مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره هفدهم، شماره ۴، فروردین ۱۳۹۴، صفحه ۸۵-۷۹

دیدگاه مدیران و کارشناسان استان‌های شمالی ایران در خصوص سطح عملکرد پزشکان خانواده

حسن اشرفیان امیری (MD)[۱]، محمدجواد کبیر (PhD)[۲]، سید داود نصرالله‌پور شیروانی (PhD)*[۱]، رحیم ملک‌زاده کبریا (BSc)[۳]

۱-مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۲-مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۳-معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۳/۷/۲۳، اصلاح:۹۳/۹/۵ ، پذیرش:۹۳/۱۱/۱۵

خلاصه

سابقه و هدف: پزشکان خانواده به عنوان مسوول تیم سلامت پنج وظیفه اصلی شامل: مدیریت سلامت، همکاری برون بخشی و جلب مشارکت جامعه، آموزش و ارتقاء سلامت، خدمات بهداشتی و پیشگیری، خدمات درمانی و ارجاع و پیگیری بیماران را به عهده دارند. از آنجاییکه اجرای صحیح هر برنامه و تداوم و حفظ موفقیت‌های آن نیازمند به بررسی‌های نسبتا جامع و مستمر می‌باشد، این مطالعه به منظور بررسی دیدگاه مدیران، مسئولین و کارشناسان ستادی استان‌های شمالی ایران در خصوص عملکرد پزشکان خانواده در راستای وظایف پنج‌گانه انجام گرفت.

مواد و روشها: این مطالعه مقطعی در زمستان ۱۳۹۱ بر روی مدیران، مسئولین و کارشناسان ستادی شبکه بهداشت و درمان انجام گرفت. کل ۴۷ شهرستان در سه استان گلستان، مازندران و گیلان بودند که به صورت سرشماری انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته شامل ۲ بخش متغییرهای فردی و سطح عملکردی پزشکان خانواده در پنج وظیفه اصلی با مقیاس لیکرت بوده است.

یافته‌ها: از دیدگاه ۵۵۷ مدیر، مسئول و کارشناس ستادی مورد مطالعه، میانگین سطح عملکردی پزشکان خانواده از ۵ نمره، در حیطه‌های مدیریت سلامت ۰/۸±۳، همکاری‌های برون‌بخشی ۰/۹±۲/۷، ارتقای سلامت ۰/۹±۲/۸، خدمات پیشگیری و بهداشتی ۰/۹±۳/۲ و خدمات درمانی و ارجاع ۰/۸±۳ بوده است. بین سابقه خدمت و سطح عملکردی پزشکان خانواده رابطه معنی‌دار وجود داشت ($p<0/05$). ولی با جنس و استان‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌دار وجود نداشت.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که سطح عملکرد پزشکان خانواده در ۳ وظیفه در حد بالاتر از متوسط می باشد.

واژه‌های کلیدی: پزشک خانواده، بیمه روستایی، عملکرد، شبکه بهداشت و درمان، استان‌های شمالی.

مقدمه

در نظام سطح‌بندی شده مراقبت سلامت عمده کشورها خصوصا کشورهای توسعه یافته، پزشک خانواده در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی درمانی فعالیت دارد که در چارچوب خدمت به خانواده در قلمرو پیشگیری از بیماریها، تشخیص، درمان و بهبود کیفیت زندگی اقدام و چنانچه درصدی از جمعیت تحت پوشش به خدمات تخصصی‌تر نیاز داشته باشند، از طریق سیستم ارجاع به سطح ۲ هدایت و سرنوشت آنان را تا حصول نتیجه پیگیری می‌کند (۱). سابقه توجه و تاکید به پزشک خانواده در نظام مراقبت سلامت دنیا به پیشنهاد فرانسیس‌پی‌بادی، پروفسور پزشکی دانشگاه هاروارد در سال ۱۹۲۳ و توسعه آن به گزارش کمیته‌های می‌لیس و ویلارد ایالات متحده آمریکا در سال ۱۹۶۶ بر می‌گردد (۳و۲). با توجه به دستاوردهای مثبت بکارگیری و توسعه برنامه پزشک خانواده و نیازهای جدید جمعیت، پزشکی خانواده از طرف سازمان جهانی بهداشت (WHO) به عنوان مرکز تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیت، اثربخشی، برابری و کاهش هزینه در سیستم‌های مراقبت‌های سلامتی تلقی می‌گردد (۴).

