



## مقایسه شاخصهای مدیریت خدمات بهداشتی روستایی قبل و بعد از اجرای پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان یزد در سال ۹۲

نویسندگان: محمدرضا اعلائی اردکانی<sup>۱</sup> سمیه حسام<sup>۲</sup> شقایق وحدت<sup>۲</sup>

۱. نویسنده مسئول: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات فارس، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

تلفن: ۰۹۱۳۳۵۲۰۹۰۶ Email: mr.aalaei@yahoo.com

۲. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات فارس، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

### چکیده

**مقدمه:** یکی از روش های رایج برای مدیریت خدمات بهداشتی و هدایت صحیح بیماران در نظام تأمین سلامت، استفاده از پزشک خانواده است. برنامه پزشک خانواده که قریب ۸ سال در مناطق روستایی با هدف بهبود شاخص های سلامت و تقویت نظام ارجاع از اجرای آن می گذرد، ضروری است مورد ارزیابی قرار گیرد.

**روش بررسی:** این پژوهش، از نوع توصیفی می باشد. اطلاعات شاخص های مدیریت بهداشتی، جهت سال ۱۳۸۳ و نیمه اول ۱۳۸۴ بعنوان قبل، و سال های ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ بعنوان بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده، در ۳۸ مرکز بهداشتی درمانی روستایی استان یزد بصورت سرشماری انجام شد. جامعه آماری این پژوهش، شامل پزشکان خانواده، ماماها و واحدهای پاراکلینکی مراکز روستایی بود. برای جمع آوری اطلاعات، از ابزار چک لیست محقق ساخت با ۱۵ سؤال در پنج مؤلفه (نسبت جمعیت به پزشک، نسبت ماما به مرکز، درصد دسترسی به آزمایشگاه، متوسط اقلام دارویی موجود در داروخانه مراکز روستایی، و متوسط زمان حضور پزشک در شهرستان های استان یزد) و پس از انجام روائی مورد استفاده قرار گرفت. جهت استخراج نتایج از نرم افزار Spss با ویرایش ۱۹ و آزمون های آماری T-test & Mann Whitney test استفاده گردید.

**یافته ها:** مقایسه شاخصهای مدیریت خدمات بهداشتی، قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده، نشان داد، شاخص نسبت ماما به مرکز بطور معنی داری بهبود چشمگیری داشته است، و اجرای برنامه پزشک خانواده نتوانسته بر میانگین سایر شاخص های ذکر شده با وجود بهبود نسبی تأثیر مثبت داشته باشد ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** می توان با تقویت شاخص های مدیریت خدمات بهداشتی مطابق با استانداردهای مربوطه و نیز در نظر گرفتن امکانات رفاهی، و انگیزه های مناسب مالی، جهت افزایش زمان ماندگاری پزشکان در نقاط محروم روستایی، در آینده تقویت نظام ارجاع و در نتیجه ارتقاء شاخص های سلامت را شاهد باشیم.

**واژه های کلیدی:** پزشک خانواده، شاخصهای مدیریت خدمات بهداشتی، مراکز بهداشتی درمانی روستایی،

یزد

## طلوع بهداشت

فصلنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال دوازدهم

شماره: چهارم

زمستان ۱۳۹۲

شماره مسلسل: ۴۱

تاریخ وصول: ۹۲/۶/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۸/۲۰

## مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، پنج مشخصه عمده یک نظام کارآمد مراقبتهای بهداشتی اولیه را: اثربخشی و ایمنی، فردمحوری، جامعیت و تمامیت، استمرار و فراهمی نقطه ورود معین برای دسترسی به مراقبت های سطوح دوم و سوم برمی شمارد(۱). با وجود آن که استقرار نظام سلامت از اصول بنیادین توسعه محسوب می گردد، هنوز بسیاری از نظام های بهداشتی و درمانی جهان به شکل مناسب و کارآمدی اداره نمی شود (۲).

توجه سازمان جهانی بهداشت این است که کشورها برای پاسخ گویی به نیازهای مردم و تحقق اهداف اصلاحات در نظام سلامت به پزشک خانواده به عنوان یک راهبرد اصلی توجه کنند(۳). پزشک خانواده مسئولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته ی تعریف شده (بسته خدمت)؛ بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگیهای اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه ی تحت پوشش خود قرار دهد(۴).

در ایران سیاست های دولت در نظام شبکه بهداشتی درمانی به طور عمده بر سه اصل اولویت خدمات پیشگیری بر خدمات درمانی، اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری که بر اساس این اصول در طول دهه ی ۱۳۶۰ نظام مراقبت های اولیه بهداشتی در قالب شبکه های بهداشتی درمانی شکل گرفت(۵).

