

## Evaluating the performance of family physician in rural health centers, Bardaskan, 2013

*Hossein Ebrahimipour<sup>1</sup>, Seyede Elahe Hosseini<sup>2</sup>, Payam Mahmoudian<sup>2</sup>, Ali Vafae Najar<sup>1</sup>, Hadi Zomorodi Niat<sup>3</sup>, Hossein Emamian<sup>3</sup>, Hajar Haghighi<sup>4\*</sup>*

1. Assistant professor Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2. Msc student Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
3. Msc student Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
4. Msc student Mashhad University of Medical Sciences. Mashhad, Iran

**Corresponding Author :** Hajar Haghighi Msc student Mashhad University of Medical Sciences. Mashhad, Iran (E-mail: Haghighih911@mums.ac.ir )

**Introduction:** The administration of family physician program is one of the leading health system corner stones with the aim of improving service delivery and achieving justice. The aim of present study is evaluation the performance of health team in implementation of family physician program in health centers of Bardaskan.

**Methods & materials:** In this cross-sectional study, 7 rural health centers which were affiliated with Bardaskan health center of Khorasan Razavi enrolled with census sampling method. The information are considered as visit of doctor and midwife, use of laboratory and radiology services, rates of referral and feedback which were collected through registration forms of patient information. In health center, using descriptive statistics, "chi-square" test and statistical analysis were used by SPSS 18.

**Results:** The average number of patients visited by physicians in the study was 11.1 and the average number of references to the laboratory was 6.6. The different months of the year showed a non-significant relationship ( $p$ -value=0.2- $p$ -value=0.3) with these factors. Average percentage of referral was 6.6; there was significant difference in different months. ( $p$ -value=0.003)

**Conclusion:** Current trends in family physician performance do not show much change in terms of visited patients by physicians and using the laboratory services. This could be due to the lack of an active approach in screening and service delivery. The possible reason for downside steps can be due to presence of specialist physician and self-referring of patients directly to the city physicians in order to get health services.

**Key words:** family physician, referral system, visit, laboratory services

## ارزیابی عملکرد تیم پزشکی خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان بردسکن طی سالهای ۹۱-۸۸

حسین ابراهیمی پور ۱، سیده الهه حسینی ۲، پیام محمودیان ۲، علی وفایی نجار ۱، هادی زمردی نیت ۳، حسین امامیان ۳، هاجر حقیقی\* ۴

Haghighih911@mums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۳/۰۹/۲۱ تاریخ پذیرش نهایی: ۹۴/۰۴/۳۰

**مقدمه:** اجرای برنامه پزشکی خانواده با هدف بهبود ارائه و عدالت در دسترسی به خدمات، یکی از ارکان مهم نظام سلامت می باشد. پژوهش حاضر با هدف ارزیابی عملکرد تیم سلامت در اجرای طرح پزشکی خانواده در مرکز بهداشت شهرستان بردسکن انجام شد.

**مواد و روش ها:** پژوهش حاضر به صورت توصیفی - مقطعی در ۷ مرکز بهداشتی درمانی روستایی تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان بردسکن خراسان رضوی در سال ۱۳۹۱ به صورت تمام شماری انجام شد. اطلاعات مشتمل بر، ویزیت پزشک و ماما، خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی، میزان ارجاع و پسخوراند از روی فرم های ثبت اطلاعات مراجعات به مراکز مجری برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی مرکز بهداشت شهرستان گردآوری شده و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون "کای دو" و با نرم افزار SPSS18 تحلیل شد.

**یافته ها:** میانگین تعداد افراد ویزیت شده توسط پزشک در سال های مورد مطالعه ۱۱/۱ و میانگین تعداد ارجاع به آزمایشگاه ۶/۶ بوده است. که این مقادیر در ماه های مختلف سال رابطه معنی داری را نشان ندادند ( $p\text{-value}=0/2$ ) ( $p\text{-value}=0/3$ ) همچنین میانگین درصد ارجاع ۶/۶ و در ماه های مختلف اختلاف معنی داری نشان داد. ( $p\text{-value}=0/003$ )

**نتیجه گیری:** روند فعلی عملکرد پزشک خانواده تغییرات زیادی را به لحاظ افراد ویزیت شده و همچنین خدمات آزمایشگاهی نشان نمی دهد این موضوع می تواند ناشی از عدم برخورد فعال برای بیماری یابی و ارائه خدمات به مردم باشد علاوه بر این روند نزولی را می توان به حضور بیشتر پزشک متخصص و مراجعه مستقیم مردم به شهر برای دریافت خدمات نسبت داد.

