

تأثیر بیتوته بر شاخص‌های عملکرد پزشکان خانواده روستایی مراکز بهداشتی-درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی جیرفت و کرمان

بابک نعمت شهربابکی^۱، سیدجمال‌الدین طبیبی^۲، محمدرضا امیراسماعیلی^۳، آرزو فلاحی^۴

چکیده

مقدمه: دسترسی به پزشکان خانواده در سلامت افراد و شاخص‌های بهداشتی نقش مهمی دارد. هدف این مطالعه تعیین تأثیر بیتوته پزشکان خانواده بر شاخص‌های عملکرد پزشکان خانواده روستایی مراکز بهداشتی-درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی جیرفت و کرمان بود.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۲ انجام شد. ۲۶ پزشک دارای بیتوته و ۲۶ پزشک بدون بیتوته با روش نمونه‌گیری سیستماتیک از مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان‌های جیرفت و کرمان انتخاب شدند. اطلاعات دموگرافیک پزشکان، اطلاعات مورد نیاز مراکز بهداشتی و شاخص‌ها جمع‌آوری و تکمیل شد. شاخص‌های متوسط بار مراجعه به پزشک، دهگردشی انجام شده و تشکیل پرونده محاسبه گردید. اطلاعات گردآوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری ANOVA، تی تست، پیرسون و کای دو تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: بین دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک تفاوت معناداری مشاهده نشد. مقایسه بین دو گروه از طریق آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین نمرات شاخص‌های درصد تشکیل پرونده ($P=0/05$) و درصد دهگردشی ($P=0/001$) تفاوت آماری معناداری داشت که میانگین این شاخص‌ها در گروه با بیتوته نسبت به گروه بدون بیتوته بیشتر بود. متوسط بار مراجعه اختلاف آماری معناداری را در دو گروه نشان نداد ($P=0/35$).

بحث و نتیجه‌گیری: بعضی استراتژی‌ها از قبیل افزایش تعداد مراکز بهداشتی-درمانی دارای بیتوته، تأمین وسیله نقلیه، فضاهای فیزیکی مطلوب و تجهیزات مورد نیاز برای بهبود شاخص‌ها لازم هستند.

واژگان کلیدی: بیتوته، پزشکان خانواده، شاخص‌های عملکردی، مرکز بهداشتی-درمانی

مقدمه

با افزایش روزافزون جمعیت جهان و بالا رفتن انتظارات انسان برای داشتن رفاه کامل اجتماعی، مسئله بهداشت و درمان یکی از مهمترین مسائل موجود در سلامتی است (۱). با توجه به این که سلامت از حقوق اولیه افراد جامعه می‌باشد، دولت موظف به تأمین آن به طور برابر با رعایت عدالت

است (۲). نظام سلامت در کشور از طریق ارائه خدمات سلامت به انجام رسالت خود در جامعه اقدام می‌نماید (۳). یکی از کارهایی که در این زمینه صورت گرفته تدوین آیین نامه نظام ارجاع و پزشک خانواده بود که در سال ۱۳۸۴ در روستاها به اجرا گذاشته شد (۴). برنامه پزشک خانواده، به منظور دسترسی راحت و مناسب به خدمات سلامت از

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

۲- استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۴- استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

Email: sjtabibi@yahoo.com

نویسنده‌ی مسئول: سید جمال‌الدین طبیبی

آدرس: تهران، حصارک، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، دانشکده اقتصاد و مدیریت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی / تلفن/ فاکس: ۰۲۱-۲۲۰۵۷۶۷۴

اواسط سال ۱۳۸۴ با همکاری سازمان بیمه خدمات درمانی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در روستاها و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر به اجرا درآمد (۵). در این برنامه، سلامت‌نگری محور فعالیت‌های پزشک بوده و هدف کلی، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و آرایه خدمات سلامتی در حدود بسته تعریف شده، به فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش، صرف نظر از تفاوت‌های سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و خطر بیماری است (۲). پزشک عمومی و تیم وی، مسئولیت کامل سلامت افراد و خانواده‌های تحت پوشش خود را بر عهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز به عهده دارد (۸-۶). همچنین افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیر ضروری در بازار سلامت، کاهش اقلام دارویی مصرفی، افزایش پوشش خدمات، اولویت دادن به بینش سلامت نگر به جای درمان‌نگر در ارائه خدمت با محوریت پزشک خانواده اجرا شد (۹). مطالعات در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که پزشک خانواده با شاخص‌های رضایت، سلامت و هزینه‌ها ارتباط دارد (۱۲-۱۰)، بیمارانی که به پزشک خانواده مراجعه می‌کنند، هزینه کمتری برای مراقبت‌های بهداشتی - درمانی دارند (۱۵). پزشکان خانواده به عنوان یکی از ابزارهای دسترسی سریع و به موقع جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده روستایی در ساعات غیر اداری بوده که به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار در شاخص‌های مراکز بهداشتی - درمانی است (۱۱، ۹) و در این بین بیتوته پزشکان خانواده در مراکز بهداشتی - درمانی به منظور ارتباط بیشتر با جمعیت تحت پوشش و ارائه خدمات

