۵ حیطه و امتیاز کل

میانگین حیطه ها	مدیریت	عملکرد	قرارداد و دستورالعمل	مشارکت جامعه	نتایج	امتیاز کل
شهر محل خدمت						
یزد	۱۷/۴۳	۳۳/۹۷	۲۶/۷۵	۲/۶	۶/۶۲	۸۷/۳
تفت	۱۶/۶۲	۳۷/۵۸	۲۸/۹۲	۳	۶/۷۷	۹۲/۸۹
خاتم	۱۸/۰۷	۳۹/۶	۲۶/۴۲	۱/۲	۶/۰۲	۹۱/۳۲
ابرکوه	۲۰	۴۰	۲۹/۴۸	۳	۷	۹۹/۴۸
مهریز	۱۵/۲۳	۳۴/۶۶	۲۶/۵۳	۲/۴	۶/۵۵	۸۵/۳۸
p-v	۰/۶	۰/۲	۰/۸	۰	—	—



جدول شماره ۲: بررسی میانگین امتیازات هررده شغلی در ۵ حیطه و امتیاز کل

میانگین حیطه ها رده شغلی	مدیریت	عملکرد	قرارداد و دستورالعمل	مشارکت جامعه	نتایج	امتیاز کل
پزشک عمومی	۱۸/۴۶	۳۴/۳۷	۲۷/۶۶	۳	۶/۶۷	۹۰/۱۶
سرپرست مرکز	۱۶/۹۴	۳۷/۴۹	۲۸/۰۱	۲/۵۷	۶/۶۵	۹۱/۶۸
p-v	۰/۸	۰/۱	۱	۰/۴	—	—

جدول شماره ۳: بررسی میانگین امتیازات پزشکان خانواده با سابقه کار متفاوت در ۵ حیطه و امتیاز کل

حیطه ها سابقه کار	مدیریت	عملکرد	قرارداد و دستورالعمل	مشارکت جامعه	نتایج	امتیاز کل
کمتر از ۱۰ ماه	۱۴/۲۵	۳۵/۰۲	۲۷/۹۲	۲/۸	۶/۷۳	۸۶/۷۳
بین ۱۰-۲۰ ماه	۱۹/۴۵	۳۹/۳۵	۲۹/۳۵	۳	۶/۵۸	۹۷/۷۳
بیشتر از ۲۰ ماه	۱۷/۸	۳۸/۲۶	۲۸/۳۷	۲/۸۵	۶/۷۶	۹۴/۰۵
p-v	۰/۱	—	۰/۳	۰/۵	—	—

بحث

در بررسی ارتباط بین شهرستان محل خدمت با امتیازات پزشکان خانواده در این حیطه با $p-v=0/000$ ارتباط معنادار شد. این معناداری می تواند به این دلیل باشد که: مراکز بهداشتی درمانی روستایی به دلیل ارتباط بیشتر با مردم و شوراهاى اسلامى روستاها بطور آسانتری می توانند در رفع مشکلات سلامتی منطقه مشارکت مردم را جلب نمایند. در نتیجه شهرستانهای که مراکز بهداشتی درمانی روستایی بیشتری داشته باشند طبعا عملکرد بهتری را در این زمینه می توانند داشته باشند.

در حیطه نتایج در موضوع رضایتمندی، رضایت مردم از پزشک خانواده و تیم سلامت بیش از ۹۵٪ می باشد که این موضوع می تواند به دلیل حضور شبانه روزی تیم سلامت، تشکیل پرونده سلامت، مراقبت بهتر و

موثرتر، کاهش هزینه های درمان و دسترسی راحت تر به پزشک و دارو و... باشد. میزان کم نارضایتی هم می تواند به این دلایل باشد: عدم اعتماد مردم به پزشک خانواده و اینکه پزشک خانواده نمی تواند بیش از استاندارد مشخصی دارو و اقدامات تشخیصی برای بیمار تجویز کند، با در نظر گرفتن این نکته که مراجعه کنندگان به پزشک خانواده اکثرا مردم روستایی هستند و انتظار تجویز زیاد دارو از پزشک خود دارند. رضایت پرسنل نیز بیش از ۹۵٪ می باشد که این هم می تواند به دلایلی از قبیل انتقال و پیگیری راحت تر درخواستهایشان به مرکز بهداشت شهرستان توسط پزشک خانواده، مشارکت داده شدن پرسنل در برنامه ریزی های مرکز، تقسیم کار و مدیریت بهتر پزشک خانواده و... باشد. ۵٪ نارضایتی می تواند به دلیل ناعادلانه بودن توزیع کارانه بین پرسنل توسط پزشک