**کلید واژه ها:** پزشکی خانواده، نظام ارجاع، ویزیت، خدمات آزمایشگاهی

- ۱- PHD مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشیار، عضو مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۲- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۳- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۴- \*نویسنده مسئول، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

**مقدمه:**

در دو دهه اخیر نظام‌های سلامت در کشورهای توسعه یافته به سبب برآورده نساختن نیازها و انتظارات سلامتی و برای اجرای برنامه‌های اصلاحی تحت فشار قرار گرفته اند. اگرچه اهداف اصلاحات بر حسب نوع کشورها و به لحاظ میزان توسعه یافتگی در ظاهر می‌تواند 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 می‌باشد. اصلاحات در نظام سلامت ایران به دلایل مختلف اجتناب ناپذیر 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 درمانی، محافظت مردم در برابر مخاطرات مالی ناشی از بیماری‌ها، تأمین مالی پایدار و اصلاح نظام پرداخت هاست. 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 یافته‌های منطقه ای و جهانی، سپردن بخش عمده‌ای از مسئولیت بهداشت و درمان جمعیت‌های محدود به پزشک عمومی (که بعد از آموزش‌های خاص و در شرایط معین پزشک خانواده نام می‌گیرد) به عنوان

شالوده دست زدن به اصلاح نظام سلامت انتخاب شده است (۲). دسترسی آسان و کم هزینه بیماران به مراکز ارائه خدمات درمانی از مزایای جوامع توسعه یافته و یکی از اهداف اصلاحات نظام سلامت است. کشورها برای دست یافتن به این جایگاه تلاش‌های زیادی کرده‌اند و توجه به برنامه پزشک خانواده از جمله این اقدامات بوده است (۳).

در این بین تیم سلامت نیز به عنوان گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی یا توانبخشی بسته خدمات سطح اول را در اختیار فرد، خانواده و جامعه تعریف شده قرار می‌دهند و مسئولیت آنان با پزشک خانواده است. کلیه افراد جامعه برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی باید از طریق این تیم وارد زنجیره ارائه خدمات سلامت شوند در غیر این صورت موظف است صد درصد هزینه‌های درمانی مربوط را شخصاً پرداخت نماید و ترکیب این متناسب با برنامه‌های سلامت کشوری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌گردد. اعضای این تیم عبارتند از پزشک عمومی، پرستار، روانشناس بالینی، کارشناس تغذیه، کارشناس مامایی، کاردان یا کارشناس مبارزه با بیماری‌ها، کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای، کاردان تکنسین اسناد پزشکی و خدمتگذار (۴).

اما پزشک خانواده یک تخصص پزشکی است که مراقبت‌های بهداشتی مداوم و جامع را برای

روستایی شهرستان بردسکن طی سال‌های ۹۱-۸۸ انجام گرفته است.

### مواد و روش‌ها:

این مطالعه یک پژوهش توصیفی و مقطعی است که در بازه زمانی سال‌های ۹۱-۸۸ در شهرستان بردسکن خراسان رضوی انجام شده است. جامعه پژوهش در این مطالعه شامل کلیه بیماران تحت پوشش ۷ مرکز بهداشتی درمانی روستایی کبودان، ظاهرآباد، شهرآباد، شفیح آباد، باب الحکم، انابد و مرکز شهری شماره ۱ می‌باشند که توسط تیم سلامت محله تحت پوشش خود خدماتی شامل ویزیت پزشکی و ماما، خدمات آزمایشگاهی و خدمات رادیولوژی را دریافت می‌کنند. تمامی این مراکز مجری طرح پزشکی خانواده و بیمه روستایی هستند و تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد به ارائه خدمت می‌پردازند. به دلیل محدود بودن جامعه و دسترسی به داده‌های تمامی مراکز، جامعه به صورت تمام شماری مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های به دست آمده مشتمل بر درصد ویزیت شدگان توسط پزشک و ماما، درصد موارد ارجاع بیماران به خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی و درصد ارجاع به سطوح بالاتر و پس‌خوراند می‌باشد که از طریق داده‌های کتابخانه‌ای از روی فرم‌های ثبت اطلاعات مراجعات به مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی مرکز بهداشت شهرستان بردسکن گردآوری شده است. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار

افراد و خانواده‌ها فراهم می‌کند. خدماتش در برگیرنده همه سنین، جنس‌ها، بیماری‌ها و سیستم‌های ارگانیک با توجه به علوم رفتاری، بالینی و زیست محیطی می‌باشد (۵). پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی، خدمات پیشگیری، آموزشی، ارتقاء سلامت و مدیریت سلامت را در جمعیت تحت پوشش خود بر عهده دارند (۶). برای رسیدن به این اهداف باید خدمات پزشک خانواده با کیفیت بالا و متناسب با مشتریان خدمات ارائه شود. تضمین کیفیت و بهبود آن در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی یک مسئله در حال رشد در سیستم بهداشتی همه کشورهاست، این فرایند سیستماتیک باید به صورت مداوم و مؤثر توسط همه اعضای سیستم بهداشت و درمان، هر روز اجرا گردد (۷).

حال با توجه به نقش طرح پزشک خانواده در سلامتی جامعه ارزیابی عملکرد برنامه پزشکی خانواده دارای اهمیت است. بدون ارزیابی و کسب آگاهی از میزان پیشرفت و بدون شناسایی چالش‌های پیش رو و کسب بازخور و اطلاع از میزان اجرای سیاست‌های تدوین شده و شناسایی مواردی که بهبود جدی نیاز دارند، بهبود مستمر عملکرد میسر نخواهد شد (۸).

فرآیندهای پایش نظام سلامت چگونگی ارائه خدمات سلامتی و کیفیت آن را مورد بررسی قرار می‌دهد و تضمین کننده تداوم کیفیت است (۶). پژوهش حاضر با هدف بررسی عملکرد تیم پزشکی خانواده در مراکز بهداشتی درمانی

آمارهای Excel و SPSS و داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون "کای دو" در سطح معنی داری ( $p < 0/05$ ) مورد تحلیل قرار گرفت.

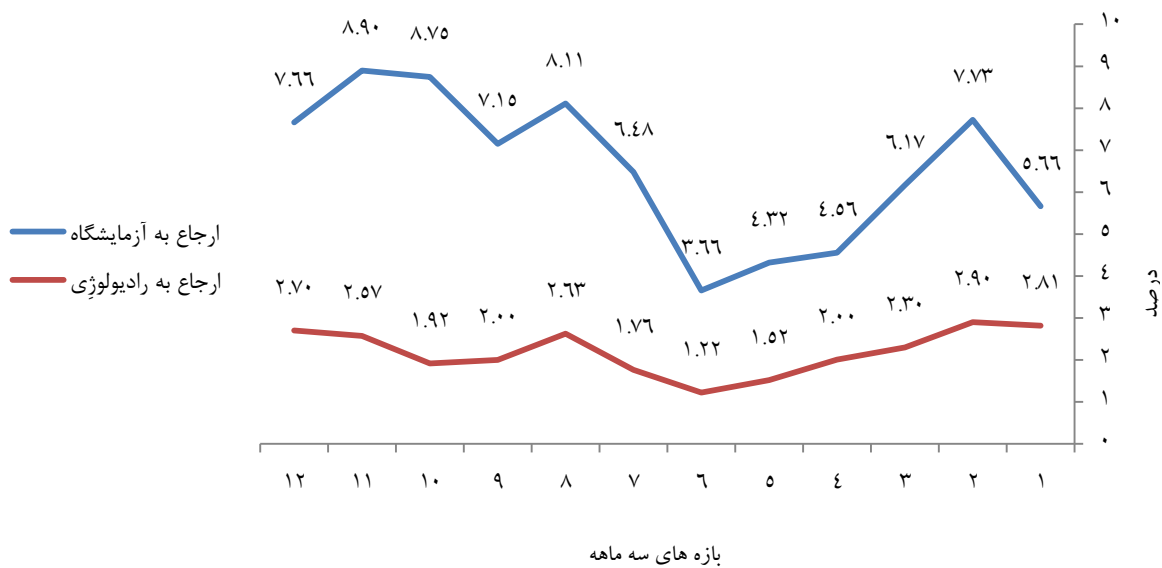
#### یافته‌ها:

در مطالعه حاضر همانطور که در جدول شماره ۱ ذکر شده است یافته‌ها نشان می‌دهد درصد ویزیت شدگان توسط پزشک به جمعیت تحت پوشش برنامه پزشکی خانواده در ۳ ماهه چهارم سال ۸۹ با ۱۳/۷ درصد به بالاترین میزان و در سه ماهه دوم سال ۹۱ با ۸/۲ درصد به کمترین میزان رسیده است، که این درصد بین ماه‌های مختلف تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد. ( $p\text{-value}=0/338$ ) در مورد درصد ویزیت شدگان توسط ماما به جمعیت تحت پوشش بیشترین درصد مربوط به سه ماهه سوم سال ۹۰ و سه ماهه اول و دوم سال ۹۱ با ۱/۶ درصد می‌باشد و کمترین درصد مربوط به سه ماهه اول سال ۸۹ با ۱/۰ درصد می‌باشد، که این درصد بین ماه‌های مختلف تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد ( $p\text{-value}=0/426$ ). کمترین میزان درخواست خدمات آزمایشگاهی توسط پزشک در سه ماهه چهارم سال ۸۹، برابر با ۳/۷ می‌باشد و

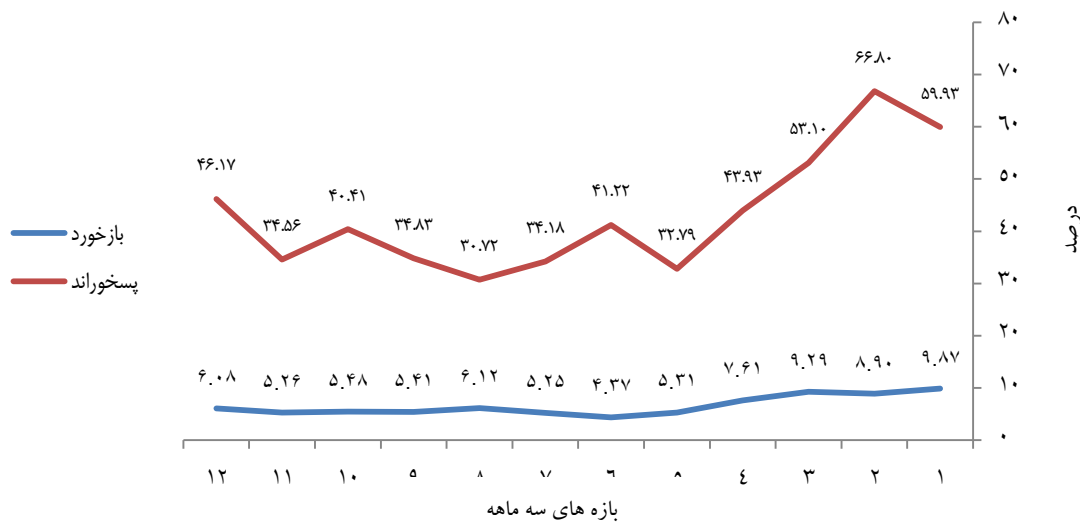
حداکثر میزان در سه ماهه اول سال ۹۱، ۸/۹ می‌باشد و این درصد دارای تفاوت معناداری بین ماه‌های مختلف نیست ( $p\text{-value}=0/23$ ). حداکثر میزان موارد درخواست خدمات رادیولوژی توسط پزشک در سه ماهه دوم سال ۸۸، برابر با ۲/۹ می‌باشد و حداقل آن در سه ماهه چهارم سال ۸۹، ۱/۲ بوده است که این میزان در سال‌های مختلف روند معنی داری را نشان نمی‌دهد ( $p\text{-value}=0/231$ ). با توجه به روند ارجاعات و روند بازخور و پسخوراند در نمودار ۱ و ۲، در سه ماهه سوم سال ۸۹ با ۹/۹ درصد بیشترین میزان ارجاع به سطوح بالاتر را داشته‌ایم که این میزان در سه ماهه آخر سال ۸۹ با ۴/۴ درصد به کمترین میزان خود رسیده است و این میزان در ماه‌های مختلف معنادار است ( $p\text{-value}=0/003$ ) و در نهایت درصد پسخوراند از سطوح بالاتر نسبت به موارد ارجاع شده در سه ماهه چهارم سال ۸۸ با ۶۶/۸ درصد در بالاترین میزان و در سه ماهه دوم سال ۹۰ با ۳۰/۷ درصد به کمترین میزان خود رسیده است و معنادار نمی‌باشد ( $p\text{-value}=0/361$ ).