از سال ۱۳۸۴ ارائه خدمات سلامت به جمعیت روستایی کشور در قالب برنامه جدیدی تحت عنوان بیمه روستایی (پزشک خانواده) آغاز شد(۶). پزشک خانواده شاخه ای از پزشکی است که مسئول حفظ سلامت مردم در همه سنین می باشد و آن شکلی از مراقبت



اولیه (مراقبت های اولیه بهداشتی) است که کنترل سلامت را به صورت مداوم بر اشخاص در همه سنین، جنس و بیماریها به عهده دارد(۷).

یکی از روش های رایج برای مدیریت خدمات و هدایت صحیح بیماران در نظام تأمین سلامت، استفاده از پزشک خانواده است(۸). با استقرار کامل این طرح پیش بینی می شود، میزان رضایت از خدمات سلامت افزایش یافته و بر اصلاح فرهنگ دارو، نظام سلامت و عدالت در سلامت تأثیر مثبتی بگذارد(۹).

نتایج حاصل از مطالعات صورت گرفته بیانگر آن است که اگر سطح بندی خدمات با نظام ارجاع سازمان دهی گردد، می توان ۹۰-۸۰ درصد از نیازهای سلامت رادر سطح اول تأمین نمود(۱۰). استفن(۱۹۸۱) در بیان اهمیت نظام ارجاع اظهار می نماید: عمده هزینه خدمات بهداشتی درمانی (چه در بعد مالی و چه انسانی) را بیمارستان تشکیل می دهد و این امر تا حدودی اجتناب ناپذیر است. اما اگر بپذیریم که ۸۰ تا ۹۰ درصد بیماران در سطح اول مراقبت های بهداشتی درمانی قابل تشخیص و قابل درمان هستند، آن وقت روند فعلی کاهش تخصیص اعتبار در این سطح در کشورهای رو به توسعه اقدام شایسته ای نخواهد بود(۱۱).

در یک مطالعه ای که در آمریکا به منظور تعیین میزان استفاده از تخت های بیمارستانی در سطوح مختلف ارائه خدمات بر روی ۷۱ مرکز انجام گرفت، گزارش شد که ضریب اشغال تخت در سطح حاشیه ای سیستم پایین بوده که دلایل آن را ضعف پرسنل آموزش دیده در سطح پایین، کمبود دارو و وسایل پزشکی در این مراکز و قطع کامل نظام ارجاع ذکر نموده اند(۱۲).



پزشکان خانواده، ماماها، وسایر کارکنان تیم سلامت شاغل در برنامه پزشک خانواده روستایی دانشگاه فوق می باشند و کلیه مراکز بهداشتی درمانی روستایی بصورت سرشماری مورد بررسی گرفته اند. در این پژوهش جهت گردآوری داده‌های مرتبط با شاخص‌های مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، با بهره‌گیری از آخرین دستورالعمل‌ها و قوانین وزارت بهداشت (۱۳)، چک لیستی حاوی داده‌های مورد نیاز جهت محاسبه شاخص‌های مذکور با ۱۵ سؤال در پنج مولفه (نسبت جمعیت به پزشک، نسبت ماما به مرکز، درصد دسترسی به آزمایشگاه، متوسط اقلام دارویی موجود در داروخانه مراکز روستایی، و متوسط زمان ماندگاری پزشک در شهرستان‌های استان یزد) طراحی و پس از تأیید گروه مدیریت گسترش و آمار حوزه معاونت امور بهداشتی دانشگاه و ۳ تن از متخصصین دانشگاه مورد استفاده قرار گرفت، و از طریق مکاتبه معاونت بهداشتی دانشگاه با شهرستان‌ها ی تابعه و ارسال راهنما و چک لیست مخصوص نسبت به جمع‌آوری داده‌ها اقدام گردید. ضمناً این دسته از شاخص‌ها نیز جهت سالهای ۱۳۸۳ و نیمه اول ۱۳۸۴ (قبل از اجرای برنامه پزشک خانواده)، و سالهای ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ (بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده) استخراج و محاسبه گردید. پس از بررسی و تأیید صحت و سقم اطلاعات، توسط حوزه ی معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی یزد نسبت به ورود آنها در نرم افزار آماری SPSS ۱۹ اقدام، و مقایسه بین شاخصهای مربوطه در سالهای مورد اشاره با توجه به آزمونهای آماری Mann Whitney test & T-test در سطح معنی داری ( $p < 0/05$ ) انجام و مورد آنالیز و تحلیل قرار گرفت.

