مقاله پژوهشی

بررسی نحوه‌ی عملکرد پزشکان خانواده روستایی استان فارس در راستای اجرای طرح پزشک خانواده ۱۳۹۲

سید منصور کشفی[۱]، قدیر نجات[۱]، مریم یزدانخواه[۱]، جعفر حسن زاده[۲]، طیبه رخشانی[۱]، مهین منوچهری خرم مکانی[۳]، علی خانی جیحونی[۳*]

۱- گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۲- گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۳- گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۹/۰۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۰۸

چکیده

زمینه و هدف: طرح پزشک خانواده یک نظام کامل بهداشتی- درمانی است که مهم‌ترین نتایج آن رفع سردرگمی مردم در مراجعه به پزشک و افزایش رضایت‌مندی از خدمات سلامت است. هدف از انجام مطالعه حاضر ارزیابی نحوه عملکرد پزشکان خانواده و نقاط ضعف و قوت آن بود.

مواد و روش‌ها: در مطالعه مقطعی حاضر ۵۲ نفر از پزشکان خانواده روستایی استان فارس به صورت طبقه‌ای متناسب در سال ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه عملکرد پزشکان خانواده در ۵ حیطه مدیریت، عملکرد، قرارداد دستورالعمل، مشارکت جامعه و نتایج بود. داده‌های گردآوری شده به نرم افزار SPSS-19 وارد و با استفاده از آزمون‌های تی تست، آنالیز واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: از ۵۲ پزشک خانواده مورد بررسی ۵۶/۹٪ زن و ۴۳/۱٪ مرد بودند. کمترین نمره مربوط به مشارکت جامعه (۳/۰±۹۳/۸۱) و بیشترین نمره در حیطه نتایج (۲۳/۳±۵۲/۰۴) بود. براساس نتایج حاصل از مطالعه بین اکثر حیطه‌ها ارتباط معناداری مشاهده گردید ($p<0.05$). بین جنسیت و حیطه‌های مختلف ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد ($p>0.05$).

نتیجه‌گیری: به علت تنوع فعالیت پزشکان خانواده و گستره وسیع کشورمان، همچنین افزایش رضایت‌مندی پزشکان و افراد تحت پوشش این برنامه، بایستی تحقیقات و نظارت‌های بیشتری در این زمینه، صورت گیرد.

کلمات کلیدی: ارزیابی، پزشک خانواده، عملکرد

مقدمه

از مهم‌ترین رخدادهای تاریخی در تحول تولید و عرضه خدمات سلامت، تصمیم جامعه جهانی مبنی بر پذیرش روش مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) به منظور نیل به اهدافی همچون تحقق عدالت در دسترسی جامعه به خدمات سلامت اولیه و نیز کاهش هزینه‌های سلامت است (۱، ۲).

مراقبت‌های اولیه سلامت عبارت است از مراقبت‌های ضروری، اساسی و قابل دسترس برای همه افراد و خانواده‌ها، در زمینه سلامت؛ که بخش اصلی نظام بهداشتی و توسعه اقتصادی اجتماعی و همچنین اولین سطح تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام سلامت کشورها به شمار می‌آید (۱).

در چند دهه اخیر، ارتباط مثبت میان نظام سلامت مبتنی بر P.H.Cو بهبود کلی کیفیت مراقبت، ارزیابی و کنترل هزینه به طور روز افزون در حال افزایش است (۳).

نظام ارجاع یکی از متعالی ترین نظام‌ها در بین سیستم‌های درمانی مختلف جهان است که هزینه اثربخش بودن آن در مطالعات گوناگون به اثبات رسیده است (۴). مطالعه‌ای که در عربستان سعودی انجام گرفت، نشان داد که به کار بردن نظام ارجاع موجب کاهش ۴۰/۶ درصد در بیماران سرپایی بیمارستان، افزایش ۱۹/۶ درصد در مراجعین به مراکز بهداشتی و افزایش ۱۹/۲ درصد در ارجاعات شده بود (۵). مطالعات متعدد نشان دادند چنانچه سطح بندی خدمات با نظام ارجاع سازماندهی گردد،

* **نویسنده مسئول: علی خانی جیحونی**، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران Email: khani_1512@yahoo.com

می‌توان ۸۰ تا ۹۰ درصد نیازهای سلامت را در سطح اول تامین نمود. مطالعه‌ای که توسط Morrel انجام شد، گزارش گردید که از هر ۱۰۰۰ نفر، ۷۵۰ نفر در سابقه دو هفته گذشته خود دچار نوعی مشکل شده بودند که ۵۰۰ نفر خود مراقبتی کرده‌اند، ۲۵۰ نفر به یک پزشک عمومی مراجعه و ۹ نفر از این بیماران به یک پزشک متخصص ارجاع گردیدند، ۵ نفر به یک بیمارستان جامعه (Hospital Community) جهت بستری ارجاع داده شدند و تنها یک نفر به یک بیمارستان تخصصی دانشگاهی جهت بستری معرفی گردیده است (۶).

