

## *Assessing Rural Family Physicians Performance According to Healthcare Managers, Family Physicians, and Patients in Golestan Province, Iran*

Ashrafi Babazadeh Gashti<sup>1</sup>,  
Nahid Jafari<sup>2</sup>,  
Mohammad Javad Kabir<sup>3</sup>,  
Alireza Heidari<sup>4</sup>,  
Naser Behnampour<sup>5</sup>,  
Mohammad Reza Honarvar<sup>6</sup>,  
Mohammad Ali Pourabbasi<sup>7</sup>,  
Maryam Eri<sup>8</sup>

<sup>1</sup> MSc in Medical Education, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Community Medicine Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Health Services Management, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

<sup>4</sup> PhD Candidate in Health Policy, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

<sup>5</sup> Assistant Professor, Department of Biostatistics, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

<sup>6</sup> PhD Candidate in Nutrition Science, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

<sup>7</sup> General Practitioner, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

<sup>8</sup> MSc in Health Services Management, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

(Received December 10, 2015 Accepted July 13, 2015)

### **Abstract**

**Background and purpose:** The family physician is the first point of contact between people and health system (after the health workers) that should be capable of providing first-class services. The aim of this study was to investigate the performance of family physicians.

**Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted in 1956 patients, 110 family physicians, and 70 health managers. Check lists and questionnaires were used to collect the data. The check list included different dimensions such as education, service delivery, performance management and community participation. Also, a questionnaire was used to study about the relationship with patients and health management of the region. Data was analyzed in SPSS V.18 applying ANOVA, T-Test and Pearson Correlation.

**Results:** According to the family physicians and health managers, the strongest and weakest dimensions were performance management and health management of the region. Among the patients 48.9% reported a good physician-patient relationship. There were significant relationships between age of the family physicians and community participation ( $P=0.044$ ), their sexuality and education ( $P=0.019$ ) and community participation ( $P=0.02$ ), the town where family physicians work and service delivery ( $P=0.029$ ), and their employment statuses and the health management of the region ( $P=0.001$ ). We found significant relationships between the sexuality of managers and community participation ( $P=0.001$ ), services delivery ( $P=0.008$ ), performance management ( $P=0.006$ ) and health management of the region ( $P=0.004$ ). Also, significant relationships were found between the physician-patient relationship and patient's age ( $P=0.003$ ) number of referrals ( $P=0.001$ ), city ( $P=0.001$ ) and level of education ( $P=0.009$ ).

**Conclusion:** Despite the fact that dimensions of training, service delivery, performance management, and physician-patient relationship were in appropriate levels but dimensions of community participation and health management of the region need to improve their performance.

**Keywords:** performance, family physician, healthcare team

## بررسی عملکرد پزشکان خانواده روستایی استان گلستان از دیدگاه مدیران، پزشکان خانواده و بیماران

اشرفی بابازاده گشتی<sup>۱</sup>  
 ناهید جعفری<sup>۲</sup>  
 محمد جواد کبیر<sup>۳</sup>  
 علیرضا حیدری<sup>۴</sup>  
 ناصر بهنام پور<sup>۵</sup>  
 محمدرضا هنرور<sup>۶</sup>  
 محمدعلی پورعباسی<sup>۷</sup>  
 مریم ایری<sup>۸</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** پزشک خانواده به عنوان اولین سطح تماس با مردم و بیمار (بعد از بهورز) می باشد که باید توانمندی های لازم را جهت ارائه خدمات در سطح اول دارا باشد. هدف از انجام این مطالعه تعیین سطح عملکرد پزشکان خانواده بود.

**مواد و روش ها:** در این مطالعه مقطعی در استان گلستان، ۱۹۵۶ بیمار، ۱۱۰ پزشک خانواده و ۷۰ مدیر سلامت در مطالعه شرکت نمودند. ابزار جمع آوری اطلاعات چک لیستی شامل ابعاد وضعیت آموزش، ارائه خدمات سلامت، مدیریت عملکرد، مشارکت جامعه، و پرسشنامه ای در زمینه ارتباط با بیمار و مدیریت سلامت منطقه تحت پوشش بود. تحلیل داده ها با آزمون های آماری ANOVA، t و Pearson correlation و با استفاده از نسخه ۱۸ نرم افزار SPSS انجام گرفت.

**یافته ها:** از دیدگاه مدیران بهداشتی و پزشکان خانواده «مدیریت عملکرد» قوی ترین بعد و «مدیریت سلامت منطقه» ضعیف ترین بعد بود. ۴۸/۹ درصد بیماران وضعیت ارتباط پزشکان خانواده را با آن ها خیلی خوب عنوان نمودند. سن پزشکان خانواده با سطح مشارکت جامعه ( $p=0/044$ )، جنسیت پزشکان خانواده با آموزش ( $p=0/019$ ) و مشارکت جامعه ( $p=0/02$ )، شهرستان محل خدمت پزشک خانواده با بعد ارائه خدمت ( $p=0/029$ )، و وضعیت استخدام پزشک خانواده با بعد مدیریت سلامت منطقه ( $p=0/001$ ) ارتباط آماری معنی داری داشت. جنسیت مدیران مورد مطالعه با ابعاد مشارکت جامعه ( $p=0/001$ )، ارائه خدمات ( $p=0/008$ )، مدیریت عملکرد ( $p=0/006$ ) و مدیریت سلامت ( $p=0/004$ ) منطقه از نظر آماری ارتباط معنی داری داشت. وضعیت ارتباط پزشک با بیمار با سن ( $p=0/03$ ) و تعداد مراجعات ( $p=0/001$ )، شهرستان محل سکونت ( $p=0/001$ ) و سطح تحصیلات بیماران مراجعه کننده ( $p=0/009$ ) از نظر آماری ارتباط معنی داشت.