پزشکی برای درمان بیمه شدگان دانسته اند. در این مقاله، محقق نارسایی طرح پزشک خانواده را بیشتر مربوط به شفاف نبودن موارد اورژانس، مراجعه مستقیم به واحدهای تخصصی و نداشتن آزادی در انتخاب پزشک خانواده دانسته است و راهکارهایی را جهت رفع این نارسایی ها بیان نموده است (۱۱).

در پژوهش حاضر نیز بیش از ۹۵ درصد مردم و پرسنل مراکز بهداشتی و درمانی سیستم ارجاع و پزشک خانواده را موثر دانسته و از عملکرد پزشکان خانواده خود رضایت داشته اند.

در پژوهش مشابهی که دکتر کامبیز قربانی و همکاران در شهرستان رشت انجام دادند، پزشکان خانواده در بخش مدیریت توانستند ۸۷٪ نمره، در بخش عملکرد ۷۴٪ نمره و در بخش قرارداد و دستورالعمل ۸۸٪ نمره را کسب نمایند که این میزانها در پژوهش حاضر به ترتیب ۸۲٪، ۹۱٪ و ۹۰٪ می باشد.

در بخش همکاری بین بخشی (مشارکت جامعه) پزشکان نتوانستند نمره قابل قبولی (۵۶٪) اخذ نمایند و با توجه به نقش مهمی که مشارکت های بین بخشی در ارتقاء سلامتی دارد توجه جدی به این بخش حائز اهمیت فراوانی است. در پژوهش حاضر نیز پزشکان خانواده در این بخش نتوانستند ۷۳٪ نمره را کسب نمایند که این میزان متوسط ارزیابی می شود.

ارتباط معناداری نیز بین نمرات پایش مراکز و شاخصهای سلامتی وجود نداشت. در حیطه رضایتمندی نیز نتوانستند بیش از ۷۴٪ رضایتمندی را کسب نمایند که نمره رضایت مندی مردم (۷۶٪) از نمره رضایت مندی بخش پرسنل (۷۳٪) و شهرستان (۷۳٪) بیشتر است. در مطالعه حاضر نیز نتایج مشابهی در حیطه رضایتمندی بدست آمده است.

بدین صورت که پزشکان نتوانستند بیش از ۸۹٪ نمره را کسب نمایند که نمره رضایت مندی مردم (۹۹٪) از نمره رضایت مندی بخش پرسنل (۸۶٪) و شهرستان (۹۳٪) بیشتر است. در این پژوهش لزوم برگزاری

خانواده باشد. در زمینه رضایت مرکز بهداشت شهرستان، این میزان بیش از ۸۵٪ بوده که می تواند دلالی از قبیل ارائه به موقع آمارها و گزارشها توسط پزشک خانواده، مشارکت فعال پزشک در جلسات و رعایت مقررات اداری و مالی توسط پزشک و... داشته باشد. میزان نارضایتی هم می تواند به دلیل غیر فعال بودن پزشک در ارائه پیشنهاد، خلاقیت و نوآوری باشد. در مجموع ۱۰۰ امتیاز سرپرستان مراکز با ۹۱/۶۸ امتیاز عملکرد بهتری نسبت به پزشکان عمومی داشته اند. شاید بتوان دلیل این امر را آشنایی بیشتر سرپرستان مراکز با امور اداری-مالی و فعالیتهای مدیریتی از جمله برنامه ریزی دانست. پزشکان با سابقه کار بین ۱۰-۲۰ ماه در مجموع از بهترین عملکرد و پزشکان با سابقه کار کمتر از ۱۰ ماه از ضعیفترین عملکرد برخوردار بوده اند. با توجه به این مورد، می توان گفت پزشکان با سابقه کار کمتر از ۱۰ ماه به دلیل تجربه کمتر، توانایی کمتری در اداره تیم سلامت و انجام کارهای اداری-مالی و ارتباط با مردم دارد. بنابراین بهتر است برای اداره تیم سلامت از پزشکان با تجربه تر استفاده شود.