درمانی و پزشکی به آنان در ساعات غیر اداری و تعطیل حائز اهمیت است (۱۸-۱۶). منظور از بیتوته پزشک، ماندن پزشک خانواده در محل خدمت در مراکز بهداشتی - درمانی در ساعات غیر اداری و ایام تعطیل است که در این ساعات نیز پزشک در محل زیست خود در مرکز محل کار حضور دارد و در صورت مراجعه افراد به مرکز مؤظف است نسبت به ارائه خدمات به ایشان اقدام نماید. مطالعات در ایران و سایر کشورها بیانگر آن است که میزان عدم رضایت افراد از خدمات پزشک خانواده تا حدود زیادی به عدم دسترسی و نبود همیشگی پزشک به دلیل عدم بیتوته در مناطق روستایی بستگی دارد و خواستار دسترسی بودن همیشگی پزشک در ارائه خدمات بوده‌اند (۱۴-۱۲). پژوهش‌هایی در زمینه تأثیر پزشک خانواده بر شاخص‌های بهداشتی و عملکردی مراکز انجام شده است (۱۲، ۲)، اما مطالعه ای جهت بررسی تأثیر بیتوته بر شاخص‌های عملکرد پزشکان خانواده روستایی مراکز بهداشتی - درمانی در ایران یافت نشد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر بیتوته پزشکان بر شاخص‌های عملکردی پزشکان خانواده روستایی مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی جیرفت و کرمان انجام شد. نتایج حاصل از این پژوهش، امکان تصمیم‌گیری در زمینه الزام پزشکان خانواده به بیتوته در مراکز بهداشتی - درمانی محل خدمت در ساعات غیر اداری و تأثیر آن بر شاخص‌های بهداشتی عملکردی پزشکان و منطقه تحت پوشش به منظور مدیریت برنامه در آینده و ایجاد شرایط بهتر برای استفاده از پزشکان خانواده در پیشبرد اهداف عالی بهداشتی - درمانی را فراهم می‌کند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مقطعی است و در سال ۱۳۹۲ در دانشگاه‌های علوم پزشکی کرمان و جیرفت انجام گردید. محقق پس از اخذ مجوز و هماهنگی با معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کرمان و جیرفت، لیست کلیه مراکز مجری برنامه پزشک خانواده روستایی و نوع مراکز آن‌ها را اخذ نموده و پس از کسب اجازه از مسئولین مربوطه به معرفی خود و بیان هدف مطالعه برای آنان و مراجعه کنندگان مبادرت نمود. در صورت تکمیل فرم اخلاقی و موافقت جهت شرکت در مطالعه، زمان و مکان انجام مصاحبه مشخص و موازین اخلاقی گمنام ماندن، محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری در زمان دلخواه و کسب رضایت آگاهانه توضیح داده و اجرا شد.

قبل از انجام مطالعه، مراکز از نظر داشتن یا نداشتن بیتوته و سابقه مدت زمان خدمت پزشکان خانواده در مرکز فعلی محل خدمت بررسی شدند. معیارهای ورود پزشکان خانواده شامل سابقه حداقل یک سال و بالاتر از یک سال در مرکز محل اشتغال فعلی و تمایل جهت شرکت در مطالعه بود. از بین ۸۴ نفر پزشک، ۵۲ نفر واجد سنوات کافی در مرکز محل خدمت فعلی بودند، کل آنان در مطالعه وارد شده و به دو گروه با بیتوته شامل پزشکانی که دارای بیتوته (۲۶ پزشک) و گروه بدون بیتوته شامل پزشکانی که فاقد بیتوته در مراکز بهداشتی - درمانی مجری برنامه پزشک خانواده بودند (۲۶ پزشک) تقسیم شدند.