**استنتاج:** علی رغم این که ابعاد آموزش، ارائه خدمات، مدیریت عملکرد و ارتباط با بیمار وضعیت مناسبی دارد ولی ابعاد مشارکت جامعه و مدیریت سلامت منطقه ضعیف ارزیابی شده و نیاز به بهبود دارد.

**واژه های کلیدی:** عملکرد، پزشک خانواده، تیم سلامت، استان گلستان

### مقدمه

سلامت و امنیت از حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه رعایت عدالت می باشد (۱). براساس بند (ب) ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی است که دولت موظف به تأمین آن ها به طور برابر و با

**مؤلف مسئول:** علیرضا حیدری - گرگان: کوی گلها، انتهای گلبرگ یکم، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی E-mail: heidari\_ar\_2000@yahoo.com

۱. کارشناس ارشد آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۲. استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۳. استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۴. دانشجوی دکتری تخصصی سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۵. استادیار، گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۶. دانشجوی دکتری تخصصی تغذیه، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۷. پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۸. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۹/۱۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۱۰/۱۵ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۴/۲۲

کشور، تا پایان برنامه چهارم باید تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع فراهم می‌شد (۳،۲). با مصوبه مجلس شورای اسلامی در زمینه بیمه روستاییان امکان پیوند طرح پزشک خانواده با بدنه عظیم شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور فراهم شد و اجرای این طرح از نیمه دوم سال ۱۳۸۴ آغاز گردید (۵،۴). اهداف طرح پزشک خانواده شامل ایجاد نظام ارجاع در کشور، افزایش پاسخگویی در بازار سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیر ضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش خدمات می‌باشد (۶). ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی از جمله وظایف تیم سلامت است که با محوریت پزشک خانواده انجام می‌شود. بدون ارائه این خدمات بهداشتی نمی‌توان از اصطلاح "پزشک خانواده" و صرفاً برای ارائه خدمات درمانی استفاده نمود (۷). پزشک خانواده دارای مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار و در نخستین سطح خدمات عهده‌دار خدمات بهداشتی درمانی است و مسئولیت‌هایی از قبیل مدیریت سلامت، پژوهش، توجه به جمعیت و تداوم خدمات و هماهنگی با سایر بخش‌ها را برعهده دارد. در برنامه پزشک خانواده، پزشک عمومی و تیم وی مسئولیت کامل سلامت افراد و خانواده‌های تحت پوشش خود را برعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز برعهده دارد (۸).

میزان عملکرد کارکنان تابعی از توانایی آن‌ها بوده و به عواملی چون سابقه خدمت، مهارت یا آموزش بستگی دارد (۹). نقش‌های مختلف پزشک شامل عملکرد پزشکی، برقراری ارتباط، مشارکت، برخورداری از علم و دانش، عملکرد در جامعه (حامی سلامت)، مدیر و فرد حرفه‌ای می‌باشد (۱۰). پزشک خانواده باید جهت عملکرد در زمینه‌های مدیریت برنامه‌های سلامت در منطقه خدمات اعم از برنامه‌ریزی، سازماندهی، کنترل و ارزشیابی، رهبری تیم سلامت، تصمیم‌گیری مناسب و منطقی بر اساس پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های وزارتی،