ایروان مسعودی اصل در مقاله ای با عنوان «بررسی نظام پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان طرف قرارداد کمیته امداد امام خمینی (ره)»، یکی از مهمترین منابع اطلاعات در جهت بهبود وضعیت جسمی و روانی بیمار و نتیجه گیری مطلوب از درمان، بعثت سوابق و داشتن پرونده پزشکی دقیق را در قالب نظام ارجاع (پزشک خانواده) می داند. وی در این پژوهش ۶۰ پزشک عمومی طرف قرارداد در شهر یاسوج را به عنوان جامعه آماری انتخاب و اطلاعات را با استفاده از پرسشنامه جمع آوری کرده است. بر اساس نتایج پژوهش، ۹۰ درصد افراد اعتقاد داشتند که پرونده پزشکی برای بیمار تشکیل می شود، ۸۸٪ اطلاعات ثبت شده در کاردکس را برای پیگیری و درمان مؤثر میدانستند و بیش از ۹۵ درصد افراد سیستم ارجاع (پزشک خانواده) را مؤثر دانسته و مهمترین مزیت این طرح را تشکیل پرونده



اقدامات، آزمایشها، نتایج و سایر منابع، کاغذ بازی، تماسهای تلفنی و ازدیاد فرم ها، انتظارات بیماران و... در ارتباط با پزشک خانواده بیابند (۱۴).

در مقاله ای تحت عنوان «تأثیر آموزش پزشکی خانواده بر رضایت بیماران دارای پزشک خانواده در تایلند»، نویسندگان با بیان اینکه برنامه های آموزشی پزشکان خانواده در تایلند می تواند کیفیت ارجاع را از پزشکان عمومی به متخصصان افزایش دهد، به بررسی نظر بیماران مراجعه کننده به بیمارستان راماتییدی تایلند در پنج بعد " میزان دسترسی، تداوم مراقبت، مهارت های ارتباطی، توانایی (دانش بیمار از برنامه خود مراقبتی بعد از مشاوره) و رضایت کلی از انواع مختلف پزشکان پرداخته است. نتایج بررسی وی نشان داد که پزشکان خانواده در مقایسه با رزیدنتها و پزشکان عمومی در بسیاری از ابعاد بالاترین معیار را کسب نموده اند (۱۵).

بمنظور رفع نقاط ضعف و بهبود کیفیت خدمات و عملکرد پزشکان خانواده در حیطه های مختلف پژوهشگر پیشنهادت زیر ارائه می کند:

۱- در راستای بهبود خدمات در حیطه مدیریت، پیشنهاد می شود تمام مشکلات منطقه و کمبودهای مراکز مستند شده تا اولویت بندی و رسیدگی به آنها راحت تر صورت گیرد. همچنین بهتر است برای رفع مشکلات سلامتی منطقه، فرایندهای جاری مرکز، ارزیابی اعضای تیم سلامت، کنترل وضعیت هزینه و درآمد مرکز، پشتیبانی واحدهای تابعه و فعالیتهایی از این قبیل برنامه ریزی صورت گیرد و برای اینکه برنامه ریزی ها دقیقتر و اصولی تر باشد، لازمست جهت پزشکان کارگاه و برنامه آموزشی برنامه ریزی عملیاتی، بخصوص آنهایی که بعنوان سرپرست مرکز هستند، برگزار شود تا عملکرد آنان در این حیطه ارتقاء یابد.

۲- در راستای بهبود خدمات در حیطه عملکرد، پیشنهاد می شود بعد از هر بازدیدی که از واحدهای تابعه صورت می گیرد، بازخورد کتبی به آن واحدها ارسال شود. همچنین برای هماهنگی با پرسنل تحت پوشش لازم است جلساتی بصورت ماهانه انجام شود. جهت

کارگاه و برنامه آموزشی برنامه ریزی عملیاتی، ارتقاء عملکرد پزشکان در حیطه های فنی و بهداشتی و ارتقاء همکاری های بین بخشی بیان شد (۱۲).