اخیرا مطالعات متعددی تائید نموده که پزشکان خانواده نسبت به پزشکان متخصص به منابع کمتری نیاز دارند و مراقبت‌های موثرتری برای انواع معینی از بیماران و بیماری‌ها انجام می‌دهند (۶و۵). در حال حاضر در بسیاری از کشورها از جمله آمریکای شمالی و اروپای غربی پزشک خانواده، محور ارایه خدمات سلامت و مسؤول تیم سلامت است (۷). اجرای برنامه ملی پزشک خانواده و بیمه روستایی از ابتدای سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر ایران بعد از ایجاد نظام شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها، به عنوان دومین اصلاحات بزرگ نظام مراقبت سلامت ایران شروع شد. از دلایل اجرای برنامه مذکور فائق آمدن بر تعدادی از مشکلات و نارسایی‌های نظام شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها از جمله دسترسی ناکافی مردم به خدمات سلامت و ضعف عملکردی نظام ارجاع طراحی شده است (۹و۸). بنابراین پزشک خانواده از سال ۱۳۸۴ در سطح اول نظام شبکه مستقر شده و ضمن راهبری اعضای تیم سلامت، مسئولیت ارائه خدمات تندرستی را به جمعیت تحت پوشش خود بعهده دارد.

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۹۱۳۴۲۲۰ دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشد.
* مسئول مقاله: دکتر سید داود نصراله پور شیروانی
آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی بابل، گروه آموزش عمومی. تلفن: ۳۲۱۹۰۶۳۱-۰۱۱
E-mail:dnshirvani@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.4.10.3]
[DOI: 10.22088/jbums.17.4.79]

عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات از جمله پزشکان خانواده نقش موثری در موفقیت برنامه‌های سلامت و تولید و ارائه خدمات مطلوبتر دارد. مطالعات نشان دادند که عملکرد در سطح بالا می‌تواند رضایت گیرندگان خدمات سلامت و بیماران را به دنبال داشته باشد (۱۰). در خصوص ارزیابی عملکرد پزشکان خانواده روستایی در ایران مطالعات معدودی انجام گرفت که هر کدام به بخشی از وظایف موظفی پزشکان پرداختند. Yazdi Feyzabadi و همکاران در ارزیابی عملکرد برنامه پزشک خانواده در شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمان اعلام نمودند که میانگین ارجاعات به پزشک متخصص در دوره ۳ ساله، ۹/۱ درصد و سهم ویزیت‌های دهگردشی از کل ویزیت‌ها در همان دوره ۱۰ درصد بود (۱۱). در مطالعه‌ای پایین بودن درصد ویزیت پایه افراد تحت پوشش و توجه ناکافی به ویزیت دوره‌ای آنها، عملکرد ناکافی و حتی عدم عملکرد در خصوص جراحی‌های محدود، سوندژ معده، احیای قلبی تنفسی، تهیه و تفسیر نوار قلب و سایر موارد درمانی، مدیریت ضعیف در سرپرستی تیم سلامت از ضعف‌های عمده پزشکان خانواده بیان شده است (۱۲).

Nasrollahpour Shirvani در مطالعه مروری خود نشان داد که با اجرای برنامه پزشک خانواده، بسیاری از شاخص‌های بهداشتی ارتقا یافته، دسترسی مردم به خدمات سلامت بیشتر شده، هزینه‌های غیرضروری کاهش یافته و رضایت گیرندگان خدمات بالاتر رفته است. اما با وجود موفقیت‌های مذکور، نارسایی‌هایی در نظام ارجاع، تشکیل پرونده سلامت و ثبت خدمات تشخیصی و درمانی و فرهنگ‌سازی در سطح جامعه وجود دارد که باید ارتقاء یابد (۱۳). در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، پزشکان خانواده به عنوان مسئول تیم سلامت پنج وظیفه اصلی شامل: ۱- مدیریت سلامت ۲- همکاری برون-بخشی و جلب مشارکت جامعه ۳- آموزش و ارتقای سلامت ۴- خدمات بهداشتی و پیشگیری و ۵- خدمات درمانی، ارجاع و پیگیری بیماران را به عهده دارند (۸). انتظار می‌رود کلیه پزشکان با ارائه خدمات مطلوب همه این پنج وظیفه اصلی را همزمان و به موازات هم پوشش دهند. در پایش فصلی عملکرد پزشکان هم، پنج وظیفه اصلی مذکور همواره مورد توجه و تاکید مدیران و کارشناسان ستادی قرار می‌گیرد. بنابراین مدیران و کارشناسان شاغل در واحدهای ستادی شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها موظفند عملکرد پزشکان خانواده را در راستای پنج وظیفه اصلی مورد پایش قرار دهند. به همین خاطر ارزیابی و قضاوت آنها از کارکرد پزشکان خانواده می‌تواند فاصله بین وضع موجود تا وضع مطلوب را تا حدود زیادی مشخص نماید. از آنجاییکه اجرای صحیح هر برنامه و تداوم و حفظ موفقیت‌های آن، نیازمند به بررسی‌های نسبتا جامع و مستمر می‌باشد که باید در زوایای مختلف و در شرایط متناسب انجام گیرد، این مطالعه به منظور بررسی سطح عملکرد پزشکان خانواده در راستای وظایف پنج گانه از دیدگاه مدیران، مسئولین و کارشناسان ستادی شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های استان‌های شمالی ایران در زمستان ۱۳۹۱ انجام گرفت.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۱ انجام گرفت. جامعه پژوهش مدیران، مسئولین و کارشناسان ستادی شاغل در واحدهای ستادی شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های تابعه سه استان گیلان (با ۱۶ شهرستان)، مازندران (با ۱۷ شهرستان) و گلستان (با ۱۴ شهرستان) مجموعا در ۴۷ شهرستان بودند. مدیران، مسئولین و کارشناسان در دسترس در صورت دارا بودن سابقه مشارکت فعال در برنامه پایش فصلی عملکرد پزشکان خانواده حداقل در یک سال گذشته به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند.