نظام ارجاع به گونه‌ای تبیین می‌گردد که کارکنان سطح پایین در صورتی که قادر به تشخیص یا درمان بیماران نباشند به سطح بالاتر که واجد کارکنانی در سطح عالی تر تحصیلی بوده و قادرند خدمات تخصصی تر را در ابعادی وسیعتر و با استفاده از تکنولوژی پیشرفته تر عرضه نمایند، ارجاع دهند (۷).

از یک سو سطح بندی خدمات، از مراجعه مکرر و غیر ضروری به سطوح تخصصی تر و اتلاف منابع مادی و انسانی پیشگیری کرده و ابزار مناسبی جهت کنترل هزینه‌های مراقبت و افزایش همسویی میان پزشکان عمومی و متخصصین تلقی می‌شود، از سوی دیگر بی توجهی به نظام ارجاع می‌تواند حلقه‌های نظام ارایه خدمات بهداشتی و درمانی را از هم گسیخته و باعث افزایش هزینه‌ها و آسیب رساندن به کمیت و کیفیت خدمات شود (۸).

این در حالی است که اعمال اصلاحات در نظام سلامت کشورهای مختلف از جمله ایران، که با هدف تأمین نیازها و انتظارات جدید و در حال تغییر در حوزه سلامت انجام می‌شود، همواره امری اجتناب ناپذیر بوده و می‌باشد (۹). در کشور ما جهت اصلاح نظام سلامت و رسیدن به اهداف ارزشمندی همچون توزیع عادلانه سلامت در برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی، افزایش سطح سلامتی، افزایش پوشش خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیرضروری به پزشکان متخصص، اصلاح نظام پرداخت‌ها و افزایش پاسخگویی در بازار سلامت، طراحی نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده، به عنوان شالوده این روند اصلاحی مورد توجه قرار گرفت (۱، ۲، ۸).

در طرح پزشک خانواده، سلامت نگری محور فعالیت‌های پزشک محسوب شده و هدف کلی طرح، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و ارائه خدمات سلامت در حدود بسته تعریف شده، به فرد و خانواده، می‌باشد (۸، ۱۰).

شاید ساده ترین شیوه ارزشیابی برنامه پزشک خانواده، سنجش میزان رضایت گیرندگان خدمت است که باید در مراحل طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه روستایی به عنوان محوری ترین شاخص موفقیت بیمه خدمات روستایی و پزشک خانواده مد نظر باشد (۱۱).

طرح پزشک خانواده یک نظام کامل بهداشتی – درمانی است که مهم‌ترین نتایج آن رفع سردرگمی مردم در مراجعه به پزشک و افزایش رضایت‌مندی مردم از خدمات سلامت است و البته به هدر رفتن منابع را نیز به حداقل می‌رساند و صرفه جویی اقتصادی قابل ملاحظه‌ای دارد.

به نظر می‌رسد که دولت برای جواب‌گویی به نیازهای سلامت مردم و مقابله با افزایش بی رویه هزینه‌های سلامت و جلوگیری از تأثیر سوء آن بر سلامت مردم، راهی جز ادامه اجرای طرح پزشک خانواده روستایی و اجرای آزمایشی این طرح در بعد شهری نداشته باشد.

با توجه به کلیه موارد پیشگفت و پیشینه تحقیقاتی بسیار اندک در این زمینه در سطح استان فارس از زمان آغاز این برنامه، مطالعه‌ی حاضر به بررسی نحوه عملکرد پزشکان خانواده روستایی استان فارس پرداخته است، باشد که نتایج حاصل از آن برای نیل به اهداف این برنامه مورد استفاده قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی مقطعی (از نوع توصیفی-تحلیلی) حاضر با هدف تعیین عملکرد پزشکان خانواده در سال ۱۳۹۲ صورت گرفت. جامعه آماری پژوهش را تمام پزشکان عمومی شاغل در برنامه پزشک خانواده روستایی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز که ۲۶۰ نفر بودند، تشکیل دادند که ۵۲ نفر از آنان به شیوه طبقه‌ای متناسب (با توجه به مشخص بودن زیر جمعیت‌های مورد مطالعه، هر شهرستان به عنوان یک طبقه لحاظ شد، سپس از روی لیست موجود پزشکان در ستاد گسترش شهرستان‌ها، به تعداد متناسب با حجم انتخاب گردیدند)، به مطالعه وارد و مورد بررسی قرار گرفتند.