در این مطالعه شاخص‌های عملکرد یک ساله پزشکان خانواده مورد نظر از ابتدای شش ماهه دوم سال ۱۳۹۱ تا پایان شش ماهه اول سال ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار گرفت. بعد از هماهنگی‌های لازم فرم

جمع‌آوری اطلاعات در دو بخش تهیه شد. بخش اول شامل سؤالات دموگرافیک پزشکان شامل جنس، سن، بومی بودن در شهرستان محل خدمت، تأهل، سنوات، مبلغ قرارداد، تعداد پزشک مرکز و جمعیت تحت پوشش پزشک بود که توسط خود پزشک تکمیل گردید.

بخش دوم شامل داده‌های خام موردنیاز جهت محاسبه شاخص‌های متوسط بار مراجعه (تعداد مراجعین سرپایی به پزشک خانواده روستایی در طول یک سال تقسیم بر جمعیت تحت پوشش آن پزشک خانواده روستایی در همان سال در مرکز بهداشتی - درمانی)، درصد دهگردشی‌های انجام شده توسط پزشک (برابر است با تعداد دهگردشی انجام شده در مدت زمان مشخص تقسیم بر تعداد دهگردشی مورد انتظار در همان فاصله زمانی ضربدر صد) و درصد تشکیل پرونده سلامت (تعداد پرونده سلامت خانوار تشکیل شده تقسیم بر تعداد خانوار تحت پوشش هر پزشک خانواده روستایی ضربدر عدد صد) بود که با همکاری کارشناسان گسترش ستاد شهرستان‌ها تکمیل گردید.

اطلاعات فرم‌های مذکور پس از تکمیل، جمع‌آوری شده و شاخص‌های مورد نظر با استفاده از فرمول‌های استاندارد تعریف شده وزارتخانه برای هر شاخص توسط محققین استخراج شده و اطلاعات گردآوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری ANOVA، تی تست، پیرسون و کای دو تجزیه و تحلیل شد. قبل از استفاده از آزمون‌ها، نرمال بودن شاخص‌ها تأیید شد.

نتایج

متغیرهای دموگرافیک کمی و کیفی پزشکان خانواده

سنوات خدمت) تفاوت آماری معناداری وجود ندارد. همچنین نتایج آزمون ANOVA و تی تست بیانگر عدم ارتباط آماری معنادار بین متغیرهای جنس، سن، وضعیت تأهل و سنوات خدمت با شاخص‌های عملکردی در دو گروه به طور جداگانه بودند.

در دو گروه با بیتوته و بدون بیتوته در جداول ۱ و ۲ نشان داده شده است. نتایج آزمون کای دو و تی تست در جداول ۱ و ۲ نشان می‌دهد که در دو گروه پزشکان با بیتوته و گروه بدون بیتوته از لحاظ متغیرهای دموگرافیک (جنس، سن، وضعیت تأهل و

جدول ۱: بررسی و مقایسه گروه‌های با بیتوته و بدون بیتوته از نظر متغیرهای دموگرافیک کیفی در پزشکان

متغیر	گروه	با بیتوته		بدون بیتوته		P-value (آزمون χ^2)
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس	زن	۱۶	۴۷/۱	۱۸	۵۲/۹	۰/۵۶
	مرد	۱۰	۵۵/۶	۸	۴۴/۴	
وضعیت سکونت	بومی شهرستان محل خدمت	۲	۲۸/۶	۵	۷۱/۴	۰/۲۲
	غیر بومی در شهرستان محل خدمت	۲۴	۵۳/۳	۲۱	۴۶/۷	
نوع استخدام	پیمانی و رسمی	۱۰	۶۰	۶	۴۰	۰/۳۱
	قراردادی	۸	۳۶/۴	۱۴	۶۳/۶	
	طرح خدمات پزشکان و پیراپزشکان	۸	۵۷/۱	۶	۴۲/۹	

جدول ۲: بررسی و مقایسه گروه‌های با بیتوته و بدون بیتوته از نظر متغیرهای دموگرافیک کمی در پزشکان