مهارت‌های ارتباطی لازم، غربالگری مراجعین، تشخیص و درمان بیماران، توان تجزیه و تحلیل ابعاد روانی، اجتماعی و اقتصادی موثر بر سلامت توانمندی‌های لازم را داشته باشد (۱۱). تعداد زیادی از پزشکان عمومی پس از فراغت از تحصیل به عنوان پزشک خانواده مشغول فعالیت می‌شوند ولی به نظر می‌رسد انتظاراتی که مسئولان از این پزشکان دارند با آموزش‌های دوران دانشجویی فاصله دارد به طوری که نظام آموزش پزشک عمومی در حال حاضر پزشک خانواده تربیت نمی‌کند. دانشجویان پزشکی پس از اتمام تحصیلات به اندازه کافی با موضوعات مورد نیاز یک پزشک عمومی به عنوان مدیر تیم سلامت یک منطقه آشنا نمی‌شوند (۱۲). در مطالعه چمن و همکاران در شهرستان شاهرود در سال ۱۳۸۹ بسیاری از مولفه‌های پزشک خانواده از جمله ملزومات و تجهیزات اداری و پزشکی، ارجاع بیماران و پیگیری آن‌ها، تکمیل پرونده سلامت جمعیت تحت پوشش و جامعه، تشکیل هیات امناء، ارایه پس‌خوراند ارجاع از سطح دو و صدور گواهی فوت کم‌تر از حد انتظار بوده است (۱). در مطالعه جباری و همکاران همکاران در سال ۱۳۹۲ برنامه پزشک خانواده عملکرد نسبتاً خوبی پس از گذشت چند سال از اجرا داشت، ولی هنوز نظام ارجاع و ارایه پس‌خوراند از پزشکان متخصص به سطح یک، پیگیری عاقبت بیماران و تکمیل پرونده‌های سلامت به درستی اجرا نمی‌شد. دسترسی تا حدودی بهبود یافت و هزینه‌های غیر ضروری کاهش پیدا کرد، با این حال بینش سلامت‌نگر مطلوب در اذهان نهاده‌ها نشده بود (۱۳). نتایج مطالعه حافظی و همکاران در سال ۱۳۸۷ در استان یزد لزوم مستند کردن و اولویت‌بندی 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 را نشان

می‌دهد (۱۴). به دلیل اهمیت موضوع سلامت مردم و نوپا بودن طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع و هم‌چنین نگرانی‌های احتمالی مسئولان و سیاست‌گذاران در مورد عملکرد پزشکان خانواده که سیستم گزارش‌گیری موجود قادر به پاسخ دادن آن نیست، این مطالعه با هدف تعیین سطح عملکرد پزشکان خانواده روستایی استان گلستان از دیدگاه مدیران، پزشکان خانواده و بیماران به منظور شناسایی نقاط قوت و نارسایی‌های احتمالی انجام شد تا نتایج حاصله جهت مداخلات مؤثر و بهبود وضعیت موجود در اختیار مسئولین و مدیران سلامت منطقه قرار گیرد.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مقطعی طی سال ۱۳۹۲ در استان گلستان انجام شد. محیط پژوهش مراکز مجری برنامه پزشک خانواده، مرکز بهداشت استان و مرکز بهداشت شهرستان‌ها و روستاهای استان گلستان بود. جامعه آماری شامل پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی که حداقل دو سال سابقه کار به عنوان پزشک خانواده (در داخل و یا خارج استان) را داشته‌اند، مدیران مرکز بهداشت استان و شهرستان (مدیر مرکز بهداشت شهرستان، مسئول واحد بیماری‌ها، مسئول واحد بهداشت خانواده، مسئول واحد گسترش شبکه و مسئول واحد بهداشت محیط استان و شهرستان)، و کل جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی بود. روش نمونه‌گیری جهت پزشکان خانواده و مدیران مرکز بهداشت استان و شهرستان سرشماری بود. جهت محاسبه حجم نمونه تعداد مراجعین مورد بررسی، به ازای هر پزشک شاغل در برنامه پزشک خانواده ۲۰ نفر به صورت تصادفی از دفتر ثبت نام مراجعین به پزشک مرکز بهداشتی درمانی وارد مطالعه شدند. بدین ترتیب ۱۹۵۶ بیمار و مراجعه‌کننده، ۱۱۰ پزشک خانواده و ۷۰ مدیر سلامت در مطالعه شرکت نمودند. جهت جمع‌آوری داده‌های مربوط به عملکرد پزشک خانواده از چک لیست پایش عملکرد پزشک خانواده (برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده) در دستورالعمل

اجرائی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی و جهت سنجش ارتباط با بیمار از دستورالعمل Calgary-Cambridge استفاده گردید. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل دو چک لیست بود که توسط دو گروه پزشکان خانواده و مدیران مرکز بهداشت استان و شهرستان‌ها تکمیل گردید. ابزار مورد استفاده دیگر پرسشنامه‌ای بود که توسط بیماران مراجعه‌کننده به پزشک مرکز بهداشتی درمانی تکمیل شد. چک لیست ارزیابی سطح عملکرد پزشکان خانواده از دیدگاه خود پزشکان خانواده شامل مشخصات فردی و ابعاد وضعیت آموزش، ارائه خدمات توسط تیم سلامت و پزشک خانواده، عملکرد مدیریتی، مشارکت جامعه، ارتباط با بیمار و مدیریت سلامت منطقه تحت پوشش بود. به منظور سنجش عملکرد پزشکان خانواده از دیدگاه مدیران ابعاد وضعیت آموزش، ارائه خدمات سلامت، مدیریت عملکرد، مشارکت جامعه و مدیریت سلامت منطقه تحت پوشش و از دیدگاه بیماران بعد ارتباط با بیمار مورد ارزیابی قرار گرفت. بعد آموزش شامل ۷ سؤال بود که در قالب پاسخ‌های بسته بلی/خیر طراحی شد. بعد ارائه خدمات سلامت شامل ۲۹ سؤال بود که از این ۲۹ سؤال بسته ۷ سؤال در ارتباط با تیم سلامت منطقه تحت پوشش در قالب پاسخ‌های بسته بلی/خیر طراحی شد و ۲۲ سؤال نیز در ارتباط با پزشک خانواده در مرکز بهداشتی درمانی در قالب طیف لیکرت زمانی ۵ گزینه‌ای (همیشه، اکثر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت، هرگز) طراحی گردید. بعد مدیریت عملکرد شامل ۳۲ سؤال بود که در قالب پاسخ‌های بسته بلی/خیر/مورد ندارد طراحی گردید. بعد مشارکت جامعه شامل ۵ سؤال بود که در قالب پاسخ‌های بسته بلی/خیر/مورد ندارد طراحی شد. بعد ارتباط با بیمار شامل ۳۳ سؤال بود که در قالب طیف لیکرت زمانی ۵ گزینه‌ای (همیشه، اکثر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت، هرگز) طراحی گردید. بعد مدیریت سلامت منطقه تحت پوشش شامل ۲۵ سؤال بود که در قالب پاسخ‌های بسته بلی/خیر/مورد ندارد طراحی شد. روایی