حجم نمونه با استفاده از اطلاعات مطالعات قبلی (۱۶) در این زمینه با در نظر گرفتن انحراف معیار ۳/۴ و اطمینان ۹۵٪ و خطای برآورد ۰/۵ با استفاده از فرمول $n = \frac{z^2_{1-\alpha/2} s^2}{d^2}$ ، محاسبه گردید.

معیار ورود افراد به مطالعه سابقه بیش از یک سال، تمایل به شرکت در مطالعه و تکمیل صحیح و کامل پرسشنامه‌ها بود.

ابزار گردآوری پرسشنامه ویژه ارزیابی پزشکان خانواده شامل حیطه‌های عملکرد شامل زیرمقیاس‌های مدیریت عملکرد و عملکرد فنی (آیا کمبود نیروی انسانی از ستاد مرکز بهداشت شهرستان پیگیری می‌شود؟ آیا پرسنل برابر تقسیم کار صورت گرفته، انجام وظیفه می‌کنند؟)، مدیریت شامل زیرمقایس‌های تحلیل وضعیت موجود و برنامه عملیاتی (آیا جمع آوری اطلاعات زیج حیاتی انجام می‌شود؟ آیا مشکلات سلامتی منطقه، اولویت بندی شده است؟)، دستورالعمل (آیا پزشک ساعت کار را طبق قرارداد رعایت می‌کند؟ آیا پزشک طبق برنامه تنظیمی در روزهای تعطیل در مرکز حضور دارد؟)، مشارکت (آیا درباره نیازهای واحدهای تابعه (فضای فیزیکی، تجهیزات و خودرو) از طریق جلب مشارکت‌های مردمی اقدامی انجام می‌دهد؟ آیا پزشک جلسات هیات امناء (روستایی/شهری) را به صورت ماهانه تشکیل می‌دهد؟) و نتایج (شامل زیرمقیاس‌های شاخص‌های فنی، شاخص‌های پشتیبانی و رضایت‌مندی (در زیرمقیاس‌های رضایت مردم، رضایت پرسنل و رضایت مرکز بهداشت شهرستان) بود که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طراحی و در چندین نوبت پایلوت و اصلاح گردیده بود. داده‌ها به صورت میدانی و با مراجعه به کارشناسان مراکز بهداشتی- درمانی از طریق مصاحبه گردآوری گردید. تکمیل پرسشنامه به صورت نمره گذاری صفر و یک به هر کدام از آیتم‌ها بود، به طوری که نمره ۱ به موارد مثبت و یا موارد مورد ندارد و نمره صفر به موارد منفی تعلق گرفت و سپس نمره هر حیطه با جمع جبری هر کدام از حیطه‌ها به دست آمد.

حفظ شان انسانی، حفظ اسرار و محرمانه نگهداشتن اطلاعات در رابطه با جامعه مورد مطالعه و تضمین به جامعه مورد مطالعه مبنی بر عدم استفاده ابزاری از اطلاعات از جمله ملاحضات اخلاقی این پژوهش بود.

داده‌های گردآوری شده به نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ وارد و با استفاده از روش‌های آماری توصیفی، آزمون‌های آماری تی تست، آنالیز واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، $p>0/05$ معنادار تلقی گردید.

نتایج

پژوهش حاضر ۵۲ پزشک از شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز را مورد بررسی قرار داد. از بین افراد مورد بررسی ۵۶/۹٪ (۲۹ نفر) زن و ۴۳/۱٪ (۲۲ نفر) مرد بودند. بالاترین میانگین نمره مربوط به حیطه نتایج (۲۳/۵۲±۳/۰۴) و کمترین نمره مربوط به حیطه مشارکت (۳/۹۳±۰/۸۱) جامعه بود (جدول ۱).