متغیر	گروه	با بیتوته		بدون بیتوته		P-value (t-test)
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن		۳۳/۱۵	۵/۴۶	۳۵/۹۶	۵/۶۲	۰/۰۸
میزان حقوق (به میلیون تومان)		۳/۳۳	۱/۲۷	۲/۹۳	۱/۵۶	۰/۳۲
سنوات خدمت در برنامه پزشک خانواده روستایی (به ماه)		۴۰/۳۰	۳۱/۳۰	۵۳/۱۱	۲۹/۳۴	۰/۱۳
سنوات خدمت در برنامه پزشک خانواده روستایی (به ماه) در مرکز محل خدمت کنونی		۲۹/۹۶	۲۱/۸	۳۷/۴۶	۱۹/۷	۰/۲۴

پرونده در افراد با حقوق کم ۱۶/۱، در افراد با حقوق متوسط ۲۰/۳ و در افراد با حقوق خوب ۲۴/۸ مشاهده نشد ($P=۰/۳۲$).

مقایسه بین دو گروه از طریق آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین نمرات شاخص‌های درصد تشکیل پرونده و درصد دهگردشی تفاوت آماری معناداری داشته و میانگین این شاخص‌ها در گروه با بیتوته نسبت به گروه بدون بیتوته بیشتر بود. اما در متوسط

آزمون ANOVA نشان داد که در گروه با بیتوته پزشکان با حقوق بیشتر (میزان حقوق به متغیر کیفی چند حالتی تبدیل شد) تعداد پرونده‌های بیشتری را تکمیل کردند و این دو متغیر رابطه آماری معناداری داشتند ($P=۰/۰۴$)، به طوری که میانگین تشکیل پرونده در افراد با حقوق کم ۲۰/۱، در افراد با حقوق متوسط ۲۷/۸ و در افراد با حقوق خوب ۳۲/۱ بود. اما این ارتباط در گروه بدون بیتوته (میانگین تشکیل

بار مراجعه اختلاف آماری معناداری را در دو گروه نشان نداد (جدول ۳).

جدول ۳: بررسی و مقایسه شاخص‌های عملکردی در دو گروه پزشکان با بیتوته و بدون بیتوته

P - Value (t-test)	بدون بیتوته		با بیتوته		گروه متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
P=۰/۳۵	۰/۳۵	۱/۳۶	۰/۵۸	۱/۴۸	متوسط بار مراجعه
P=۰/۰۰۱	۴/۳۴	۲۱/۷۱	۳/۷۹	۲۸/۱۲	دهگردشی
P=۰/۰۰۱	۲/۲۸	۸۶/۳۵	۴/۲۱	۹۰/۷۰	تشکیل پرونده

مراجعه با دهگردشی و تشکیل پرونده رابطه آماری معناداری مشاهده نشد (جدول ۴).

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین تشکیل پرونده با درصد دهگردشی ارتباط آماری مستقیمی وجود داشته اما بین شاخص‌های بار

جدول ۴: همبستگی بین شاخص‌های عملکردی پزشکان خانواده

شاخص‌ها	بار مراجعه	دهگردشی	تشکیل پرونده
بار مراجعه	۱		
دهگردشی	-۰/۰۴	۱	
	P=۰/۰۸		
تشکیل پرونده	۰/۱۹	۰/۲۹	۱
	P=۰/۰۶	P=۰/۰۳	

بحث

هدف از این پژوهش تعیین تأثیر بیتوته بر شاخص‌های عملکرد پزشکان خانواده روستایی مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی جیرفت و کرمان بود. در این مطالعه برای اولین بار در ایران تأثیر بیتوته بر شاخص‌های متوسط بار مراجعه، درصد دهگردشی‌های انجام شده توسط پزشک و درصد تشکیل پرونده سلامت بررسی شده است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین بار مراجعه در دو گروه پزشکان با بیتوته و بدون بیتوته اختلاف آماری معناداری نداشته است. Kinchen و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که احتمالاً در دسترس بودن پزشکان در محل، یکی از عوامل مهم

مراجعه بیماران به پزشکان و نیز ارجاع آنان به سطوح بالاتر است (۱۹). هر چند اختلاف معناداری در بار مراجعه در دو گروه مشاهده نشد، اما می‌توان این احتمال را داد که حضور پزشک به مدت طولانی در مرکز و به عبارتی بیتوته او در محل موجب افزایش متوسط بار مراجعه و دفعات ویزیت شده و این ممکن است یکی از عوامل شناسایی به موقع و سریع بیماری‌ها و پیشگیری از عوارض بعدی و پیگیری آن‌ها باشد و این بر ایجاد امکانات و تسهیلات مورد نیاز جهت بیتوته پزشکان تأکید دارد. مطالعه Mainous و همکاران نشان داد که از دیگر عوامل مؤثر در متوسط بار مراجعه و ویزیت توسط پزشکان،

بومی بودن آن‌ها می‌باشد (۲۰).