محتوا پرسشنامه توسط خبرگان و صاحب نظران در دسترس شامل متخصصین مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، پزشکی اجتماعی، آمار حیاتی و پزشکی عمومی مورد تأیید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه ارتباط بیمار با پزشک از دیدگاه بیماران با آلفای کرونباخ ۸۶/۷ درصد، پرسشنامه ارائه عملکرد از دیدگاه مدیران با آلفای کرونباخ ۸۶/۱ درصد، پرسشنامه ارائه عملکرد از دیدگاه پزشکان خانواده با آلفای کرونباخ ۷۲/۴ درصد و پرسشنامه ارتباط بیمار با پزشک از دیدگاه پزشکان خانواده با آلفای کرونباخ ۸۶/۹ درصد مورد تأیید قرار گرفت. در پاسخ‌های بلی/خیر و باز به گزینه مطلوب نمره «یک» و به گزینه نامطلوب نمره «صفر» تعلق گرفت. در مورد طیف پنج گزینه‌ای همیشه، اکثر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت و هرگز، گزینه‌هایی که دارای مفهوم مثبت بودند، امتیاز ۴ برای «همیشه»، ۳ برای «اکثر اوقات»، ۲ برای «گاهی اوقات»، ۱ برای «به ندرت» و صفر برای «هرگز» در نظر گرفته شد و در گزینه‌هایی که دارای مفهوم منفی بودند، شیوه تقسیم امتیازات بر عکس شد. سپس براساس چک لیست‌ها و امتیاز کسب شده عملکرد پزشکان خانواده در هر حیطه و در کل به پنج دسته صفر تا ۱۹/۹۹ خیلی ضعیف، ۲۰ تا ۳۹/۹۹ ضعیف، ۴۰ تا ۵۹/۹۹ متوسط، ۶۰ تا ۷۹/۹۹ خوب و ۸۰ تا ۱۰۰ خیلی خوب تقسیم شد. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه با نمونه مورد بررسی و مشاهده مستندات مربوطه جهت تأیید پاسخ‌ها بود. جمع‌آوری کنندگان داده‌ها از کارشناسان مرکز بهداشت استان و مراکز بهداشت شهرستان و مرییان مرکز آموزش بهورزی بودند. این افراد آموزش‌های لازم را در زمینه جمع‌آوری داده‌ها کسب نمودند و پس از اخذ مجوزها و توافق‌های لازم با معاون بهداشتی دانشگاه و مدیران مراکز بهداشت شهرستان، چک لیست‌ها و پرسشنامه‌ها تکمیل شد. این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی گلستان است. قبل از انجام مطالعه اخذ رضایت و تشریح اهداف مطالعه انجام

گرفت. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی آنان به صورت محرمانه نگهداری خواهد شد. از نمونه‌های مورد مطالعه خواسته شد تا در ارائه پاسخ نهایت دقت و امانت را رعایت کنند و آن‌ها با رضایت کامل به چک لیست‌ها و پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. علاوه بر استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، به منظور تعیین رابطه نمره ابعاد سطح عملکرد با سن، سابقه کاری و سال فراغت از تحصیل از آزمون آماری Pearson correlation، جهت تعیین رابطه ابعاد سطح عملکرد با شهرستان، وضعیت استخدام، تأهل و دانشگاه محل خدمت از آزمون آماری ANOVA و برای تعیین رابطه ابعاد سطح عملکرد با جنسیت از t-test استفاده گردید. به منظور تحلیل داده‌ها از نسخه ۱۸ نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد.