جدول ۱- میانگین نمرات پزشکان خانواده در ۵ حیطه مختلف

حیطه‌ها	میانگین نمرات	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
مدیریت	۱۷/۲۹	۱/۸۷	۱۲	۱۹
عملکرد	۱۸/۱۱	۳/۸۲	۱۱	۲۵
قرارداد دستورالعمل	۱۹/۴۹	۳/۱۸	۱۴	۲۵
مشارکت جامعه	۳/۹۳	۰/۸۱	۲	۵
نتایج	۲۳/۵۲	۳/۰۴	۱۵	۲۶
کل	۸۶/۴۴	۹/۲۹	۵۵	۱۰۰

طبق نتایج حاصل از این مطالعه درحیطه نتایج در موضوع رضایت‌مندی، رضایت مردم از پزشک خانواده و تیم سلامت بیش از ۹۰ درصد بود.

آزمون ضریب همبستگی نشان داد رابطه معنی داری بین اکثریت حیطه‌ها وجود دارد (جدول ۲).

طبق نتایج حاصل از این پژوهش، آزمون t-test نشان داد ارتباط آماری معناداری بین جنسیت با میانگین نمرات حیطه‌های مختلف وجود ندارد ($p>0/05$) (جدول ۳).

میانگین و انحراف معیار امتیازات در حیطه‌های مختلف بر حسب شهرستان مورد بررسی در جدول ۴ خلاصه شده است، برای مقایسه از آزمون کروسکال والیس استفاده گردید. در مجموع امتیازات اختلاف آماری معنی داری بین شهرستان‌های مختلف استان وجود دارد ($P=0/003$). در حیطه مدیریت ($P=0/062$) و عملکرد ($P=0/192$) در شهرستان‌های مختلف اختلاف آماری معنی داری وجود ندارد. اما در حیطه قرارداد و

دستورالعمل اختلاف آماری معنی داری (P=۰/۰۰۶) بین نتایج (۲۳/۵۲) و کمترین مربوط به حیطه مشارکت (۳/۹۳)

جدو ل ۲- همبستگی امتیازات در ۵ حیطه مختلف

حیطه		عملکرد	قرارداد و دستورالعمل	مشارکت جامعه	نتایج	کل
مدیریت	r-value	*۰/۵۷۳	*۰/۵۱۳	*۰/۳۱۱	**۰/۲۱۴	*۰/۷۱۹
عملکرد	r-value	۱	*۰/۴۴۸	*۰/۲۷۲	*۰/۳۸۹	*۰/۸۳۹
قراردادو دستورالعمل	r-value	---	۱	**۰/۱۹۳	**۰/۲۲۹	*۰/۷۲۹
مشارکت جامعه	r-value	---	----	۱	*۰/۲۹۷	*۰/۴۳۴
نتایج	r-value	---	----	---	۱	*۰/۶۳۸

*p<0.05
**p>0.05

شهرستان‌های مختلف وجود دارد به طوری که کمترین امتیاز (۰±۱۴) مربوط به شهرستان‌های گراش و بیشترین مربوط به خنج (۰±۲۵) است.

همچنین در حیطه مشارکت (P=۰/۰۰۵) و نتایج (P=۰/۰۳) نیز اختلاف آماری معنی داری بین شهرستان‌های مختلف وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

برنامه پزشک خانواده یکی از مهم‌ترین و مؤثرترین روش‌های افزایش دسترسی و بهره مندی عادلانه آحاد مردم از خدمات سلامت است، که علاوه بر تامین خدمات مورد نیاز مردم، امکان سوء استفاده از نیازهای مردم توسط ارایه دهندگان خدمات سلامت را نیز کم و محدود می‌کند (۱۲).

طبق نتایج این پژوهش در بررسی حیطه‌های مختلف عملکرد پزشکان خانواده بالاترین میانگین نمره مربوط به حیطه جامعه بود. در حیطه نتایج در موضوع رضایت‌مندی، رضایت مردم از پزشک خانواده و تیم سلامت بیش از ۹۰ درصد می‌باشد.

در بررسی ارتباط جنسیت با ۵ حیطه‌ی مختلف آزمون t-test ارتباط آماری معناداری را بین این دو متغیر نشان نداد (p>۰/۰۵). در این مطالعه بین شهرستان محل خدمت با امتیازات پزشکان خانواده در حیطه‌های قرارداد و مشارکت و حیطه نتایج، معنی دار (p<۰/۰۵) ولی در حیطه مدیریت و عملکرد معنادار نشد (p>۰/۰۵).

در مطالعه حافظی و همکاران بالاترین امتیاز مربوط به حیطه عملکرد (۳۴/۳۷) و کمترین امتیاز مربوط به حیطه مشارکت جامعه (۳) بود (۱۰).