بعد از مشخص شدن نمونه پژوهش در شبکه بهداشت و درمان هر شهرستان یک جلسه حداقل ۳۰ دقیقه‌ای برگزار و با در اختیار گذاشتن پرسشنامه، آنها را از هدف پژوهش آگاه و توضیحات لازم در خصوص سئوالات پرسشنامه و نحوه قضاوت داده شد. سپس مدیران و کارشناسان منتخب در صورت تمایل و رضایت، پرسشنامه را بصورت خودایفاد تکمیل و به پژوهشگران عودت دادند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته حاوی ۶ بخش شامل: ۱-متغیرهای فردی با ۶ سئوال، ۲-سطح عملکرد پزشکان خانواده در حیطه مدیریت سلامت (تقسیم عادلانه کار بین اعضای تیم سلامت و نظارت بر عملکرد آنها – استفاده بهینه از فضای فیزیکی، تجهیزات و تسهیلات موجود-طراحی، اجرا و پایش یا ارزشیابی برنامه‌های سلامت-پیگیری امور اداری و ...) با ۳ سئوال، ۳- در حیطه همکاری برون‌بخشی و جلب مشارکت جامعه (برقراری و توسعه ارتباط با نهادهای محلی و مردمی- برگزاری منظم جلسات، درگیر کردن آنها به منظور شناخت و تحلیل وضعیت موجود، اولویت‌بندی مسائل و مشکلات و اتخاذ راهکارهای مناسب اجرایی و نهایتا تامین منابع مورد نیاز برای اقدام خاص) با ۳ سئوال، ۴- در حیطه آموزش و ارتقاء سلامت (نیازسنجی آموزشی، شناخت مخاطبین و برقراری ارتباط-آموختن شیوه‌های سالم زیستن- توجه به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت یا (Determinants of Health =SDH Social) با ۳ سئوال، ۵- در حیطه خدمات بهداشتی و پیشگیری به گروه‌های مختلف جمعیتی (کودکان، نوجوانان و جوانان یا دانش آموزان، میانسالان، سالمندان و مادران شامل واکسیناسیون-کنترل رشد و نمو – تغذیه- بهداشت دهان و دندان- بهداشت روان - بهداشت بلوغ جنسی-تنظیم خانواده و مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان- کنترل بیماری‌های شایع مثل فشارخون بالا و دیابت- کنترل پرونده خانوار و فرم-های مراقبتی و دادن مهارت‌های دهگانه زندگی) با ۳ سئوال و ۶- در حیطه خدمات درمانی و ارجاع و پیگیری بیماران شامل درمان اولیه و تدبیر فوریتها- تشخیص و درمان بیماری‌های شایع- پرداختن به جراحی‌های محدود -سوندژ معده-تهیه نوار قلب و قرائت و تفسیر آن- احیای قلبی تنفسی- آشنایی با پروتکل‌های درمانی کشوری مثل طرح DOTS- موارد نیاز به ارجاع به سطح۲ و ارائه خدمات حمایتی بعد از ارائه شدن خدمات سطح۲-تکمیل صحیح فرم‌های مرتبط) با ۳ سئوال در مقیاس لیکرت بود که مدیران، مسئولین و کارشناسان ستادی با توجه به شناختی که از عملکرد پزشکان خانواده شهرستان خود داشتند با ارزیابی‌های ذهنی سطح عملکردی پزشکان را از خیلی زیاد تا خیلی کم به صورت خودایفاد قضاوت نمودند. روایی پرسشنامه با استناد به منابع (۴) و اعمال نظر ۴ نفر از اساتید پزشکی اجتماعی و ۵ نفر از مدیران اجرایی به شکل صوری مورد تائید خبرگان رسیده و پایایی آن هم با آزمون کرونباخ ۸۷٪ تعیین شده است. سئوالات بخش اول از نوع باز و بسته بوده که پاسخ سئوالات بسته با کدگذاری و سئوالات باز که کمی گسسته بوده به همان شکل عددی وارد نرم‌افزار شده است. کلیه سئوالات بخش‌های ۲ تا ۶ از نوع بسته با مقیاس ۵ رتبه‌ای لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم) بوده که برای امتیازدهی پاسخ سئوالات به ترتیب نمره ۵ تا ۱ داده شد. برای قضاوت مناسب بودن عملکرد پزشکان خانواده از