به علاوه مهارت‌های ارتباطی پزشک، امنیت و حفظ حریم شخصی بیمار، تجارب و تخصص پزشک در زمینه بیماری و جنس پزشک در مراجعه و ویزیت توسط پزشک حایز اهمیت می‌باشد. با توجه به موارد بالا در صورتی که موانع و عوامل سد کننده در مراجعه به پزشک و ویزیت شناسایی شود می‌توان مداخلات متناسب با این عوامل را شناسایی و در رفع آنان اقدام کرد (۱۹). علیدوستی و همکاران نیز در مطالعه خود گزارش کردند که اکثر افراد شرکت کننده در مطالعه نسبت به در دسترس بودن پزشک اظهار نارضایتی کرده و این را به دلایل عدم بومی بودن و مشکلات جابه‌جایی پزشکان از مناطق شهری به روستایی می‌دانستند (۲۱). آنان در مطالعه خود به طور مستقیم به واژه بیتوته اشاره نکرده و آن را با بار مراجعه مقایسه نکرده‌اند. این در حالی است در مطالعه حاضر به دو نکته مذکور توجه شده است.

طبق نتایج مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که بومی بودن پزشکان در مراجعه بیماران به مراکز بهداشتی-درمانی یا بار مراجعه، اعتماد و پاسخ به درمان بیماران و نیز رفتن آنان به سطوح بالاتر ارجاع نقش خواهد داشت. ذکر این نکته لازم است که نباید افزایش متوسط بار مراجعه پزشکان دارای بیتوته در مراکز بهداشتی-درمانی را دلیلی بر بهتر بودن عملکرد تیم سلامت دانست. همچنین پایین بودن متوسط بار مراجعه به تنهایی دلیلی بر بهبود عملکرد تیم سلامت نمی‌تواند باشد. اما در کنار بهبود سایر شاخص‌های بهداشتی می‌تواند معرف عملکرد بهداشتی بهتر پزشک و تیم سلامت باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین شاخص درصد دهگردشی‌های انجام شده در دو گروه با بیتوته

و بدون بیتوته اختلاف آماری معناداری دارد. حلیمی و مطلق در بررسی خود با عنوان بررسی وضعیت دهگردشی پزشک خانواده و عوامل مؤثر بر آن در مراکز بهداشتی-درمانی مجری برنامه پزشک خانواده در استان همدان گزارش کردند که اکثر پزشکان خانواده دهگردشی را انجام داده و ۷۶ درصد دهگردشی مطلوب و ۲۴ درصد دهگردشی نامطلوب داشته‌اند. به طور کل عدم انجام دهگردشی از مجموع شهرستان‌های استان همدان، ۸/۴۷ درصد و انجام دهگردشی، ۹۱/۵۳ درصد بوده است (۲۲). آنان در بررسی خود بیان کردند که مهمترین علت عدم انجام دهگردشی عدم وجود به موقع وسیله نقلیه بوده است. ارتباط متغیرهای عمومی پزشک و متغیرهای کلی مراکز بهداشتی-درمانی با دهگردشی، وضعیت استخدام ماما، تعداد خانه‌های بهداشت تحت پوشش، نوع جاده روستایی، وضعیت وسیله نقلیه از نظر دولتی و خصوصی بودن، تعداد و نوع خودرو، تعداد بازدید واحدهای ستادی مرکز بهداشت شهرستان با دهگردشی رابطه معنی‌داری وجود دارد (۲۲). در مطالعه حاضر به ارتباط تأثیر بیتوته با دهگردشی و نیز ارتباط آن با دو شاخص بار مراجعه و تشکیل پرونده سلامت اشاره شده، در حالی که در مطالعه نام برده و نیز سایر مطالعات به نکات فوق اشاره‌ای نشده است. با توجه به این که مراکز دارای بیتوته به دلیل دوری از مرکز شهرستان اکثراً به وسیله نقلیه مجهزند، دهگردشی این مراکز معمولاً طبق برنامه‌ریزی صورت می‌گیرد. همچنین پزشکان این مراکز به دلیل اقامت دائم و فاصله نزدیکتر بین محل زندگی و روستاهای مقصد، تمایل بیشتری به انجام دهگردشی دارند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین شاخص درصد تشکیل پرونده سلامت در دو گروه با بیتوته و