در مطالعه‌ای منتشر شده در معاونت بهداشتی نشان داده شد که ۶۵٪ پزشکان از نحوه پرداخت حقوق و ۵۲٪ از ۳۰٪ پرداخت مبتنی بر عملکرد ناراضی بوده و خواستار تغییر در

جدول ۳- میانگین امتیازات حیطه‌های مختلف بر حسب جنسیت

حیطه‌ها	جنسیت		p-value
	مرد Mean±_SD	زن Mean±_SD	
مدیریت	۱۷/۸۱±۱/۵۶	۱۶/۸۹±۲/۰۲	۰/۵۸۳
عملکرد	۲۲/۰۹±۳/۶۶	۲۲/۱۳±۴/۰۰	۰/۹۶۶
قرارداد و دستورالعمل	۱۹/۵±۳/۳۹	۱۹/۴۸±۳/۰۸	۰/۹۸۵
مشارکت جامعه	۴/۰۶±۰/۷۶	۳/۸۳±۰/۸۴	۰/۳۳۲
نتایج	۲۳/۷۳±۲/۲۹	۲۳/۳۶±۳/۵۴	۰/۶۷۶
کل	۸۷/۳۷±۸/۵۱	۸۵/۷۳±۹/۹۳	۰/۵۳۷

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار امتیازات در ۵ حیطه مختلف بر حسب شهرستان مورد بررسی

حیطه‌ها / شهرستان	مدیریت	عملکرد	قرارداد	مشارکت	نتایج	کل
لار	۱۷/۲±۲/۵۸	۲۳/۵±۲/۹۲	۱۹/۷۵±۲/۱	۴/۳۸± ./۰۵۱	۲۴/۳۸±۱/۷۶	۸۹/۱۲±۶/۱۷
داراب	۱۷/۸۳±۱/۱۶	۲۱±۴/۲۸	۱۷±۱/۷	۳/۵±۰/۸۳	۲۲/۸۳±۲/۷۱	۸۲/۱۶±۶/۰۴
زرین دشت	۱۲±۰	۱۱±۰	۱۵±۰	۲±۰	۱۵±۰	۵۵±۰
رستم	۱۸±۰/۴	۲۴/۵±۱/۲۲	۲۳/۳±۱/۹۶	۵±۰	۲۶±۰	۹۸/۳۳±۲/۵۸
گراش	۱۵±۰	۲۴±۰	۱۴±۰	۵±۰	۲۳±۰	۸۱±۰
بوانات	۱۵±۰	۲۰±۰	۱۵±۰	۳±۰	۲۳±۰	۷۶±۰
نی ریز	۱۷±۱/۴	۲۴/۵±۰/۷	۲۲±۴/۲۴	۳/۵±۰/۷	۲۲±۵/۶	۸۹±۱/۴۱
خنج	۱۹±۰	۲۵±۰	۲۵±۰	۴±۰	۲۶±۰	۹۹±۰
اقلید	۱۷±۰	۲۴±۰	۲۲±۰	۵±۰	۲۱±۰	۸۹±۰
شیراز	۱۷/۸±۱/۶۴	۲۴±۱	۲۰/۴±۳/۲۸	۳/۶±۰/۵۴	۲۲±۲/۹۱	۸۷/۸±۴/۷۶
ممسنی	۱۶/۶۲±۱/۵۹	۲۲/۳۷±۲/۱۷	۱۹±۲/۳۹	۳/۶۳±۰/۵۱	۲۵/۳۱±۱/۳۳	۸۷±۳/۷۷
قیر	۱۷/۷۵±۰/۹۵	۲۰/۲۵±۱/۲۵	۱۷/۵±۲/۰۸	۴±۰/۸۱	۲۵±۱/۴۱	۸۴/۵±۰/۵۷

پرداخت‌ها بودند که این موضوع می‌تواند تاثیر به سزایی در عملکرد آنان داشته باشد. در این مورد باید بیشترین دقت را روی مکانیسم پرداخت متمرکز نمود که در تعیین رفتار ارائه کننده خدمت نقش بسیار مهمی دارد و در برنامه پزشک خانواده برای دسترسی به وضعیت مطلوب (Optimum) لازم است از روش حداکثر پرداخت (Maxed Payment) استفاده شود (۱۱). البته سرمایه گذاری مالی بدون توجه به کارآیی نوعی اتلاف منابع بوده و حتی می‌تواند منجر به بروز عوارض مهمی در سیستم سلامت شود و علی رغم نیاز به سرمایه گذاری بیشتر در کشورهای فقیر می‌بایست کارآیی سیستم را افزایش داد تا منجر به ارتقاء سلامت به نحو چشمگیری گردد (۱۳). در مطالعه‌ی افکار نیز از دیدگاه ارائه دهندگان این خدمت مهم‌ترین نقطه ضعف این برنامه پایین بودن حقوق و دستمزد پزشکان بود (۱۴).