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.4.10.3]
[DOI: 10.22088/jbums.17.4.79]

دیدگاه مدیران، مسئولین و کارشناسان ستادی از موضوعات مورد مطالعه، میانگین ۳/۵ و بالاتر (از ۵ نمره حداکثر) ملاک عمل قرار گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون‌های اسپیرمن و کِندالز برای تعیین همبستگی بین متغیرهای رتبه‌ای، با آزمون‌های کروسکال والیس و من‌ویتنی برای مقایسه میانگین‌ها و مجذور کای۲ برای متغیرهای کیفی در نرم‌افزار SPSS-۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $p<۰/۰۵$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

از بین ۵۵۷ مدیر، مسئول و کارشناس ستادی مورد مطالعه، ۳۰۹ نفر (۵۵/۵ درصد) زن بودند، از نظر تحصیلات، بیشتر افراد (۳۷۰ نفر یا ۶۶/۵ درصد) لیسانس داشتند. از نظر حیطه شغلی، ۴۴ نفر (۸ درصد) مدیر یا معاون شبکه، ۸۸ نفر (۱۶درصد) مسئول یا کارشناس گسترش شبکه، ۸۷ نفر (۱۶درصد) بهداشت محیط و حرفه‌ای، ۸۵ نفر (۱۵درصد) بهداشت خانواده، ۷۹ نفر (۱۴ درصد) پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها و ۱۷۴ نفر (۳۲ درصد) از سایر واحدهای ستادی بودند. میانگین سن و سابقه خدمت کل افراد به ترتیب ۷/۲±۳۹/۹ و ۹/۶±۱۵/۷ سال بود. از نظر افراد مورد مطالعه، سطح عملکردی حدود ۲۰ درصد پزشکان خانواده استان‌های شمالی کشور بیش از حد متوسط، حدود ۵۵ درصد در حد متوسط و حدود ۲۵ درصد پایین‌تر از حد متوسط قرار دارد (جدول ۱). از نظر افراد مورد مطالعه، گرچه سطح عملکردی پزشکان خانواده در استان‌های شمالی کشور کمی متفاوت می‌باشد ولی فقط در حیطه مدیریت سلامت اختلاف معنی‌دار وجود داشت (جدول ۲). میانه سطح عملکردی پزشکان خانواده از دیدگاه افراد مورد مطالعه در هر کدام از حیطه‌های پنج‌گانه در استان‌های مختلف مورد مطالعه ۳ بوده که به خاطر وجود تشابه کامل از ذکر آن در جدول اجتناب شده است. از نظر افراد مورد مطالعه، بین سابقه خدمت و سطح عملکردی پزشکان خانواده استان‌های شمالی کشور در هر کدام از پنج وظیفه اصلی اختلاف معنی‌دار وجود داشت (جدول ۳).

جدول۱. سطح عملکردی پزشکان خانواده از دیدگاه مدیران، مسئولین و کارشناسان ستادی شبکه بهداشت و درمان شهرستانهای استان‌های شمالی کشور

سطح عملکرد / حیطه‌های عملکردی	خیلی زیاد و زیاد تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	کم و خیلی کم تعداد(درصد)	تعدادکل
	۱۰۳(۱۸/۶)	۳۴۵(۶۳/۳)	۱۰۷(۱۹/۳)	۵۵۵
همکاری برون‌بخشی و جلب مشارکت جامعه	۸۶(۱۵/۵)	۲۸۴(۵۱/۲)	۱۸۶(۳۳/۳)	۵۵۶
آموزش و ارتقای سلامت	۱۰۲(۱۸/۳)	۲۷۲(۴۸/۸)	۱۸۲(۳۲/۷)	۵۵۶
ارائه خدمات بهداشتی و پیشگیری	۲۰۷(۳۲/۲)	۲۵۶(۴۶/۰)	۹۳(۱۶/۷)	۵۵۶
ارائه خدمات درمانی و ارجاع و پیگیری بیماران	۱۷۳(۳۱/۳)	۲۵۳(۴۵/۸)	۱۲۷(۲۳)	۵۵۳

جدول۲. سطح عملکردی پزشکان خانواده از دیدگاه مدیران، مسئولین و کارشناسان ستادی شبکه بهداشت و درمان شهرستانهای استان‌های شمالی کشور