در حال حاضر که برنامه ریزان و سیاستگذاران دولت خواهان توسعه و تعمیم این برنامه به تمامی شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر می باشند می توان ضرورت انجام چنین پژوهش‌هایی را بیش از پیش احساس نمود به طوری که با تعیین شکاف شاخص‌های مدیریت خدمات بهداشتی برنامه پزشک خانواده شامل نسبت جمعیت به پزشک، نسبت ماما به مرکز، دسترسی جمعیت به آزمایشگاه، متوسط اقلام دارویی، و متوسط زمان ماندگاری و در پی آن اتخاذ استراتژی‌هایی برای رفع یا کاهش شکاف، اولین گام اساسی در تدوین برنامه‌های ارتقاء کیفیت برنامه پزشک خانواده در کشور محسوب می شود اطلاع از وضعیت کنونی این برنامه در دانشگاه علوم پزشکی یزد نیز که از جمله دانشگاه‌های تیپ یک در ایران محسوب می شود می تواند مبنایی برای برنامه ریزی و ارتقاء کیفیت برنامه پزشک خانواده در سایر دانشگاه‌ها را فراهم نماید. لذا پژوهش حاضر با هدف ارزیابی خدمات بهداشتی برنامه پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انجام گردید. پژوهشگر امیدوار است که نتایج حاصل از آن بتواند زمینه ارتقاء کیفیت خدمات پزشک خانواده را در سایر دانشگاههای کشور فراهم آورد.

### روش بررسی

پژوهش حاضر، یک مطالعه توصیفی، تحلیلی، و از نوع مقطعی می باشد. در این مطالعه کلیه مراکز بهداشتی درمانی روستایی تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد شامل ۳۸ مرکز بهداشتی درمانی روستایی در ۱۰ شهرستان استان یزد مورد مطالعه قرار گرفته اند. جامعه آماری این پژوهش، شامل



**یافته ها**

مطالعه، مراکز بهداشتی درمانی روستایی تابعه شهرستان های استان یزد براساس شاخص های نسبت جمعیت به پزشک، نسبت ماما به مرکز، دسترسی جمعیت به آزمایشگاه، متوسط ارقام دارویی در مراکز، و متوسط زمان ماندگاری پزشکان در دو مقطع سال های ۱۳۸۳ و ۱۳۸۴ بعنوان قبل و سال های ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ بعنوان بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده مورد بررسی قرار گرفتند. که میزان این شاخصها طی جدول ۱ نشان داده شده است.

پژوهش حاضر با هدف بررسی روند تأثیرگذاری برنامه پزشک خانواده روستایی بر مؤلفه های شاخصهای مدیریتی خدمات بهداشتی انجام گرفته است. از مجموع ۱۰۰ درصدی مراکز بهداشتی درمانی روستایی مشارکت کننده در این پژوهش، ۵٪ مراکز تابعه ابرکوه، ۱۰٪ تابعه اردکان، ۸٪ تابعه بافق، ۲۹٪ تابعه تفت، ۸٪ تابعه خاتم، ۵٪ تابعه صدوق، ۱۰٪ تابعه طبس، ۱۵٪ تابعه مهریز، ۲/۵٪ تابعه میبد و ۷/۵٪ تابعه شهرستان یزد بوده اند. در این