در مورد فعالیت‌های مدیریتی (مدیریت تیم سلامت و نظارت بر عملکرد پرسنل تحت پوشش) بیشتر پزشکان در این زمینه فعالیتی را انجام نمی‌دهند یا به صورت جزیی در این زمینه فعالیت می‌نمایند. با توجه به این که دروس مدیریتی در طی دوران تحصیلی جز کوریکولوم درسی آنان نبوده است و آموزش مورد نیاز را در این مورد اصلاً ندیده‌اند، این مسئله نیاز به بازبینی و بازنگری اساسی و دقیق دارد و نیازمند برگزاری دوره‌های آموزش مدیریتی برای حفظ و بهبود صلاحیت (یعنی آمیزه‌ای از دانش، مهارت و نگرش) تیم بهداشتی برای تمام جنبه‌های آن می‌باشد تا در عین این که به آن‌ها اجازه می‌دهد تا از کار خود احساس رضایت کرده و نسبت به آن نگرش مثبتی داشته باشند، در عین حال سبب کاهش اضطراب آنان هنگام مواجهه با مسائل دشوار مدیریتی و بهداشتی که ممکن است به آن دچار گردند بشود که این نیازمند یک استراتژی سیستماتیک است و باید از دو روش مکمل شامل یک برنامه ملی و دیگری یک نظام پیگیر آموزش ضمن خدمت برای پزشکان خانواده برای اجرای کارکرد آموزش استفاده شود (۱۵).

در مطالعه حافظی میزان رضایت مردم و پرسنل از پزشک خانواده و تیم سلامت بیش از ۹۵٪ می‌باشد (۱۰). در مطالعه خیابانی تنها و همکاران میانگین نمره کسب شده رضایت‌مندی پزشکان خانواده، در حیطه رضایت مردم ۳۶٪ بود (۱۶).

طبق نتایج مطالعه افکار از دیدگاه گیرندگان خدمت، مهم‌ترین نقاط قوت طرح کاهش هزینه درمان و رایگان بودن خدمات و دسترسی آسان به پزشک و مهم‌ترین نقاط ضعف آن نیز برخورد نامناسب بیمارستان‌ها و عدم ارائه خدمت در طول شبانه روز بود (۱۴).

یافته‌های مطالعه عزیزی نشان داد که میزان رضایت کل (رضایت روستائیان از ابعاد مختلف عملکرد پزشک خانواده) به

طور میانگین ۹/۴۷ درصد (خیلی زیاد)، ۲۰/۰۴ درصد (زیاد)، ۳۳/۰۹ درصد (متوسط)، ۱۵/۱۲ درصد (کم) و ۲۲/۲۸ درصد (خیلی کم) بوده است (۱۷).

این موضوع می‌تواند به دلیل حضور شبانه روزی تیم سلامت، تشکیل پرونده سلامت، مراقبت بهتر و موثرتر، کاهش هزینه‌های درمان و دسترسی راحت تر به پزشک و دارو باشد. موارد نارضایتی هم می‌تواند به دلایل عدم اعتماد مردم به پزشک خانواده و محدودیت اقلام دارویی در قلمرو نسخه نویسی پزشک خانواده می‌باشد.

معناداری در حیطه مشارکت می‌تواند به این دلیل باشد که مراکز بهداشتی-درمانی روستایی به دلیل ارتباط بیشتر با مردم و شوراهای اسلامی روستاها به نحو بهتر و مطلوبتری می‌توانند در رفع مشکلات سلامت منطقه مشارکت مردم را جلب نمایند. در نتیجه شهرستان‌هایی که مراکز بهداشتی-درمانی روستایی بیشتری داشته باشند، به طبع عملکرد بهتری را در این زمینه می‌توانند داشته باشند. در «حیطه قرار داد»، معناداری می‌تواند به دلیل واریانس زیاد حقوق و مزایای رفاهی پزشکان در بین شهرستان‌های استان باشد. در این موارد نتایج این مطالعه با مطالعه حافظی و همکاران (۱۰) که در استان یزد انجام گرفت هم خوانی چندانی وجود نداشت به جز در حیطه مشارکت جامعه که در هر مطالعه نتایج یکسانی به دست آمد.