## یافته‌ها

میانگین سنی پزشکان خانواده  $37/75 \pm 7/2$  سال و سابقه کاری آن‌ها  $12/88 \pm 5/9$  سال بود. اکثر آن‌ها مرد ( $53/6$  درصد)، متأهل ( $77/8$  درصد) و قراردادی ( $65/7$  درصد) بودند. پزشکان خانواده فارغ‌التحصیل از دانشگاه گلستان ( $19/1$  درصد) در مقایسه با سایر دانشگاه‌ها از سهم بیش‌تری برخوردار بودند. پزشکان خانواده شهرستان گنبد کاووس ( $24/5$  درصد) در مقایسه با سایر شهرستان‌ها سهم بیش‌تری داشتند.  $77/6$  درصد پزشکان خانواده علاقه‌مند به کار به عنوان پزشک خانواده،  $53/6$  درصد دارای سابقه کار در بخش خصوصی و فقط  $28/7$  درصد در روستا بیتوته بودند. میانگین سنی مدیران مورد مطالعه  $41/7 \pm 4/8$  سال و سابقه کاری آن‌ها  $16/1 \pm 4/9$  سال بود. اکثر مدیران مورد مطالعه مرد ( $72/9$  درصد)، رسمی ( $95/7$  درصد)، متأهل ( $98/6$  درصد) و دارای سابقه کار در روستا ( $91/4$  درصد) بودند. میانگین سنی بیماران مراجعه‌کننده  $35/83 \pm 13/1$  سال بود. اکثر آن‌ها زن ( $66/9$  درصد) و میانگین تعداد مراجعه  $5/98 \pm 4/94$  دفعه در ۳ ماه گذشته بود. «مدیریت

جنسیت مدیران مورد مطالعه با ابعاد مشارکت جامعه ( $p=0/001$ )، ارائه خدمات ( $p=0/008$ )، مدیریت عملکرد ( $p=0/006$ ) و مدیریت سلامت منطقه ( $p=0/004$ ) ارتباط آماری معنی داری داشت. وضعیت ارتباط پزشک با بیمار با سن ( $p=0/003$ ) و تعداد مراجعات ( $p=0/001$ )، شهرستان محل سکونت ( $p=0/001$ ) و سطح تحصیلات بیماران مراجعه کننده ( $p=0/009$ ) از نظر آماری ارتباط معنی داری داشت. جدول شماره ۳ ارتباط آماری بین متغیرهای دموگرافیک با عملکرد پزشکان خانواده را از دیدگاه مدیران سلامت نشان می دهد.

اکثر بیماران (۴۸/۹ درصد) وضعیت ارتباط پزشکان خانواده را با آن ها خیلی خوب عنوان نمودند. وضعیت ارتباط پزشک با بیمار با سن ( $p=0/003$ )، تعداد مراجعات ( $p=0/001$ )، شهرستان محل سکونت ( $p=0/001$ ) و سطح تحصیلات بیماران مراجعه کننده ( $p=0/009$ ) ارتباط آماری معنی داری داشت ولی وضعیت ارتباط پزشک با بیمار با جنسیت ( $p=0/084$ ) و نوع بیمه ( $p=0/012$ ) مراجعه کننده از نظر آماری ارتباط معنی داری نداشت.

عملکرد» با کسب میانگین نمره  $14/34 \pm 3/34$  از حداکثر ۱۸ نمره کسب شده از دیدگاه مدیران و  $12/69 \pm 0/62$  از حداکثر ۱۳ نمره کسب شده از دیدگاه پزشکان خانواده قوی ترین بعد بود. هم چنین «مدیریت سلامت منطقه» با کسب میانگین نمره  $2/77 \pm 1/17$  از حداکثر ۱۱ نمره کسب شده از دیدگاه مدیران و  $2/71 \pm 1/15$  از حداکثر ۱۱ نمره کسب شده از دیدگاه پزشکان خانواده ضعیف ترین بعد محسوب می شد. جدول شماره ۱ توزیع فراوانی سطح عملکرد از دیدگاه پزشکان خانواده و مدیران را به تفکیک ابعاد مورد بررسی نشان می دهد.

سن پزشکان خانواده با سطح مشارکت جامعه ( $p=0/044$ )، جنسیت پزشکان خانواده با آموزش ( $p=0/019$ ) و مشارکت جامعه ( $p=0/002$ )، شهرستان محل خدمت پزشک خانواده با ابعاد ارائه خدمت ( $p=0/029$ )، و وضعیت استخدام پزشک خانواده با بعد مدیریت سلامت منطقه ( $p=0/001$ ) از نظر آماری ارتباط معنی داری داشت. جدول شماره ۲ ارتباط آماری بین متغیرهای دموگرافیک با عملکرد پزشکان خانواده را از دیدگاه خود پزشکان نشان می دهد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی سطح عملکرد از دیدگاه پزشکان خانواده و مدیران

مدیران		پزشکان خانواده		ابعاد		
حداکثر	حداقل	میانگین	حداکثر	حداقل	میانگین	
۸	۰	$7/33 \pm 1/62$	۸	۰	$7/39 \pm 1/78$	آموزش
۸	۱	$6/48 \pm 0/87$	۶	۱	$5/18 \pm 1/34$	ارائه خدمات توسط تیم سلامت در منطقه تحت پوشش
۴۸	۳۴	$43/86 \pm 4/16$	۴۰	۱۲	$25/55 \pm 6/65$	ارائه خدمات توسط پزشک خانواده در مرکز بهداشتی درمانی
۱۳	۱۰	$12/69 \pm 0/62$	۱۸	۶	$14/34 \pm 3/34$	مدیریت عملکرد
۵	۲	$4/66 \pm 0/16$	۵	۰	$2/07 \pm 2/05$	مشارکت جامعه
۱۱	۰	$2/71 \pm 1/15$	۱۱	۰	$2/77 \pm 1/17$	مدیریت سلامت منطقه