جدول شماره ۱: عملکرد تیم پزشکی خانواده در طی سال‌های ۸۸ تا ۹۱

ویزیت ماما	ویزیت پزشکی	استفاده از خدمات رادیولوژی	استفاده از خدمات آزمایشگاهی	درصد پسخوراند از سطوح بالاتر	درصد ارجاعات به سطوح بالاتر	
۱/۲	۱۳/۵	۲/۸	۵/۷	۵۹/۹	۹/۹	۳ ماهه سوم ۸۸ سال
۱/۱	۱۱/۶	۲/۹	۷/۷	۶۶/۸	۸/۹	۳ ماهه چهارم سال ۸۸
۱/۱	۱۱/۸	۲/۳	۶/۲	۵۳/۱	۹/۳	۳ ماهه اول ۸۹ سال
۱/۰	۱۱/۴	۲/۰	۴/۶	۴۳/۹	۷/۶	۳ ماهه دوم ۸۹ سال
۱/۳	۱۳/۰	۱/۵	۴/۳	۳۲/۸	۵/۳	۳ ماهه سوم ۸۹ سال
۱/۳	۱۳/۷	۱/۲	۳/۷	۴۱/۲	۴/۴	۳ ماهه چهارم سال ۸۹
۱/۴	۱۰/۸	۱/۸	۶/۵	۳۴/۲	۵/۳	۳ ماهه اول ۹۰ سال
۱/۵	۱۰/۱	۲/۶	۸/۱	۳۰/۷	۶/۱	۳ ماهه دوم ۹۰ سال
۱/۶	۱۱/۰	۲/۰	۷/۲	۳۴/۸	۵/۴	۳ ماهه سوم ۹۰ سال
۱/۵	۹/۰	۱/۹	۸/۷	۴۰/۴	۵/۵	۳ ماهه چهارم سال ۹۰
۱/۶	۸/۶	۲/۶	۸/۹	۳۴/۶	۵/۳	۳ ماهه اول ۹۱ سال
۱/۶	۸/۲	۲/۷	۷/۷	۴۶/۲	۶/۱	۳ ماهه دوم ۹۱ سال



نمودار شماره ۱: روند ارجاع به آزمایشگاه و رادیولوژی بین سالهای ۸۸ تا ۹۱



نمودار شماره ۲: روند باز خورد و پسخوراند بین سالهای ۸۸ تا ۹۱

**بحث و نتیجه گیری:**

این مطالعه با هدف بررسی عملکرد تیم پزشکی خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان بردسکن انجام شده است. طبق دستورالعمل اجرای برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی در سال ۹۱-۹۰ میزان ارجاع باید کمتر از ۱۰ درصد باشد که در این پژوهش نیز میزان ارجاع در همین محدوده قرار دارد. اما پسخوراند باید به میزان ۱۰۰ درصد موارد ارجاع شده باشد که در این پژوهش این میزان بیان گر وضعیت خوبی نیست که نشان دهنده عملکرد ضعیف پزشکان سطوح بالاتر و آگاهی نداشتن بیماران از اهمیت سیستم ارجاع می باشد. با توجه به عقد قرارداد با اداره بیمه و استناد به برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع نسخه ۱۲ میزان ارجاع به خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی نباید به ترتیب بیشتر از ۴ و ۳ درصد باشد که با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوهش این میزانها در خدمات آزمایشگاهی بیان گر وضعیت نامطلوب عملکرد پزشکان و در خدمات رادیولوژی درصد-های بدست آمده نشان دهنده وضعیتی مطلوب است.