در مطالعه حاضر در امتیاز مشارکت، اختلاف آماری معنی داری (P=۰/۰۰۵) بین شهرستان‌های مختلف وجود داشت که کمترین امتیاز مربوط به شهرستان زرین دشت و بیشترین مربوط به گراش و رستم می‌باشد که البته این اختلاف ناشی از تعداد پزشکان مورد مطالعه نیز می‌تواند باشد. در حیطه کلی در این مطالعه بر خلاف مطالعه مشابه (۱) اختلاف معنی داری در شهرستان‌های مختلف دیده شد که بیشترین آن مربوط به شهرستان خنج (۹۹) و کمترین مربوط به شهرستان زرین دشت (۵۵) می‌باشد که به نظر می‌رسد این اختلاف زیاد را می‌توان به علت بافت فرهنگی مردم خنج و میزان بالای همبستگی اجتماعی آن‌ها و تمایل بیشتر آنان به مشارکت اجتماعی به علت مسافرت‌های متناوب به کشورهای حوزه خلیج فارس و آشنایی بیشتر آن‌ها به امور اجتماعی دانست.

اگر پزشک خانواده را به عنوان یکی از مولفه‌های اصلی هرم سلامت در نظر گرفته و تلاش کرد که رده‌های مختلف این هرم به طور کامل و جامع مورد ارزیابی و دقت قرار گیرد، به طوری که محیطی ترین بخش هرم که همان روستاها و خانه‌های بهداشت می‌باشند ارزش و اهمیت بیشتر داده شوند، می‌توان امیدوار بود که پزشک خانواده روستایی با نظم و دقت بیشتری به پیش رود و مشکلات ناشی از آن به حداقل برسد. البته این مهم منوط به آگاهی دادن هر چه بیشتر مردم و مشارکت عمومی در امر سلامت می‌باشد. اهمیت دادن به قوانین ارجاع و مسئولیت پذیری در این زمینه می‌تواند در موارد پیشبرد و هدف گسترش پزشک خانواده باشد. از نقاط قوت این مطالعه شرکت پزشکان خانواده روستایی استان فارس در طرح، که مهم‌ترین فعالیت در محیطی ترین سطح ارائه خدمات دارند و از نقاط ضعف آن می‌توان تعداد کم افراد شرکت کننده که جمعاً ۵۲ نفر بودند و عمده اطلاعات قابل تعمیم به جامعه بزرگتر احتمالاً نخواهد بود.

پیشنهاد می‌گردد در راستای بهبود خدمات 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، فرآیندهای 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 این که برنامه ریزی‌ها دقیقتر و اصولی تر باشد، لازم است جهت پزشکان کارگاه‌ها و برنامه‌های آموزشی برنامه ریزی عملیاتی، برگزار گردد تا عملکرد آنان در کلیه حیطه‌ها ارتقاء یابد. همچنین پزشک ارتباط تیم سلامت را با مردم و مسئولین محلی افزایش دهد و برای حل مشکلات سلامتی منطقه از مشارکت مردم، به خصوص رابطین بهداشتی روستائی، استفاده کند و برای افزایش رضایت‌مندی پرسنل توزیع کارانه اختصاص یافته به مرکز بهداشتی و درمانی عادلانه و با توجه به عملکرد صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

نگارندگان این مقاله مراتب سپاس خود را از کلیه پزشکان و کارکنان شاغل در برنامه پزشک خانواده و همه عزیزانی که به نحوی در این پژوهش همکاری داشته‌اند اعلام می‌دارند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافعی را اعلام نکرده اند.