**جدول ۱: شاخصهای مدیریتی خدمات بهداشتی در سالهای ۸۴-۸۳ و ۹۰-۸۹**

	نسبت جمعیت به پزشک		نسبت ماما به مرکز		درصد دسترسی به آزمایشگاه		متوسط ارقام دارویی داروخانه ها		متوسط زمان ماندگاری پزشک(ماه)	
	۸۳-۸۴	۸۹-۹۰	۸۳-۸۴	۸۹-۹۰	۸۳-۸۴	۸۹-۹۰	۸۳-۸۴	۸۹-۹۰	۸۳-۸۴	۸۹-۹۰
ابرکوه	۳۵۵۸	۳۷۸۵	۰/۵۰	۰/۷	۵۶/۰۰	۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۲۵۶/۰۰	۱۲/۰۰	۱۲/۰۰
اردکان	۱۷۶۳	۱۶۶۸	۰/۰۰	۱/۰۰	۱۰۰/۰۰	۱۰۰/۰۰	۲۷۳/۰۰	۳۰۵/۰۰	۱۲/۰۰	۷/۰۰
بافق	۵۹۱۳	۱۸۸۲	۰/۰۰	۰/۷۰	۰/۰۰	۹۳/۰۰	۱۹۰/۰۰	۲۲۳/۰۰	۵/۰۰	۱۱/۰۰
تفت	۲۹۷۶	۱۶۷۵	۰/۰۰	۰/۷۰	۷۲/۰۰	۷۷/۰۰	۲۷۳/۰۰	۳۱۲/۰۰	۵/۰۰	۷/۰۰
خاتم	۷۵۰۲	۳۷۳۸	۰/۰۰	۱/۳۳	۰/۰۰	۳۸/۰۰	۲۸۲/۰۰	۳۲۶/۰۰	۱۲/۰۰	۱۲/۰۰
صدوق	۲۰۷۱	۵۶۴۸	۰/۰۰	۱/۰۰	۱۰۰/۰۰	۶۷/۰۰	۲۶۸/۰۰	۳۲۹/۰۰	۱۱/۰۰	۹/۰۰
طبس	-	۹۴۲۵	۰/۰۰	۱/۰۰	۱۲/۰۰	۱۷/۰۰	۱۴۷/۰۰	۲۰۸/۰۰	۰/۰۰	۱۲/۰۰
مهریز	۲۷۶۴	۲۱۰۷	۰/۰۰	۱/۰۰	۵۴/۰۰	۹۴/۰۰	۲۳۰/۰۰	۳۶۲/۰۰	۱۰/۰۰	۱۰/۰۰
میبد	۵۸۸۷	۴۰۹۰	۰/۰۰	۱/۰۰	۵۸/۰۰	۰/۰۰	۲۰۸/۰۰	۲۱۴/۰۰	۱۲/۰۰	۱۲/۰۰
یزد	۵۳۲۸	۲۴۵۸	۰/۰۰	۱/۰۰	۰/۰۰	۱۰۰/۰۰	۲۷۳/۰۰	۲۷۰/۰۰	۶/۰۰	۱۲/۰۰
استان	۴۱۹۶	۳۶۴۸	۰/۰۵	۰/۹۴	۴۵/۲	۶۸/۶	۲۱۴/۴	۲۸۰/۵	۸/۵	۱۰/۴



بهترین وضعیت، و شهرستان های تفت (۷۲٪) میبد (۵۸٪)، ابرکوه (۵۶٪)، مهریز (۵۴٪)، طبس (۱۲٪)، بافق (۰٪)، خاتم (۰٪) و یزد (۰٪) نامناسبترین وضعیت را دارا می باشند. همچنین یافته های این پژوهش در سالهای بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده نشان داد که شهرستانهای ابرکوه، اردکان و یزد با پوشش ۱۰۰٪ جمعیت بهترین وضعیت، و شهرستان های مهریز (۹۴٪)، بافق (۹۳٪)، تفت (۷۷٪)، صدوق (۶۷٪)، خاتم (۳۸٪)، طبس (۱۷٪) و میبد (۰٪) وضعیت نامطلوبی دارند.

در مورد شاخص متوسط ارقام دارویی موجود در داروخانه های مراکز روستایی نتایج این پژوهش نشان می دهد. در سال های قبل از اجرای برنامه پزشک خانواده، شهرستان های خاتم، با میانگین ۲۸۲ و شهرستان های اردکان، تفت و یزد با ۲۷۳ قلم مناسبترین وضعیت و شهرستانهای صدوق (۲۶۸)، مهریز (۲۳۰)، میبد (۲۰۸)، بافق (۱۹۰)، طبس (۱۴۷) و ابرکوه با صفر به ترتیب در رده های بعدی در این شاخص قرار دارند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داده است که مناسب ترین وضعیت متوسط زمان ماندگاری پزشک بر حسب ماه در سال، در سالهای قبل از اجرای برنامه پزشک خانواده مربوط به شهرستانهای ابرکوه (۱۲ ماه)، اردکان (۱۲ ماه)، خاتم (۱۲ ماه) و میبد (۱۲ ماه) بوده و شهرستان های صدوق (۱۱ ماه)، مهریز (۱۰ ماه)، یزد (۶ ماه)، بافق (۵ ماه) و تفت (۵ ماه) در رده های بعدی و نیز این مقدار در شهرستان طبس بعلاوه عدم حضور پزشک صفر می باشد. نتایج همین پژوهش در سال های بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده حاکی از آنست که مناسب ترین وضعیت مربوط به شهرستان های ابرکوه (۱۲ ماه)،