جدول شماره ۲: ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک پزشکان خانواده با ابعاد عملکرد آن ها

مدیریت سلامت منطقه	مشارکت جامعه	مدیریت عملکرد	ارائه خدمات توسط پزشک خانواده	ارائه خدمات توسط تیم سلامت	آموزش	متغیر
$p=0/642$	$p=0/044$	$p=0/216$	$p=0/228$	$p=0/804$	$p=0/157$	سن
$p=0/358$	$p=0/002$	$p=0/312$	$p=0/289$	$p=0/376$	$p=0/019$	جنسیت
$p=0/779$	$p=0/155$	$p=0/004$	$p=0/931$	$p=0/690$	$p=0/073$	کل سابقه کاری
$p=0/092$	$p=0/018$	$p=0/235$	$p=0/872$	$p=0/834$	$p=0/075$	سابقه کاری به عنوان پزشک خانواده
$p=0/564$	$p=0/074$	$p=0/171$	$p=0/699$	$p=0/029$	$p=0/307$	شهرستان
$p=0/001$	$p=0/863$	$p=0/793$	$p=0/626$	$p=0/826$	$p=0/090$	وضعیت استخدام
$p=0/373$	$p=0/833$	$p=0/067$	$p=0/640$	$p=0/666$	$p=0/573$	وضعیت تأهل
$p=0/820$	$p=0/014$	$p=0/918$	$p=0/180$	$p=0/999$	$p=0/039$	سال فراغت از تحصیل
$p=0/420$	$p=0/2$	$p=0/972$	$p=0/544$	$p=0/060$	$p=0/119$	دانشگاه محل تحصیل

جدول شماره ۳: ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک مدیران با ابعاد عملکرد پزشکان خانواده

متغیر	آموزش	ارائه خدمات توسط تیم سلامت	ارائه خدمات توسط پزشک خانواده	مدیریت عملکرد	مشارکت جامعه	مدیریت سلامت منطقه
سن	p=۰/۶۹۸	p=۰/۸۰۹	p=۰/۸۵۷	p=۰/۸۵۹	p=۰/۲۱۶	p=۰/۸۸۲
جنسیت	p=۰/۱۳۷	p=۰/۰۰۸	p=۰/۸۰۹	p=۰/۰۰۶	p=۰/۰۰۱	p=۰/۰۰۴
سابقه کاری	p=۰/۱۹۰	p=۰/۴۵۳	p=۰/۸۶۷	p=۰/۸۵۱	p=۰/۷۸۷	p=۰/۵۱۲
وضعیت استخدام	p=۰/۴۴۶	p=۰/۳۸۹	p=۰/۳۹۴	p=۰/۱۱۳	p=۰/۵۲۶	p=۰/۳۰۶
وضعیت تأهل	p=۰/۷۳۴	p=۰/۸۱۷	p=۰/۹۵۳	p=۰/۳۷۹	p=۰/۲۲۶	p=۰/۷۲۸

## بحث

اکثر پزشکان خانواده و مدیران مورد بررسی اظهار داشتند که پزشکان خانواده آموزش‌های لازم را دیده‌اند. آموزش ناکافی پزشکان خانواده یکی از نقاط ضعف مطالعه افکار و همکاران در سال ۱۳۹۲ از سوی مدیران و کارشناسان سلامت عنوان شد (۸). در مطالعه کازرونی در سال ۱۳۸۸ بیش از همه برنامه‌ریزی عملیاتی و امور مدیریتی به عنوان موضوع آموزشی مورد نیاز پزشکان خانواده اعلام شد (۱۵). مطالعه کریمی و همکاران در سال ۱۳۹۱ نیز نشان داد که دانش و مهارت پزشکان خانواده در مقایسه با انتظاراتی که نظام سلامت از آن‌ها دارد کافی نبوده و نیاز است که علاوه بر بازنگری در کوریکولوم آموزش پزشک عمومی با برگزاری کارگاه‌های آموزشی سطح اطلاعات و مهارت‌های پزشکان را افزایش داد (۱۲). نتایج مطالعات مذکور با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی ندارد. از آنجایی که بسیاری از نگرش‌ها و رفتارهای اساسی پزشکان طی دوره آموزش پزشکی آن‌ها شکل می‌گیرد، لذا کمیت و کیفیت مراقبت‌هایی که به جامعه ارائه می‌شود تا حدود زیادی به کیفیت آموزش پزشکی بستگی دارد و این موضوع موجب شده است که نظام آموزش پزشکی تأثیر مستقیمی بر کیفیت ارائه مراقبت‌های سلامتی داشته باشد (۱۶). تنظیم برنامه عملیاتی، برخورداری کافی از منابع مورد نیاز جهت اجرای برنامه عملیاتی و اجرای فعالیت‌های پیش‌بینی شده در برنامه مطابق تقویم زمانی از دیدگاه مدیران شرایط مناسبی نداشت. در راستای بهبود خدمات در حیطه مدیریت پیشنهاد می‌شود که تمام مشکلات