References

1. Khayati F, Saberi M. Primary Health Care (PHC) an Ever Strategy for Health Equity Extension. JHA. 2009;12(35):33-40. [In Persian]
2. Jaturapatporn D, Dellow A. Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? BMC Family Practice. 2007;8(14):1-6.
3. Brcic V, Gregor MJ, Kaczorowski J, Dharamsi S, Verma S. Practice and payment preferences of newly practising family physicians in British Columbia. Can Family Physician. 2012; vol58: 275-81.
4. Habib Zadeh R. Family physician and referral system, challenges and hopes. The Congress of the role of family physicians in the health system; Jun 2012; Mashhad, Iran. Mashhad University of Medical Sciences: 2012 june. 24-25. P:56. [In Persian]
5. Tawfik KA, Al Shehri AM, Abdul-Aziz F, Khwaja MS. Patterns of referral from health centers to hospital in Riyadh region. EMH. 1997;3(2):236-253.
6. Morrell DC. Symptom interpretation in general practice. J R Coli Gen Pract. 1972;22(118): 297-309.
7. Nasr Elahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, et al. Evaluation of the Performance of Referral System in Family Physician Program in Iran University of Medical Sciences in 2009. 2010;13(1):19-25. [In Persian]
8. Jannati A, Maleki MR, Gholizade M, Narimani MR, Vakeli S. Assessing the Strengths & Weakne sses of Family Physician Program. Knowledge & Health. 2010;4(4):39-44. [In Persian]
9. Population and health in the Islamic Republic of Iran: demographic and health survey (DHS). Tehran: Iranian Ministry of Health & Medical Education, Statistical Centre of Iran/UNICEF/UNFPA; 2000.
10. Hafezi Z, Asqari, Momayezi M. Monitoring Performance of Family Physicians in Yazd. Toloo-e-Behdasht. 2009; 8(1-2): 16-26. [In Persian]
11. Ministry of Health and Medical Education, The family physician instructions. Last modified.
12. Ministry of Health and Medical Education (Department Health, the Center Network Management), what you should know about your family doctor. 2012, p:11.
13. Evans D, Tandon A, Murray Ch, Lauer J. Comparative Efficiency of National Health Systems in Producing Health: An Analysis of 191 Countries. BMJ. 2001; 323(7308): 307–310.
14. Afkar A, Pourrza A, Khodabakhshi njad V, Mehrabian F. Family physician performance from the perspective of Gilani customers. jhosp. 2013;12(1):39-48. [In Persian]
15. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, Bucholtz JR, Dickinson JR, Evans KL, et al. Future of Family Medicine Project Leadership Committee. The Future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. Ann Fam Med. 2004; 2 Suppl 1: 3-32.
16. Khiyabani Tanha B, Mazlum Razavi R. evaluating the results of monitoring health centers in the city of Mashhad in 1390 family physicians. The Congress of the role of family physicians in the health system; Jun 2012; Mashhad, Iran. Mashhad University of Medical Sciences: 2012 june. 24-25. P:43. [In Persian]
17. Azizi J, Karimyar Jahromi M, Hojat M. Assessment of Darab County Villagers' Satisfaction with Family Doctor Functions from Different Aspects. JFUMS. 2012;2(3):193-198. [In Persian]

Original Article

Investigating the Performance of Rural Family Physicians in Fars Province Working as Part of a Family Physician Program

Kashfi SM[1], Nejat Gh[1], Yazdankhah M[1], Hasan zadeh J[2], Rakhshani T[1], Manoochehri Khorammakani M[3], Khani Jeihooni A[3]*

1- Department of Public Health, School of Health, Shiraz University of Medical, Shiraz, Iran
2- Department of Epidemiology, School of Health, Shiraz University of Medical, Shiraz, Iran
3- Department of Public Health, School of Health, Fasa University of Medical Science, fasa, Iran

Received: 28 Nov 2015 Accepted: 27 Feb 2016

Abstract

Background & Objective: Health family physician program is a complete system which eliminates the bewilderment of people and increases the satisfaction with health services as its most important results in medical care. The aim of this study was to evaluate the performance of family physicians and their strengths and weaknesses.

Material & Methods: In this study, 52 family physicians were chosen via Random Stratified Sampling to participate in the study. A questionnaire titled "Performance of Family Physicians" with 5 domains of management, performance, contract guidelines, community involvement and results was used to collect data. Data were analyzed using SPSS-19 via t-test, ANOVA, Pearson correlation coefficient, and non-parametric tests.

Results: Among the 52 studied family physicians, 56.9% were female and 43.1% were male. The lowest and the highest scores were obtained for the community involvement and results, respectively. Based on the results of this study, there were significant relationships among most of the domains. However, there was no significant correlation between the gender and different domains.

Conclusion: In order to solve the problems of family physician program and improve the quality of services, more researches should be carried out soon to determine the types and causes of referring to the family physicians. Accordingly, appropriate interventions should be implemented to reduce the burden of visits and improve the quality of health services by guiding the society towards the prevention measures.

Keywords: Evaluation, Family physician, Performance

***Corresponding author: Ali Khani Jeihooni,** Department of Public Health, school of health, Fasa University of Medical Science, Fasa, Iran
Email: khani_1512@yahoo.com

Journal of Fasa University of Medical Sciences (2016) 6: 202-209