در شاخص نسبت جمعیت به پزشک، شهرستان های اردکان، صدوق، مهریز، تفت، و ابرکوه، به ترتیب اولویت در سال های قبل از اجرای برنامه پزشک خانواده با توجه به تعداد کمتر از ۴۰۰۰ نفر جمعیت به ازاء پزشک، بهترین وضعیت را دارا بودند. در این راستا شهرستان های طبس، خاتم، بافق، میبد و یزد به ترتیب نامطلوبترین وضعیت در این شاخص داشته اند. همچنین یافته های این پژوهش در سالهای بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده نشان داد که شهرستانهای اردکان، تفت، بافق، مهریز، یزد، خاتم، و ابرکوه به ترتیب اولویت با توجه مقدار این شاخص در محدوده ۴۰۰۰ نفر جمعیت بهترین وضعیت را و شهرستان های طبس، صدوق و میبد به ترتیب اولویت با توجه به مقدار این شاخص در محدوده بالای ۴۰۰۰ نفر جمعیت در وضعیت نامناسبی قرار داشتند. نتایج این پژوهش نشان داد: شاخص نسبت ماما به ازاء هر مرکز در سالهای قبل از اجرای برنامه پزشک خانواده، با توجه به عدم جذب و بکارگیری ماما در مراکز بهداشتی درمانی روستایی تابعه شهرستانهای استان یزد بجز شهرستان ابرکوه عدد صفر را نشان می دهد. همچنین یافته های این پژوهش در سالهای بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده نشان داد که شهرستان های خاتم، اردکان، صدوق، طبس، مهریز، میبد و یزد با نسبت ۱ نفر ماما با ازاء مرکز بهترین وضعیت و شهرستان های ابرکوه، بافق و تفت با نسبت کمتر از عدد ۱ در وضعیت نامناسبی قرار دارند.

در زمینه شاخص درصد دسترسی جمعیت به آزمایشگاه و یا خدمات نمونه گیری، نتایج این پژوهش نشان می دهد، شهرستانهای اردکان و صدوق با ۱۰۰٪ پوشش در سال های قبل از برنامه پزشک خانواده،



شاخصهای دیگر تفاوت معنی دار آماری مشاهده نگردیده است ( $p < 0/05$ ).

بدین معنی که به جز شاخص نسبت ماما به مرکز که بهبود چشمگیری یافته است، اجرای برنامه پزشک خانواده نتوانسته بر میانگین شاخص های نسبت جمعیت به پزشک، درصد دسترسی به آزمایشگاه، متوسط اقلام دارویی موجود در داروخانه مراکز روستایی، و متوسط زمان ماندگاری پزشک در شهرستان های استان یزد با وجود بهبود نسبی که مشاهده می شود، تأثیر مثبت داشته باشد.

خاتم (۱۲ماه)، طبس (۱۲ماه)، میبد (۱۲ماه) و یزد (۱۲ماه) بوده و شهرستان های بافق (۱۱ماه)، مهریز (۱۰ماه)، صدوق (۹ماه)، اردکان (۷ماه) و تفت (۷ماه) از این حیث در وضعیت نامطلوبی قرار دارند. در مجموع، مقایسه شاخصهای مذکور در سطح استان، قبل و بعد از اجرای طرح پزشک خانواده طی جدول ۲ نشان داده شده است. نتایج به دست آمده نشان می دهد که کلیه شاخصهای مدیریتی بعد از اجرای طرح پزشک خانواده بهبود نسبی یافته اند ولیکن به جز شاخص نسبت ماما به مرکز بهداشتی درمانی ( $p < 0/001$ ) در

جدول ۲: مقایسه شاخصهای استانی مدیریت خدمات بهداشتی قبل و بعد از اجرای طرح

میانگین	انحراف معیار	$p < 0/05$
نسبت جمعیت به پزشک	قبل از اجرای طرح	۴۱۹۵/۷۸
نسبت ماما به پزشک	بعد از اجرای طرح	۳۶۴۷/۶
نسبت ماما به پزشک	قبل از اجرای طرح	۰/۰۵
نسبت ماما به پزشک	بعد از اجرای طرح	۰/۹۴
درصد دسترسی به آزمایشگاه	قبل از اجرای طرح	۴۵/۲
درصد دسترسی به پزشک	بعد از اجرای طرح	۶۸/۶
متوسط اقلام دارویی داروخانه	قبل از اجرای طرح	۲۱۴/۴
متوسط اقلام دارویی داروخانه	بعد از اجرای طرح	۳۷/۳۸
متوسط زمان ماندگاری پزشک	قبل از اجرای طرح	۸/۵
متوسط زمان ماندگاری پزشک	بعد از اجرای طرح	۲۱۴/۴
متوسط زمان ماندگاری پزشک	قبل از اجرای طرح	۸/۵
متوسط زمان ماندگاری پزشک	بعد از اجرای طرح	۱۰/۴