سطح عملکرد / حیطه‌های عملکردی	مازندران Mean±SD	گیلان Mean±SD	گلستان Mean±SD	کل Mean±SD	P value
مدیریت سلامت	۳±۰/۸	۳±۰/۸	۲/۸±۰/۹	۳±۰/۸	۰/۰۱۷
همکاری برون‌بخشی و جلب مشارکت جامعه	۲/۸±۰/۹	۲/۷±۰/۸	۲/۷±۱	۲/۷±۰/۹	۰/۲۹۵
آموزش و ارتقای سلامت	۲/۹±۰/۸	۲/۷±۰/۹	۲/۷±۱	۲/۸±۰/۹	۰/۲۱۶
ارائه خدمات بهداشتی و پیشگیری	۳/۲±۰/۹	۳/۲±۰/۹	۳/۲±۰/۹	۳/۲±۰/۹	۰/۵۴۸
ارائه خدمات درمانی و ارجاع و پیگیری بیماران	۳/۱±۰/۹	۳/۱±۱	۳±۱	۳/۱±۱	۰/۴۵۵

جدول ۳. ارتباط سابقه خدمت و سطح عملکردی پزشکان خانواده بر حسب پنج وظیفه اصلی از دیدگاه مدیران، مسئولین و کارشناسان ستادی شبکه بهداشت و درمان شهرستانهای استان‌های شمالی ایران

سابقه خدمت / حیطه‌های عملکردی	پزشکان با سابقه خدمت کمتر ۲ سال، کارکرد بهتری دارند تعداد(درصد)	پزشکان با سابقه خدمت ۲ تا ۵ سال، کارکرد بهتری دارند تعداد(درصد)	پزشکان با بیش از ۵ سال سابقه خدمت، کارکرد بهتری دارند تعداد(درصد)	تفاوت ملموسی بین سطح عملکردی و سابقه خدمت وجود ندارند تعداد(درصد)	تعدادکل (٪۱۰۰)	P-value
مدیریت سلامت	۶۱(۱۱/۳)	۱۶۷(۳۱/۵)	۲۰۳(۳۸/۱)	۱۰۱(۱۹/۱)	۵۳۲	۰/۰۰۰
همکاری برون‌بخشی و جلب مشارکت جامعه	۴۵(۸/۳)	۱۵۲(۲۸/۲)	۲۳۹(۴۴/۳)	۱۰۳(۱۹/۱)	۵۳۹	۰/۰۰۴
آموزش و ارتقای سلامت	۸۴(۱۶/۰)	۱۳۴(۲۵/۳)	۱۴۸(۲۸/۰)	۱۶۲(۳۰/۷)	۵۲۸	۰/۰۱۱
ارائه خدمات بهداشتی و پیشگیری	۷۳(۱۴/۰)	۱۳۷(۲۶/۲)	۱۷۸(۳۴/۰)	۱۳۵(۲۵/۸)	۵۲۳	۰/۰۰۰
ارائه خدمات درمانی و ارجاع و پیگیری بیماران	۶۰(۱۱/۳)	۱۳۷(۲۵/۸)	۲۰۵(۳۸/۵)	۱۳۰(۲۴/۴)	۵۳۲	۰/۰۰۰

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.4.10.3]
[DOI: 10.22088/jbums.17.4.79]

در خصوص ارتباط جنس و سطح عملکردی پزشکان خانواده، ۵۰٪ افراد مورد مطالعه اعلام نمودند که بین جنس و سطوح عملکردی پزشکان خانواده تفاوت ملموسی وجود ندارد، حدود ۴۰٪ اعتقاد داشتند پزشکان مرد عملکرد بهتری دارند و حدود ۱۰٪ هم اعتقاد داشتند که پزشکان زن عملکرد بهتری دارند. با توجه به دیدگاه مدیران، مسئولین و کارشناسان ستادی، بین جنس و سطوح عملکردی پزشکان خانواده در هیچ کدام از پنج وظیفه اصلی اختلاف معنی‌دار وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد از دیدگاه مدیران و کارشناسان ستادی شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها، میانگین سطح عملکردی پزشکان خانواده در حیطه‌های مختلف در حد متوسط و پایین‌تر بوده است که تا حدودی با مطالعه Motlagh و همکاران و مطالعه Alidoosti و همکاران همخوانی دارد (۱۵و۱۴). اما نسبت به مطالعه Amiri و همکاران کمی پایین‌تر است (۱۶). پایین‌تر بودن سطح عملکردی پزشکان خانواده در این مطالعه نسبت به مطالعه Amiri ممکن است به تفاوت قضاوت جامعه و نمونه پژوهش مربوط باشد که در این مطالعه، افراد مورد بررسی از ستاد شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها ولی در مطالعه Amiri افراد مورد بررسی اعضای تیم سلامت مستقر در مراکز مجری بودند. به عبارت دیگر ممکن است قضاوت دو گروه متفاوت، باعث ایجاد نتیجه غیرهمخوان شده باشد. یکی از دلایل دیگر پایین‌تر بودن سطح عملکردی پزشکان خانواده در این مطالعه نسبت به مطالعه Amiri ممکن است به تک شهرستانی بودن جامعه پژوهش در مطالعه Amiri مربوط باشد که فرصت بیشتری برای پایش و ارزشیابی عملکرد پزشکان و ارتقای آن را داشتند.