بدون بیتوته اختلاف آماری معناداری دارد. بررسی‌ها نشان می‌دهند که استفاده از پرونده‌های سلامت به ویژه فرم الکترونیک آن توسط پزشکان خانواده و در کل جهان در حال افزایش است (۲۳، ۲۴). هیچ مطالعه‌ای تأثیر بیتوته را بر شاخص درصد تشکیل پرونده سلامت بررسی نکرده است. اما Xierali و همکاران در مطالعه خود در آمریکا نشان دادند که کار در مناطق محروم و کمبود متخصصان تیم سلامت در ناحیه جمعیتی تحت پوشش، استفاده و تشکیل پرونده‌های سلامت را با مشکل مواجه کرده است. از طرفی تشکیل این پرونده‌ها در مناطق شهری و روستایی تفاوت آماری معناداری با هم نداشته است (۲۳).

از یافته‌های این مطالعه می‌توان این گونه استنباط کرد که احتمالاً بیتوته پزشکان خانواده در مناطق روستایی تأثیری در افزایش و تشکیل پرونده‌های سلامت دارد. از طرفی چنانچه شرایط و امکانات در مناطق محروم فراهم شده و کمبود نیروی انسانی تیم سلامت جبران گردد، پزشکان می‌توانند زمان بیشتری را در شرایط مناسب درمانی به تشکیل و استفاده از این پرونده‌ها اختصاص دهند.

پرونده‌های سلامت ابزاری مفید و اصولی جهت بررسی تاریخچه و جزئیات بیماری، تعیین دوره‌های مراقبت بهداشتی، ارائه مراقبت‌ها و درمان‌های بهتر و با کیفیت‌تر به بیماران توسط پزشکان، منبعی مفید جهت اطلاع دیگر افراد به ویژه خود بیماران، کارشناسان و مراقبان بهداشتی از بیماری، ابزاری مفید جهت ارزیابی فرآیندهای مراقبت، منابع مفیدی برای خود ارزیابی پزشکان، تحقیقات بهداشتی و ابزاری مناسب برای استفاده هماهنگ و مناسب از مدل‌های مراقبتی بیمار و نیز مدارکی قانونی و مستند برای

مواقع نیاز در مکان‌هایی مانند دادگاه‌ها و مراجع قضایی می‌باشند. با توجه به موارد بالا نوشتن، جمع آوری و بایگانی کردن این اطلاعات باید مورد توجه بوده و سیاست‌های خاصی برای آن اعمال کرد (۲۴). مطالعات نشان داد که عواملی از قبیل سن، جنس، ویژگی‌های تخصصی و عملی پزشکان خانواده در تشکیل و استفاده از پرونده‌های سلامت تأثیر گذار بوده و همچنین مراکز با بیش از یک پزشک و پزشکان جوان تمایل بیشتر و پزشکان زن تمایل کمتری به استفاده و تشکیل پرونده‌های سلامت داشتند (۲۴).

یکی از عللی که پزشکان خانواده تمایل کمتری به استفاده و تشکیل پرونده‌های سلامت دارند بحث هزینه و نیروی انسانی است. در این راستا برنامه‌ها و سیاست‌های تشویقی دولت و سازمان‌های بهداشتی-درمانی می‌تواند بر موانع موجود در این زمینه غلبه کرده و عاملی انگیزشی برای پزشکان در استفاده و تشکیل پرونده‌های سلامت باشد (۲۴).

با توجه به یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت که پزشکان دارای بیتوته به دلیل داشتن زمان بیشتر، عدم رفت و آمد مکرر به محل خدمت، حضور به موقع در محل کار و در نتیجه اختصاص زمان بیشتر به افراد مراجعه کننده می‌توانند زمانی را برای تشکیل پرونده در نظر بگیرند. همچنین پزشکان در مراکز دارای بیتوته به دلیل ارتباط بیشتر با پرسنل و مردم در محل خدمت نسبت به شناسایی و تشکیل پرونده خانوارهای جدید عملکرد بهتری دارند. عدم ازدحام جمعیت در مراکز دارای بیتوته در ساعات اداری به دلیل اطمینان از حضور پزشک در تمام مدت شبانه روز و دسترسی به پزشک در شرایط اورژانس باعث می‌گردد که پزشکان زمان بیشتری جهت تشکیل