Mann Whitney test & T-test

**بحث و نتیجه گیری**

سطح بندی خدمات بهداشتی درمانی، از مراجعه مکرر و غیرضروری به سطوح تخصصی تر جلوگیری و از اتلاف منابع مادی و انسانی پیشگیری کرده و ابزار مناسبی جهت کنترل هزینه های مراقبت و افزایش همسویی میان پزشکان عمومی و متخصصین تلقی می شود. با اجرای برنامه پزشک خانواده و با افزایش جذب نیروهای پزشک و ماما در مراکز بهداشتی درمانی روستایی و نیز امکان افزایش دسترسی مردم به خدمات پاراکلینیکی چون آزمایشگاه، و خدمات دارویی در دستورات عملهای مربوطه و همچنین در نظر گرفتن امکانات رفاهی، وانگیزه های مالی، جهت افزایش زمان ماندگاری پزشکان در نقاط محروم روستایی می بایست بیش از پیش تقویت نظام ارجاع و در نتیجه ارتقاء شاخص های سلامت را شاهد باشیم.

باتوجه به نسخه ۱۴ دستورالعمل پزشک خانواده، تعداد پزشک مورد نیاز برای ارائه خدمت در هر مرکز براساس یک پزشک برای حداکثر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش تعیین شده و نیز برای هر دو پزشک، باید یک ماما تعیین کرد. برای مراکز بهداشتی درمانی که جمعیت کمتر از ۴۰۰۰ نفر در پوشش خود دارند، حداقل یک پزشک و یک ماما باید در نظر گرفت (۱۳).

در این رابطه نتایج این پژوهش، نشان می دهد اگرچه مقدار شاخص نسبت جمعیت به پزشک بهبود نسبی یافته است ولی بین اجرای برنامه پزشک خانواده و تغییرات شاخص مذکور از نظر آماری معنی دار نشده ( $p > 0.05$ ) ولی با توجه به تحقق کامل تأمین پزشک بازا هر ۴۰۰۰ نفر می توان گفت این موضوع با نتایج توکلی

کامه علیا (۱۴)، که نتایج آن حاکی از رضایتمندی ۱۰۰ درصد خانوارها از دسترسی به پزشک می باشد، و نیز نتایج حسینی (۱۵)، مشابه می باشد. ضمناً این موضوع با نتایج حسین زاده که نشان داد، علیرغم کمبود پزشک موانع اداری نیز بر نارضایتی پزشکان افزوده است متمایز بود (۱۶). در خصوص نتایج شاخص نسبت ماما به مرکز در پژوهش حاضر، با توجه به بهبود چشمگیر شاخص مذکور به نسبت وضعیت قبل از اجرا که از ۰/۰۵ به ۰/۹۴ ارتقاء یافته و بین اجرای برنامه پزشک خانواده و تغییرات آن، از نظر آماری به شدت معنی دار شده است که ناشی از سیاستهای موفق برنامه در جذب نیروی ماما در مناطق کم بهره مند می باشد. این موضوع با نتایج بدیعی اول باغیاهی، مشابه می باشد (۱۷).

در زمینه شاخص دسترسی جمعیت به آزمایشگاه، مرکز بهداشت شهرستان موظف به تامین خدمات آزمایشگاهی در کلیه مراکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده خواهد بود البته این بدان معنا نیست که در تمامی مراکز بهداشتی درمانی، آزمایشگاه راه اندازی گردد بلکه، امکان خرید خدمات آزمایشگاهی از بخش غیردولتی یا امکان جمع آوری نمونه از مراکز روستایی و انجام این آزمایشات در شهر یا هدایت به مرکز معین یا مرجع را باید در نظر گرفت (۱۸).

در خصوص شاخص دسترسی جمعیت به آزمایشگاه یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد، درصد دسترسی به آزمایشگاه از ۴۵٪ قبل به ۶۸٪ بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده ارتقاء یافته لیکن ارتباط معنی داری بین تغییرات شاخص مذکور و برنامه پزشک



مشاهده نمی گردد. این موضوع با نتایج ارجمندیان (۲۲)، و نیز با نتایج خسروی (۲۳)، و همچنین نتایج بهادری (۲۴)، با تأکید و توجه ویژه بر عوامل جلوگیری کننده از ریزش پزشکان، چون: بهبود شرایط کاری، فراهم سازی تسهیلات رفاهی زندگی در مناطق روستایی، فرهنگ سازی در مردم در خصوص برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، افزایش حقوق و مزایا و پرداخت به موقع آنها، و... که موجب تقویت زمان ماندگاری پزشکان فراهم شود مشابه می باشد.