منطقه و کمبودهای مراکز مستند شده تا اولویت بندی و رسیدگی به آن‌ها راحت‌تر 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 برنامه‌ریزی لازم صورت گیرد. بعد مشارکت جامعه از دیدگاه پزشکان خانواده ضعیف ارزیابی شد. در مطالعه حافظی و همکاران در سال ۱۳۸۸ پزشکان خانواده نتوانستند در بخش همکاری بین بخشی نمره قابل قبولی اخذ نمایند و نیاز به توجه جدی به این حیطه احساس می‌شد که با یافته‌های حاصل از نظر مدیران مطالعه حاضر همخوانی دارد. در راستای بهبود خدمات در حیطه مشارکت جامعه پیشنهاد می‌شود که 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 روستایی، استفاده نماید (۱۴). بعد «ارتباط با بیمار» از نظر پزشکان خانواده و بیماران مناسب ارزیابی شد. بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی در پزشکان تفاوت بسیاری در نمرات آگاهی و نگرش آن‌ها قبل و بعد از شرکت در کارگاه آموزشی و میانگین نمره رضایتمندی بیماران بعد از مداخله نشان داده است که حاکی از تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی به گروه مورد می‌باشد (۱۷). در مطالعه طوبایی و ده بزرگی در سال ۱۳۸۳ هرچه پزشک جزئیات بیش‌تری نسبت به بیماری به افراد ارائه کرده بود، رضایت بیش‌تری از طرف بیماران نشان داده شده بود. این یافته نشان می‌دهد که مهارت، تجربه و نحوه برخورد پزشکان و پرسنل بهداشتی درمانی نقش به

پوشش، جذب رابطین بهداشتی جدید از طریق پرسنل مراکز و رابطین قبلی و پایش و ارزشیابی اجرای برنامه‌های داوطلبانه سلامت پیشنهاد می‌گردد. هم‌چنین جهت بهبود وضعیت مدیریت سلامت منطقه، تعیین تعداد جمعیت گروه‌های هدف در واحدهای تحت پوشش پزشکان خانواده بر اساس پروتکل‌های ابلاغی، ارائه خدمات به گروه‌های هدف در واحد تحت پوشش پزشکان خانواده مطابق با دستورالعمل‌های ابلاغی، تهیه فهرست مشکلات منطقه تحت پوشش توسط پزشکان خانواده و اولویت‌بندی آن‌ها و ارائه برنامه مداخله‌ای برای حل مشکلات سلامتی منطقه تحت پوشش پیشنهاد می‌گردد. مطالعات کیفی به منظور تشخیص علل مشارکت ناکافی با جامعه و مدیریت نامناسب سلامت منطقه و نیز مطالعات مداخله‌ای به منظور شناسایی بهترین مداخلات جهت بهبود سطح عملکرد پزشکان خانواده و انجام مطالعات مشابه در بازه‌های زمانی آینده در قالب مطالعات دیگر پیشنهاد می‌شود.

در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که علی‌رغم این که ابعاد آموزش، ارائه خدمات، مدیریت عملکرد و ارتباط با بیمار وضعیت مناسبی دارد ولی ابعاد مشارکت جامعه و مدیریت سلامت منطقه ضعیف ارزیابی شده و نیاز به بهبود دارد.

### سپاسگزاری

محققان بر خود لازم می‌دانند از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان که اعتبارات مالی این طرح را به شماره ۹۱۱۲۲۳۲۰۳ تأمین نموده است و هم‌چنین از رؤسای مراکز بهداشت شهرستان‌های استان گلستان که با عنایت و مساعدت معنوی خود انجام این تحقیق را میسر نمودند، تشکر نمایند.