در پژوهشی که معصومه قلی زاده و همکاران انجام دادند، ۱۱۱ نفر از پزشکان خانواده، مدیران و کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی را بعنوان نمونه پژوهش انتخاب و اطلاعات را با استفاده از پرسشنامه جمع آوری کرده اند. بر اساس نتایج پژوهش، نقاط قوت بارز طرح پزشک خانواده در این شهرستان، کاهش هزینه درمان، تشکیل پرونده سلامت، مراقبت بهتر و موثرتر از مادران باردار، دسترسی آسان روستائیان به پزشک و دارو و کاهش هزینه های درمان بود و از نقاط ضعف عمده آن می توان به در اولویت قرار گرفتن عملی خدمات درمانی به بهداشتی، عدم تأمین شغلی برای کارکنان، پرداخت نشدن بموقع حقوق و مزایای اعضای تیم سلامت، عدم پذیرش مهر ماما در مراکز ارجاع و عدم امکان استفاده از خدمات دندانپزشکی و... اشاره نمود (۱۳). در پژوهش حاضر نیز پرداخت نشدن بموقع حقوق و مزایای اعضای تیم سلامت از عوامل نارضایتی پرسنل مراکز بهداشتی و درمانی برشمرده شده و در ارتباط با تشکیل پرونده سلامت، بیش از ۹۰ درصد پزشکان خانواده نسبت به تکمیل پرونده سلامت برای جمعیت تحت پوشش اقدام کرده اند.

یک گروه محقق در مقاله ای با عنوان "مزایا و چالشهای پزشک خانواده" به بررسی چالشها و مزایای پزشک خانواده از دیدگاه ۲۸ نفر از پزشکان خانواده شهر آبرتا در کانادا نموده است که به همراه شرکت کنندگان در طرح توانستند ۸ مزیت از جمله: فراهم کردن مراقبت جامع و متنوع و مراقبت پیشگیرانه، ارتباط با بیمار و خانواده وی، فراهم کردن مراقبت مداوم و دریافت بازخور، حفظ و فراگیری مهارتها و دانش، آموزش و سهیم شدن در دانش و تجربه و... و ۱۱ نکته چالشی شامل: نیاز به ترفیع و افزایش پاداشهای پزشک خانواده، نیاز به محترم شمرده شدن توسط متخصصان، فقدان دسترسی به متخصصان،



بطور کلی یافته های این پژوهش لزوم مستند کردن و اولویت بندی تمام مشکلات منطقه و کمبودهای مراکز، رعایت نظام ارجاع مطابق با ضوابط استانی و کشوری توسط پزشک، تشکیل پرونده سلامت الکترونیکی برای تمام جمعیت تحت پوشش، افزایش ارتباط تیم سلامت با مردم و مسئولین محلی و استفاده از مشارکت مردم و حل مشکلات معیشتی اعضای تیم سلامت و پرداخت به موقع حقوق و مزایای آنها را نشان می دهد.

از جمله محدودیت های پژوهش، تعداد خیلی محدود مطالعات مشابه انجام شده در این زمینه می باشد، بطوریکه هیچ مورد مطالعه مشابه خارجی در این زمینه وجود ندارد و اینکه دلیل مقایسه ای بودن کار، امکان اینکه کارشناسان هر شهرستان چک لیستها را به نفع شهرستان خود تکمیل نموده باشند، وجود دارد. همچنین با توجه به اینکه ارتباط قوی معناداری بین متغیرها و نمرات پایش مشاهده نشد، لازمست در طراحی چک لیست پایش یا نحوه اجرای پایش اصلاحاتی صورت گیرد.

پشتیبانی بیشتر از واحدهای تابعه لازم است دهگردشی به خانه های بهداشت با تیم کامل که پرستار یا ماما یا دارو یار را نیز شامل می شود، صورت گیرد تا خدمات کاملتری به روستائیان ارائه شود.

۳- جهت بهبود خدمات در حیطه قرارداد و دستورالعمل، پیشنهاد می شود پزشک نظام ارجاع را مطابق با ضوابط استانی و کشوری آن رعایت کند و در ابتدای شروع به خدمت، نسبت به تکمیل پرونده سلامت برای جمعیت تحت پوشش اقدام کند. همچنین موارد ارجاع شده به سطوح بالاتر را پیگیری و برای بیماران ارجاع شده از خانه بهداشت بازخورد دهد.

۴- در راستای بهبود خدمات در حیطه مشارکت جامعه، پیشنهاد می شود پزشک ارتباط تیم سلامت را با مردم و مسئولین محلی افزایش دهد و برای حل مشکلات سلامتی منطقه از مشارکت مردم، بخصوص رابطین بهداشتی روستائی، استفاده کند.

۵- برای بهبود خدمات در حیطه نتایج، پیشنهاد می شود برای افزایش رضایتمندی پرسنل توزیع کارانه اختصاص یافته به مرکز بهداشتی و درمانی عادلانه و با توجه به عملکرد پرسنل صورت گیرد.