### پیشنهادات

باتوجه به اینکه بخش قابل توجهی از جمعیت کشورمان، ساکنین روستاها تشکیل می دهند و نقش آنها در عرصه های اجتماعی و اقتصادی غیرقابل انکار بوده و باید از سلامت کافی برخوردار و نیازهای بهداشتی درمانی آنان به موقع تأمین گردد، و نیز در راستای ضرورت استمرار بهبود شاخصهای مدیریت خدمات بهداشتی در برنامه پزشک خانواده، پژوهشگر پیشنهادت زیرارائه می نماید: تغییر شیوه پرداختهای مالی کنونی به خرید خدمات راهبردی به گونه ایی که طی آن منابع تجمع شده جهت انجام مجموعه ای از مداخلات موثر در ارتقاء سلامتی افراد به ارائه کنندگان خدمات پرداخت می شود. ضمن آنکه انگیزه های مالی حاصل از این تغییر موجب تقویت ارائه خدمت، و افزایش زمان ماندگاری پزشکان و کادر کمکی در مناطق محروم روستایی و بهبود شاخص های سلامت خواهد شد.

شفاف سازی نظام پرداخت به ارائه کنندگان خدمات سلامت در روستاها برای ایجاد انگیزه و پیوند زدن پرداخت به عملکرد. به

خانواده مشاهده نشد. این موضوع با نتایج بهمیاری، مشابه می باشد (۱۹).

در ارتباط با شاخص متوسط ارقام دارویی موجود در داروخانه های مراکز روستایی، لازم به توضیح می باشد که بر اساس دستورالعمل ۱۱ پزشک خانواده، باید، ۲۷۰ قلم دارو بر حسب شرایط منطقه در مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه موجود باشد (۲۰). در این خصوص نتایج شاخص مذکور در پژوهش حاضر، نشان می دهد، روند میانگین ارقام دارویی داروخانه های مراکز بهداشتی درمانی روستایی اگرچه بهبود نسبی یافته ولی بین اجرای برنامه پزشک خانواده و تغییرات شاخص مذکور از نظر آماری معنی دار نشد. ضمناً تاکنون مطالعه ی مشابهی در این زمینه انجام نشده است.

یکی از نشانگرهای مهم تأمین سلامت، دسترسی به پزشک و تسهیلات بهداشتی و درمانی است. تحقق دسترسی در وهله اول به عزم و تصمیم دولتمردان بستگی دارد. اما از سوی دیگر شرایط اقلیمی، جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی روستاها برای جذب و نگه داری پزشکان و یا به صرفه بودن احداث و تجهیز بناهای بهداشتی و درمانی اهمیت زیادی دارد. پزشکان و کادر بهداشتی و درمانی شاغل در روستاها حق دارند که از سطح زندگی و امکانات رفاهی متناسب با شأن و پایگاه اجتماعی خود برخوردار باشند (۲۱). در این زمینه یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد، روند تغییرات این شاخص افزایشی و از ۸/۵ ماه در سال های ۸۴-۸۳ به ۱۰/۴ ماه در سال های بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده رسیده اما ارتباط معنی دار آماری بین اجرای برنامه پزشک خانواده و روند تغییرات





از نظر کمی و کیفی این بخش مهم تشخیص بیماری را در برنامه پزشکی خانواده تقویت نماید.

ضمناً از محدودیتهای این پژوهش، عدم وجود یک نرم افزار مدون ثبت اطلاعات آماری از سالهای قبل تا بعد از اجرای برنامه پزشکی خانواده در مراکز مجری طرح بود که پیشنهاد می شود، ارتقای نرم افزارهای آماری به گونه ای طراحی گردد تا علاوه بر امکان ثبت اطلاعات جدید، اطلاعات مفید آماری سال های قبل را نیز پوشش دهد.

### نقد و تشکر

این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم تحقیقات فارس می باشد. که بدینوسیله نویسندگان مراتب تشکرو امتنان خود را از جناب آقای دکتر میرزائی سرپرست محترم وقت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی یزد و جناب آقای دکتر شریفی قائم مقام محترم معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی یزد و جناب آقای محمد میرجانی کارشناس آمار مرکز بهداشت شهرستان اردکان و تیم کارشناسی استانی و شهرستانی بخاطر همه حمایت های فنی و پشتیبانی معنوی ابراز می دارند.