براساس مطالعات پژوهشگر، مطالعه‌ای که عملکرد تیم پزشکی خانواده را از نظر ویزیت پزشک و ماما، استفاده از خدمات آزمایشگاهی، رادیولوژی و میزان ارجاع و پسخوراند ارزیابی کرده باشد،

یافت نشده و داده‌های لازم برای مقایسه وجود ندارد. اما مطالعات دیگری وجود دارد که عملکرد پزشکان خانواده را از ابعاد دیگری بررسی کرده‌اند. از آن جمله می توان به مطالعه جباری (۹) در رابطه با میزان‌های پوشش تنظیم خانواده، مطالعه حافظی (۱۰) در رابطه با عملکرد پزشکان خانواده در حیطه‌های مربوطه و مطالعه علی بابایی (۱۱) که به بررسی برخی شاخص های کیفیت از دیدگاه گیرندگان خدمت پرداخته است، اشاره کرد.

روند فعلی عملکرد پزشکی خانواده تغییرات زیادی را به لحاظ افراد ویزیت شده و همچنین خدمات آزمایشگاهی نشان نمی دهد این موضوع می تواند ناشی از عدم برخورد فعال برای بیماری یابی و ارائه خدمات به مردم باشد علاوه بر این روند نزولی را می توان به حضور بیشتر پزشک متخصص و مراجعه مستقیم مردم به شهر برای دریافت خدمات نسبت داد. در نتیجه با توجه به اهداف طرح پزشکی خانواده لازم است در نحوه عملکرد پزشکان بازنگری صورت گرفته و در جهت رفع کاستی ها اقدام گردد تا در نهایت موجب بهبود در ارائه خدمات گردد.

**تشکر و قدردانی:**

در اینجا لازم است از تمامی کارکنان مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان بردسکن که در ما را در جمع آوری داده‌ها یاری کردند، تشکر کنیم.



## منابع:

1. aghlmand S, poorreza A. health system reform. Refah-ee Ejtemaee Journal. 2004;4(14):13-38.
2. jamshidi H. Health System Reform in Islamic Republic Iran. Public Health Services insurance. 2005;8(27):14-6.
3. Khosravi S, Asadi L, Amir-Esmaili M, Jafari M ,Mirzaee S, Khosravi S. Study of Satisfaction Rate from Family Physician Performance in Rural Areas of Bardsir in 2013: A Short Report. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2014;13:489-94.
4. instrument of family physician and referral system in urban areas (version 02). 2011.
5. www.insatums.com/news/archive/top/001649.php [database on the Internet]. 2009.
6. Nik-akhtar Z, Fathi H, Rostami F, Faridpak A. Performance of family physicians in the field of mental health in Khorasan Razavi during 2010-1011. 2011:279.
7. Raeisi P, Ebadi-fard-azar F, Roudbari M, Shabani-kia H. The impact of family physician program on mother and child health indices in rural population auspices of Mashhad University of medical sciences and health care services . Journal of Health Administration. 2011;13(43):27-36.
8. Khosravi S, Amiresmaeeli M, Yazdi-feyz-abadi V. Performance evaluation of family physicians program rural insurance: A case study of Kerman University of Medical Sciences. 2011:76.
9. Jabbari-birami H, Gasemzade H, Bakhshian F, Mohammadpouras A, Asadzade R. Evaluation of Family Physician Program Based on Family Health Indices. Knowledge & Health. 2012;7(3):124-8.
10. Hafezi Z, Askari R, Mamizi M. A survey of family physicians in the province of Yazd .Tolue Behdasht. 2010;6(1,2):16-26.
11. Alibabaei R, Sadeghi A, Vahidi R, Akaberi A. Determination of Quality of Services Provided by Family Physician Team from Recipients' Perspective in Ajabshir City. Journal of health. 2012;5(2):170-81.