References

1-Aghlmand S, Poorreza A. Health system reform. Refah- e Ejtemaee Journal 2004;4(14):3-26 [Persian].

2-Searching for Referral system. Available from: <http://www.hmcongress.com/main/page.php?pid=129>. at 22 sep 2009.

3-Jamshidi HR. Health system reform in Islamic Republic Iran. Public Health services insurance Journal 2005;8(27):14-16 [Persian].

4-Searching for family physician. Available from: [Http://www.insatums.com/news/archives/top/001649.php](http://www.insatums.com/news/archives/top/001649.php). september 2009.

5-Searching for family physician. Available from: <http://www.rentropandgeater.com/physician.html>. september 2009.

6-Searching for family physician. Available from:



www.quolsdaily.com/archive/1384/h tm1/1/1384-01-22/page9.htm#o

7-Ministry of Health and Medical Education, Department of health, family physician and referral system in the Islamic Republic of Iran, 2006.[Persian].

8-Ghasemi MM. Review referral system through the general medicine in outpatient services self-employed insureds of health care insurance organizations, Public Health services insurance Journal, 2000; 12: 19-21 [Persian].

9-Sohrabi MR, Saadat S, Hajji Hashemi Z. Medical Family: Position in the world, necessity in Iran, Teb and Tazkie Quarterly, Winter 2004; 55: 66 [Persian].

10-Jamshidi H. Reform the health system in the Islamic Republic of Iran, Public Health services insurance Journal 2005; 8, (27): 14-16 [Persian].

11-Masudi Asl I. A study of Referral System from the view of physicians correspondent Emam Khomeini Aid Committee. Tamin-E-Ejtemaee Journal of medicine 2003; 14:10 [Persian].

12-Najafzade H, Ghorbani K, Sedighi A, Mahdavi MH, Taghvaye T. Evaluating the performance Monitoring results family physicians health center of Rasht city and review scores correlation with health indices of centers, finding Available from: www.rashthc.com

13-Gholizade M, Janati A, Narimani MR, Nikkhoo Z. Family physician in Ramsar Iran: power points, weakness points, results. Abstracts of 6th national congress on health services management students 2009:73 [Persian].

14-Manca DP, Varnhagen S, Brett-MacLean P, Allan GM, Szafran O, Ausford A, et al. [Rewards and challenges of family practice: Web-based survey using the Delphi method.](#) Can Fam Physician 2007 Feb; 53(2):278-86

15-Jaturapatporm D, Dellow A, Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? BMC Family Practice. 2007: 8 14.



Monitoring Performance of Family Physicians in Yazd

Hafezi Z* (B.S) – Asqari R ** (M.Sc) – Momayezi M*** (B.S)

* Corresponding Author: Bachelor of Science in Health Services Management in Yazd University of Medical Sciences. Email: Z.hafezi@yahoo.com

** Master of Sciences and Faculty Member in Yazd University of Medical Sciences.

*** Bachelor of Science in Health Services Management in Yazd University of Medical Sciences.

Abstract

Background: The goal of health system reform in Iran is embarking on a series of continued changes for improving efficiency, fixing justice for people's use of health services, protecting people against financing dangers due to disease, and reforming payment system. Family physician program is selected as the base of health system reform.

Method: For this cross-sectional study (in 1387), 36 family physicians were selected. Data gathering was done through a standard questionnaire provided by ministry of health and medical education (including 5 aspects: management, performance, contract & guideline, social cooperation and results). Chi-square test and descriptive tables were used to analyze the data through SPSS software 11.5.

Results: The study of the average score of the cities, job level and work record in 5 aspects indicated that Abarkouh (99.48), heads of centers (91.68), and physicians with job background between 10-20 months (97.73) had the best performance, while Mehriz (85.38), public physicians (90.16), physicians with job background of lower than 10 months (86.73) had the worst performance.

There was a significant difference between work city and family physicians' scores in social cooperation.

Conclusion: The findings showed the necessity of documenting and prioritizing the whole area problems and inadequacies of centers, observance of the referral system according to standards of state and country by physicians, creating electronic health folder for the whole dependent population, increasing communication between health team, people and state attendant, making use of people participation, solving livelihood problems of health team members and paying their salary and benefits on time,...

Keywords: Family physician, Performance aspects, Monitoring performance, Yazd