یکی از یافته‌های این مطالعه بالاتر بودن سطح عملکردی پزشکان خانواده در حیطه خدمات بهداشتی و پیشگیری می‌باشد که یافته فوق با توجه به همخوانی داشتن با مطالعه Nasrollahpour Shirvani (۱۷) می‌تواند مواردی از قبیل همکاری متقابل پزشکان خانواده و اعضای تیم سلامت، پیگیری مسئولین و کارشناسان ستادی شهرستان در اجرای برنامه‌های پیشگیری و استفاده مناسب از ظرفیت‌های جدید را مطرح نماید. بالاتر بودن سطح عملکردی در حیطه خدمات بهداشتی و پیشگیری می‌تواند گامی مناسب در راستای سلامت‌محور بودن برنامه پزشک خانواده محسوب شود (۱۸). پژوهش حاضر پایین‌ترین سطح عملکردی پزشکان خانواده را در حیطه همکاری‌های برون‌بخشی نشان می‌دهد که با مطالعه Nasrollahpour Shirvani و همکاران و مطالعه Hafezi همخوانی دارد (۲۰و۱۹). کارکرد ناکافی پزشکان خانواده در حیطه همکاری‌های برون‌بخشی ممکن است به روحیات پزشکان و کیفیت پرورش آنها در دوره ۷ ساله تحصیل در دانشگاه مربوط باشد که حل سلامت جامعه را بیشتر متمرکز بر فعالیت‌های کلینکی و بالینی می‌نماید. استقبال ناکافی مردم و نهادهای محلی جهت مشارکت در ارتقای سلامت (۲۱) و فقدان ساز و کارهای قانونی هم می‌تواند در پایین بودن سطح عملکردی این حیطه موثر باشد. یکی دیگر از موارد پایین بودن سطح عملکردی پزشکان خانواده، حیطه ارتقای سلامت می‌باشد. یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که کارکرد پزشکان در حیطه آموزش و ارتقای سلامت نسبت به سایر حیطه‌ها کمتر تحت تاثیر سابقه خدمت قرار گرفته است. بنابراین کارکرد نامناسب در امور ارتقایی سلامت می‌تواند به نارسا بودن برنامه‌های مداخله‌ای ستاد شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها برای توسعه و تقویت فعالیت‌های متناسب مربوط باشد که تحرکات لازم را برای استفاده از ظرفیت موجود ایجاد نمی‌کند و یا ممکن است به ضعف و نارسایی نظارت شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها مربوط شود که در پایش عملکرد و بازدیدهای متناوب و دوره‌ای توجه کمتری به این حیطه می‌شود. مطالعه حاضر نشان می‌دهد که عملکرد پزشکان خانواده فقط در حیطه مدیریت سلامت در استان‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌دار داشته است. در مطالعه Motlagh و همکاران اعضای تیم سلامت از کارکرد مدیریتی پزشکان خانواده‌شان نسبت به سایر کارکردها رضایت کمتری داشتند (۱۴). پایین‌تر بودن کارکرد مدیریتی پزشکان خانواده در استان گلستان نسبت به سایر استان‌های مورد مطالعه شاید به جوان‌تر و کم سابقه‌تر بودن پزشکان خانواده در استان گلستان و بیشتر غیربومی و بالاتر بودن تعداد جابجایی آنها مربوط شود (۲۲) که به خاطر تجربه ناکافی عملکرد پایین‌تر از حد متوسط داشتند. از طرف دیگر مدیران و مسئولین استان گلستان هم ممکن است به خاطر کم سابقه‌تر بودن پزشکان خانواده و بالاتر بودن تعداد جابجایی‌ها فرصت لازم را برای تقویت و توسعه مهارت‌های مدیریتی پزشکان پیدا نکرده باشند.