پرونده خانوارهای فاقد پرونده سلامت داشته باشند. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین تشکیل پرونده با دهگردشی ارتباط آماری مستقیمی وجود دارد. با توجه به ارتباط آماری معنادار مستقیم بین تعداد دهگردشی و درصد تشکیل پرونده این گونه می‌توان توضیح داد که احتمالاً در هنگام دهگردشی خانوارهایی که به دلیل سالخوردگی، عدم توان در مراجعه و یا همچنین عدم تمایل مراجعه به مرکز بهداشتی - درمانی فاقد پرونده سلامت بودند، شناسایی شده و پرونده سلامت برای آن‌ها با همکاری بهروز و سایر پرسنل تیم سلامت تشکیل می‌گردد.

از محدودیت مطالعه حاضر جابه‌جایی مکرر پزشکان خانواده و ایجاد مشکل در سنجش دقیق شاخص‌های عملکردی بود. اما محققین حداکثر تلاش خود را برای جمع‌آوری صحیح اطلاعات انجام دادند.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که شاخص‌های عملکردی مورد بررسی در مراکز بهداشتی - درمانی دارای بیتوته وضعیت بهتری نسبت به مراکز فاقد بیتوته دارند و بیتوته پزشکان خانواده عامل مؤثری در افزایش این شاخص‌ها و در نهایت ارتقاء سلامت افراد تحت پوشش می‌باشد. به منظور بهبود شاخص‌های عملکردی پزشکان و دسترسی آسان مردم به

مراقبت‌های بهداشتی - درمانی در ساعات غیر اداری، گام‌های مؤثری همچون افزایش تعداد مراکز بهداشتی - درمانی دارای بیتوته و فراهم نمودن شرایط و امکانات مورد نیاز در این مراکز مانند، تأمین به موقع نیازهای مراکز به خصوص وسیله نقلیه، فضاهای فیزیکی مطلوب و تجهیزات مورد نیاز پیشنهاد می‌شود. با توجه به این که عوامل مؤثر زیادی از جمله فضای فیزیکی مطلوب، وسیله نقلیه و تجهیزات مورد نیاز بر شاخص‌های مراکز بهداشتی - درمانی و بیتوته پزشکان خانواده تأثیر گذار هستند و با چنین مطالعاتی به درستی نمی‌توان دریافت که تفاوت در شاخص‌های حاصل نتیجه بیتوته پزشکان در مراکز است، باید مطالعات بیشتری در این زمینه صورت گرفته و عوامل اصلی و تأثیرگذار بر روی شاخص‌ها معین گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران می‌باشد. نویسندگان برخود لازم می‌دانند از کلیه پزشکان، اعضای تیم سلامت و کارشناسان مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی جیرفت و کرمان که در اجرای این طرح یاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Ministry of Health and Medical Education. Practical Guidelines for the Family Physician Program and Rural Insurance in 2006. 1th ed. Tehran: Ministry of Health Publications; 2007. p. 7-9.
2. Jabari A, Sharifirad GR, Shokri A, Bahman Ziari N, Kordi A. Overview of the performance of rural family physician in Iran. Health Inf Manage. 2013; 9(7): 1132-45. Persian.
3. Ashi S, Roholahi S. Nutrition and family health services. Tehran: Baghe Rezvan; 2006. Persian.
4. Hafezi Z, Asqari RA, Momayezi M. Monitoring performance of family physicians in Yazd. Toloee Behdasht. 2009; 6(1-2): 16-26. Persian.
5. 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. Persian.