سزایی در رضایت‌مندی مراجعه‌کنندگان دارد و لزوم برنامه‌ریزی‌های آموزشی برای افزایش مهارت پزشکان و پرسنل احساس می‌شود (۱۸). از دیدگاه مدیران و پزشکان خانواده حیطه مدیریت سلامت منطقه ضعیف ارزیابی شد. برداشت عموم این است که پزشکان خانواده باید خدمات درمانی ارائه کنند اما آن‌ها مسئول سلامت هستند و پیش از آن که رسالتی در قبال درمان داشته باشند مسئول ارتقای سلامت افراد و پیشگیری از بیماری‌ها و در نهایت درمان بیماران جامعه هستند. بروز این امر می‌تواند به علت احساس نیاز کم بیماران نسبت به پزشک خانواده باشد، زیرا بیش‌تر روستاییان نیازهای بهداشتی و درمانی خود را از طریق پزشکان مراکز بهداشتی درمانی شهری، بیمارستان و سایر مراکز برطرف می‌کنند (۱۵). محافظه‌کاری برخی از پزشکان خانواده در پاسخگویی به سؤالات، دسترسی دشوار به مدیران با توجه به نوع کار و تعداد کم پژوهش‌های مرتبط با موضوع از جمله محدودیت‌ها و مشکلات مطالعه بود. برای حل این مشکلات، ضمن توجیه پرسنل در مورد اهداف مطالعه، در مورد محرمانه بودن اطلاعاتشان به آن‌ها اطمینان داده شد. از سوی دیگر، پیگیری‌های مکرر به منظور افزایش صحت داده‌ها صورت پذیرفت. هم‌چنین سنجش عملکرد با استفاده از پرسشنامه و چک لیست به تنهایی کفایت نمی‌کند لذا شایسته است با بررسی شاخص‌های دوره‌ای و مشاهده اسناد و مدارک و ارزشیابی‌های مقطعی به نتایج دقیق‌تر نائل آمد. به منظور بهبود مشارکت جامعه روستایی، تشکیل کمیته شورای راهبردی جهت برنامه‌ریزی و هماهنگی کلیه واحدهای ستادی به منظور اجرای بهتر برنامه‌های بهداشتی رابطان سلامت، تشکیل جلسات منظم هیات‌امنا به صورت ماهانه و در راستای رفع مشکلات سلامتی منطقه تحت

## References

1. Chaman R, Amiri M, Raei M, Alinejad M, Nasrollahpour Shirvani SD. National Family

Physician Program in Shahroud: Assessing Quality of Implementation and Condition of



- Settings. Hakim 2011; 14(2): 123-129 (Persian).
2. Mohtasham Amiri Z, Taheri M, Rahimi H, Jalali M, Dadashi A, Ehsani M. Family physicians attitudes towards CME training electronic site in guilan-2010. Research in Medical Education 2011; 3(2):52-57 (Persian).
  3. Torabian S, Cheraghi MA, Azarhomayoon A. Family physician program: physicians' satisfactions in Hamadan, Iran. Payesh 2013; 12(3): 289-296 (Persian).
  4. 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 2011; 13(6): 36-39 (Persian).
  5. Khosravi S, Asadi L, Amiresmaeili M, Jafari Sirizi M, Mirzaei S, Khosravi Sh. Study of satisfaction rate from family physicians performance in rural areas of bardsir in 2013: a short report. J Rafsanjan Univ Med Sci 2014; 15(3): 489-494 (Persian).
  6. Motlagh ME, Nasrolahpour Shirvani SD, Ashrafiyan Amiri H, kabir MJ, Shabestani Monfared A, Nahvijoui A, et al. familiarity of rural people engaged in rural assurance towards principles, facilities, and conditions of rural assurance in family physician program in Northern provinces of iran-2008. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences 2010; 2(2-3): 33-38.
  7. Alipour A, Habibian N, Tabatabaee SHR. Evaluation the Impact of Family Physician Care Program on Family Planning in Sari from 2003 to 2007. Iranian Journal of Epidemiology 2009; 5(1): 47-55 (Persian).
  8. Jannati A, Maleki M, Gholizade M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. Knowledge & Health 2010; 4(4): 39-44 (Persian).
  9. Motlagh E, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafiyan Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Nahvijoy A. Satisfaction of Family Physicians (FPs) about Effective Factors on Activation of FP Program in Medical Universities. Journal of Guilan University of Medical Sciences 2011; 19(76): 48-55 (Persian).
  10. Moattari M, Fallahzade MH. Senior Medical Students' Self Evaluation of their Capability in General Competencies in Shiraz University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Education 2008; 7(2): 371-377 (Persian).
  11. Executive guideline of rural health insurance and Family physician plan in rural. Ministry of health, Islamic Republic of Iran, version 15; 2014.
  12. Karimi M, Mirzaei M, Rahim Z. Educational needs of family physicians in Yazd province. The Journal of Medical Education and Development 2012; 6(1): 39-46.
  13. Jabari A, Sharifirad Gh, Shokri A, Bahmanziari N, Kordi A. Overview of the Performance of Rural Family Physician in Iran. Health Inf Manage 2013; 9(7): 1132-1145 (Persian).
  14. Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring Performance of Family Physicians in Yazd. The Journal of Toloue Behdasht 2009; 6(26): 16-26.
  15. Afkar A, Pourreza A, Khodabakhshinejad V, Mehrabian F. Family physician performance from the perspective of gilani customers. JHOSP 2013; 12(1): 39-48.
  16. Joolae H, Alizadeh M, Fallahzadeh 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* 2011; 7 (2):92-98.
17. Managheb SE, Jaafarian J, Firouzi H. The effect of communication skills training based on Calgary-Cambridge guideline on knowledge, attitude and practice of family physician of Jahrom University of medical sciences 2007. *Journal of Jahrom University of medical Sciences* 2008; 6(2): 74-84.
18. Tobayy Sh, dehbozorge Gh. Demands and expectations of patients investigated physicians of internal medicine, psychiatry and surgery. *Med J Hormozgan* 2004; 8(1): 41-47 (Persian).