یکی از یافته‌های این مطالعه ارتباط معنی‌دار بین سابقه خدمت و سطح عملکردی پزشکان خانواده در کلیه پنج حیطه اصلی بوده است. یافته فوق می‌تواند ضرورت افزایش دوره ماندگاری پزشکان خانواده را تائید نماید. چرا که هر چه سابقه خدمت پزشکان بیشتر شود متعاقب آن ضمن شناخت بیشتر از خصوصیات جمعیت تحت پوشش، تجربه و کارکرد آنها وسیع‌تر و کیفی‌تر خواهد شد و به دنبال آن رضایت‌مندی مردم را افزایش خواهد داد. مطالعه حاضر نشان داده است که بین جنس و سطح عملکرد پزشکان خانواده در هیچ‌کدام از پنج وظایف اصلی ارتباط معنی‌دار وجود نداشت که با مطالعه Moghreb و همکاران، Hazavehei و همکاران، Raeissi و همکاران همخوانی داشته است (۲۵-۲۳). با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری نمود که عمده پزشکان خانواده در همه وظایف پنج گانه عملکردی در سطح متوسط داشتند. بنابراین بیشتر پزشکان خانواده در همه حیطه‌ها خصوصا در حیطه‌های همکاری‌های برون‌بخشی و جلب مشارکت جامعه و ارتقای سلامت همواره نیازمند به ارتقاء هستند. لذا پیشنهاد می‌گردد مرکز بهداشت استان‌ها و شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها با طراحی و اجرای پروژه‌های مداخله‌ای نسبت به افزایش سطح توانمندسازی (دانش، مهارت) و انگیزش پزشکان خانواده به منظور ارتقای سطح عملکردی در راستای پنج وظایف اصلی اقدام نمایند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فنآوری دانشگاه علوم پزشکی بابل به جهت حمایت مالی، از معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی بابل، مازندران، گیلان و گلستان و همچنین از مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی گلستان بخاطر مساعدت در اجرای طرح و از پرسشگران: خانمها حمیده رمضانی، مریم رضایی، نیره محمدزاده، فهیمه ذبیحی و محبوبه محمدی و آقای جواد حبیب‌زاده تقدیر و تشکر می‌گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.4.10.3]
[DOI: 10.22088/jbums.17.4.79]

Performance of Family Physicians (FPs) from Viewpoint of Managers and Experts of Northern Provinces of Iran

H. Ashrafian Amiri (MD)[1], M.J. Kabir (PhD)[2], S.D. Nasrollahpour Shirvani (PhD)[*1], R. Malegzadeh Kebria (BSc)[3]

1. Social Determinants of Health Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.
2. Health Management & Social Determinants Research Center, Golestan University of Medical Sciences, I.R.Iran.
3. Health Office, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.

J Babol Univ Med Sci; 17(4); Apr 2015; PP: 79-85
Received: Oct 15th 2014, Revised: Nov 26th 2014, Accepted: Feb 4th 2015.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Family physicianis (FPs) responsible for the health team have five duty to health management, external cooperation, Health Promotion, Prevention and Health Services and treatment care and referral. This study evaluated viewpoint of managers, supervisors and experts of Northern Provinces of Iran from the level of performance of Family physicians (FPs) in five basic task.

METHODS: This cross-sectional study was performed in winter 2013. The study population includes managers, supervisors and experts at Health Network from the total of 47 cities in 3 provinces of Gilan, Mazandaran and Golestan which were censuses selected. A researcher-made questionnaire was used for data gathering. In this questionnaire, personal characteristics and performance level of FPs from five main task of the Likert scale. Validity and reliability of the questionnaire were approved.

FINDINGS: From the perspective of 557 managers, supervisors and experts of Staff in the study, the average performance level of FPs, in the field of health management (of 5 score) was 3±0.8, external cooperation 2.7±0.9, Health Promotion 2.8±0.9, Prevention and Health Services 3.2±0.9 and health care and referral 3±0.8. There was a significant relationship between job experience and performance level of FPs ($p<0.05$). However, there was not a significant difference between sex and provinces studied and performance level of FPs ($p>0.05$).

CONCLUSION: The results of this study showed that from the perspective of managers, supervisors and experts the performance level of FPs' was in two task lower moderate and in three task moderate.

KEY WORDS: *Family Physicians, Rural Insurance, Performance, Health Network, Northern Provinces.*

Please cite this article as follows:

Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Nasrollahpour Shirvani SD, Malegzadeh Kebria R. Performance of Family Physicians (FPs) from Viewpoint of Managers and Experts of Northern Provinces of Iran. J Babol Univ Med Sci. 2015;17(4):79-85.

[*] **Corresponding Author: S.D. Nasrollahpour Shirvani (PhD)**
Address: Department of Public Education, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran.
Phone: +98 11 32190631
Email: dnshirvani@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.4.10.3]
[DOI: 10.22088/jbums.17.4.79]

References

1.Park K. Park's textbook of preventive and social medicine, 21st ed. Banarsidas Bhanot Publishers; 2011.p.23-47.

2. Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ. To evaluate The Quality of Family Physician Program in northern Provinces of Iran. Mashhad Univ Med Sci (Hamayesh). Available at: http://congress.mums.ac.ir/erepository/archive/99/papers/53288. [In Persian]

3. Rivo ML. Practicing in the new millennium: do you have what it takes? Fam Pract Manag. 2000;7(1):35-40.

4. Joolaee H, Alizadeh M, Falahzadeh MH, Baseri A, Sayadi M. Evaluation of clinical skills of family physicians in Fars province by means of observed structured clinical evaluation. Strides Dev Med Educ 2010;7(2):92-8. [In Persian]

5.Weiss BD. The death of academic family medicine: can it be prevented? Fam Med. 1995;27(2):139-42.

6. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarin-Rua MI, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health, and costs. Fam Pract. 2006;23(3):308-16.

7.Masoudi I. Study of family physician system from physicians' opinion who contracted by Imam Khomeini Committee.[MSc Thesis]. Tehran; Islamic Azad Univ; 2003. p.87-125. [In Persian]

8. Family Physician Instruction. Version 12. Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2011. p.4-102. [In Persian].
Available at:
http://www.mums.ac.ir/shares/ch_khalilabad/mkhalilabad/gostaresh/gostaresh_learning/%D8%AF%D8%B3%D8%AA%D9%88%D8%B1%D8%A7%D9%84%D8%B9%D9%85%D9%84%20%D8%B4%D9%85%D8%A7%D8%B1%D9%87%2012.pdf.

9. Nasrollahpour 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 pof Iran: 2008. J Babol Univ Med Sci. 2010;11(6):46-52. [In Persian]

10. Oterhals K, Hanestad BR, Eide GE, Hanssen TA. The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. Eur J Cardiovasc Nurs. 2006;5(4):303-10.

11. Yazdi Feyzabadi V. Khosravi S. Amiresmaili MR. Performance Evaluation of Rural Family Physician Plan: A Case of Kerman University of Medical Sciences. J Toloo-e-Behdasht Yazd. 2014.12(4):48-59. [In Persian]

12. Nasrollahpour Shirvani SD, Moudi S. Evidence–based policymaking in health system and its achievements and challenge in Iran, 1st ed. Babol: Babol Univ Med Sci; 2013.p:159-69. [In Persian]

13. Nasrollahpour Shirvani SD. The implementation of family physician program in Iran: achievements and challenges. J Babol Univ Med Sci. 2014;16(Suppl 1):15-26. [In Persian]

14. Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Mohoudi S, et al. Satisfaction of health teams about the function of family physician in medical universities of northern provinces, Iran. J Urmia Nurs Midwifery. 2011;9(3):180-7. [In Persian]

15. Alidoosti M, Tavassoli E, Delaram M, Najimi A, Sharifirad G. The relationship between satisfaction and knowledge about family-doctor program in Shahr-e-Kord. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS). 2011;13(6):36-9. [In Persian]

16. Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: the mutual satisfaction of physicians and health care team members. Razi J Med Sci. 2012;18(92):23-30. [In Persian]

17. Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Tourani S, Shabestani Mounfared A, et al. Satisfaction of service receipients of health centers with family physicion program in northern provinces of Iran: 2008. J Rafsanjan Nurs Midwifery. 2009;3(4):1-10. [In Persian]

18. Definition, what is family medicine? American Academy of Family Physicians. Available at: https://www.theabfm.org/about/policy.aspx.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.4.10.3]
[DOI: 10.22088/jbums.17.4.79]

19. Nasrollahpour Shirvani SD, Jafari N, Nahimi Tabihi M, Mikaniki E, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, et al. Local organizations participation in health centers performing rural insurance and family physician program in northern provinces of Iran. Hakim. 2014;17(2):169-76. [In Persian]

20. Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring performance of family physicians in yazd. Toloo-e-Behdasht 2009:8(1-2):16-25. [In Persian]

21. Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Nahvijoy A. Satisfaction of family physicions (FPs) about effective factors on activation of FP program in medical universities. J Guilan Univ Med Sci. 2011;19(76):48-55. [In Persian]

22. Mikaniki E, Ashrafian Amiri H, Nasrollahpour Shirvani SD, Kabir MJ, Jafari N, Nahimi Tabiei M, et al. Satisfaction of family physicians (FPs) about the effective factors on activation of FP program and rural insurance in the Northern Provinces of Iran. J Babol Univ Med Sci. 2014;16(1):7-15. [In Persian]

23. Moghreb M, Madarshayan F, Aliabadi N, Rezaee N, Mohammadi A. Investigation job satisfaction among nurses in teaching hospitals of Birjand in 2004. J Birjand Univ Med Sci. 2006;12(3-4):92-99. [In Persian]

24. Hazavehei MM, Samadi A. Factors contributing in job satisfaction in employees 0f Hamedan Governmental Organizations. J Res Behav Sci. 2007;5(1):47-54. [In Persian]

25. Raeissi P, Ghorbani A, Tabarraie Yi. Factors determining satisfaction with family practitioner program from the perspective of rural insurance card holders affiliated with Sabzevar university of medical of sciences 2011. J Health Adm. 2012;15(49):69-75. [In Persian]

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.4.10.3]
[DOI: 10.22088/jbums.17.4.79]