6. Janati A, Gholamzade-Nikjo R, Portalleb A, Gholizade M. Survey of Mashhad family physicians satisfaction with family medicine programme. *Zahedan J Res Med Sci*. 2012; 13(10): 39.
7. Alfuth R, Barnard CP. Family physicians and family therapists: understanding the interdependent synergism. *Contemporary Family Therapy*. 2000;22(3):277-53.
8. Jannati A, Maleki MR, Gholizade M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program. *Journal of Knowledge & Health*. 2010; 4(4): 39-44. Persian.
9. 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- 29. Persian.
10. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pazarin-Rua MI, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*. 2006 Jun;23(3):308-16.
11. Raeissi P, Ghorbani A, Tabarraie Y. 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):69-76. Persian.
12. Barati A, Maleki MR, Gohari MR, Kabir MJ, Amiesmaeli MR, Abdi Zh. The impact of family physician program on health indicators in Iran (2003-2007). *Payesh Journal*. 2013; 11(3): 361-3. Persian.
13. Stock Keister MC, Green LA, Kahn NB, Phillips RL, McCann J, Fryer GE. What people want from their family physician. *Am Fam Physician*. 2004 May 15;69(10):2310.
14. Himmel W, Dieterich A, Kochen MM. Will German patients accept their family physician as a gatekeeper? *J Gen Intern Med*. 2000 Jul;15(7):496-502.
15. De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset C, Heyerick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Ann Fam Med*. 2003 Sep-Oct;1(3):144-8.
16. Ministry of Health and Medical Education, Deputy of Health. Center for Network Control. Practical Guidline for Family Physician and Rural Insurance in 2012 and 2013. [cited 2014 Feb 4] Available from: http://health.sbmu.ac.ir/uploads/Instruction_13-91.pdf
17. Lam JM, Anderson GM, Austin PC, Bronskill SE. Family physicians providing regular care to residents in Ontario long-term care homes: characteristics and practice patterns. *Can Fam Physician*. 2012 Nov;58(11):1241-8.
18. Azizi J, Karimyar Jahromi M, Hojat M. Assessment of Darab County Villagers' Satisfaction with Family Doctor Functions from Different Aspects. *J Fasa Univ Med Sci*. 2012; 2(3):193-8 Persian.
19. Kinchen KS, Cooper LA, Levine D, Wang NY, Powe NR. Referral of patients to specialists: factors affecting choice of specialist by primary care physicians. *Ann Fam Med*. 2004 May-Jun;2(3):245-52.
20. Mainous AG, Smith DW, Geesey ME, Tilley BC. Factors influencing physician referrals of patients to clinical trials. *J Natl Med Assoc*. 2008 Nov;100(11):1298-303.
21. Alidoosti M, Tavassoli E, Delara 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.
22. Halimi L, Motlagh T. The status of family physician's village visits and related Factors in health centers executing the family physician program in Hamedan city. *Knowledge & Health Journal*. 2010; 5: 211. Persian.
23. Xierali IM, Phillips RL, Green LA, Bazemore AW, Puffer JC. Factors influencing family physician adoption of electronic health records (EHRs). *J Am Board Fam Med*. 2013 Jul-Aug;26(4):388-93.
24. College of Physicians and Surgeons of Ontario. medical records; 2000. [cited 2014 Jul 2] Available from: https://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/policies/policyitems/medical_records.pdf

The Effect of Lodge on Performance Indicators of Rural Family Physicians in Health Care Centers of Jiroft and Kerman Universities of Medical Sciences

Babak Nemat Shahrabaki¹, Seyed Jamaledin Tabibi², Mohammadreza Amiresmaili³,
Arezoo Fallahi⁴

Abstract

Background: Access to family physicians plays an important role in individuals' health and health indicators. This study aimed to determine the effect of family physicians lodge on performance indicators of rural family physicians working in health centers of Jiroft and Kerman Universities of Medical Sciences.

Methods: In this cross - sectional study conducted in 2013, 26 lodge physicians (as the case group) and 26 non lodge physicians (as the control group) were selected by systematic sampling from health centers of Jiroft and Kerman Universities of Medical Sciences. Demographic information of physicians and data related to health centers and indicators were collected. Average times visiting a physician, village visit and forming health files indicators were calculated. Data were analyzed using ANOVA, t-test, chi-square and Pearson coefficient of correlations and through SPSS 16 software package.

Results: There was no significant difference between the two groups in regard to demographic variables. According to t-test, there was statistically significant differences between the two groups in percentage of forming health files ($P=0.05$) and percentage of village visits ($P=0.001$); and the mean of these indicators in lodge physicians was more than that in the non- lodge physicians and there was no significant difference between the two groups in average times visiting a physician ($P=0.35$).

Conclusion: Some strategies such as increasing the number of lodge health centers, providing transportation facilities, suitable physical spaces and equipment seem necessary in order to improve indicators.

Keywords: Lodge, Family physicians, Performance indicators, Health centers

1- MSc Student , Department of Health Service Management, Faculty of Economics and Management, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

2- Professor, Department of Health Service Management, Faculty of Economics and Management, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Research Center for Health Services Management, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4- Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Corresponding Author: Seyed Jamaledin Tabibi **Email:** sjtabibi@yahoo.com

Address: Department of Health Service Management, Faculty of Economics and Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Hesarak, Tehran, Iran

Tel/Fax: 021-22057674