### References

- 1-WHO. World Health Report 2008: Primary Health Care, Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization; 2008, Available from: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf).
- 2-Chaman R, Amiri M, and Raei M, et al. National Family Physician Program in Shahroud: Assessing Quality of Implementation and Condition of Setting. Hakim Research Journal 2011; 14(2): 123- 29. [Persian]
- 3-Karimi M. Rural health insurance. Tehran: eshraghie.2007;159.[Persian]
- 4-Zarenejad A, Akbari M. Three decades of effort: In the area of health care system. Tehran: Ministry of Health and Medical Education- Office of Public Relations; 2008: 41. [Persian]

گونه ایی که انگیزه های جابجایی و استقرار در روستا باید آنقدر باشد که پزشکان را در قیاس با آنانکه در شهرها می مانند، به این کار وارد تا باز توزیع مداوم آنان میسر شود. انگیزه های مالی را باید با اصلاح برنامه های آموزش پزشکی، قائل شدن بعضی امتیازها در وقت پذیرش دانشجو و برنامه های آموزش تکمیلی و تخصصی تکمیل کرد.

خدمات داروئی در مرکز بهداشتی درمانی روستایی نظام سلامت کشور، در ۹۰ درصد از موارد، توسط افراد غیر داروساز ارائه می گردد و کمبود نیروی انسانی در این بخش کاملاً محسوس می باشد. واگذاری داروخانه های مراکز بهداشتی درمانی روستایی به داروسازان در کنار ایجاد شبکه جامع اطلاعاتی به منظور ارزیابی و کنترل چگونگی تجویز و مصرف داروها می تواند خدمات دارویی برنامه پزشکی خانواده را از نظر کمی و کیفی ارتقاء بخشد. ارائه خدمات پاراکلینیکی از قبیل آزمایشات طبی در مراکز روستایی اگرچه روند بهبود نسبی را بعد از اجرای برنامه پزشکی خانواده نشان می دهد اما با واگذاری آن به بخش خصوصی در نقاط روستایی پرجمعیت، و راه اندازی بخشهای نمونه گیری و ارسال آن به آزمایشگاه مرجع در نقاط کم جمعیت می تواند



- 5-Naghavi M, Jamshidi H. Utilization of health services in Iran 2002. Tehran: Tandis press; 2005.[Persian]
- 6-The Executive Guidline of Rural Insurance & Family Physician Program. 8th ed. Tehran: Ministry of Health and Medical Education Press; 2007. [Persian]
- 7-Shamsi Zadeh M, Ershadi A. Survey of family doctors in connection with the implementation of rural family physicians. Tehran: Max Nazar.2010: 61. [Persian]
- 8-Karimi M. Rural health insurance. Tehran: eshraghie;2007:77. [Persian]
- 9- Zare Nejad A, Akbari M. Three decades of working in the health care system. Tehran: Ministry of Health and Medical Education;2008: 41. [Persian]
- 10-Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, et al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. Journal of Babol University of Medical Sciences (JBUMS) 2010; 11: 46-52. [Persian]
- 11-Stephen WJ. Primary medical care and the future of the medical profession. World Health Forum 1981; 2(3): 316.
- 11-Starfield B. Primary care, concept, evaluation and policy. UK: Oxford University Press; 1992: 70-85.
- 12-Family physician instruction. Iran Ministry of Health and Medical Education, health deputy, Center for Health Network Development and Health Promotion; version11. Tehran: December 2010; 25.[Persian]
- 13-Tavakoli kameh olia M, And Teymoori A. The role of the family physician in families access to health services, National Congress of Family Medicine in health system: 2012 june. 24-25: Mashhad University of Medical Sciences. Iran.[Persian]
- 14-Hoseini Z, Geramipoor A, Najafi R, et al. Survival of Family Physicians of Torbat Covered Medical Sciences in 2009-2011. National Congress of Family Medicine in health system: 2012 june. 24-25: Mashhad University of Medical Sciences. Iran.[Persian]
- 15-Hoseinzadeh H R. Evaluate the satisfaction level of absorption and utilization of health care providers in family medicine. National Congress of Family Medicine in health system: 2012 june. 24-25: Mashhad University of Medical Sciences. Iran.[Persian]
- 16-Badie Avval Baghyaei SH, Mirzaee J, Eizadpanah M, et al. The effect of family physician's program on Health delivery in the city Torbatjam. National Congress of Family Medicine in health system: 2012 june. 24-25: Mashhad University of Medical Sciences. Iran.[Persian]



- 17-Family physician instruction. Iran Ministry of Health and Medical Education, health deputy, Center for Health Network Development and Health Promotion; version 11. Tehran: December 2010; 34.[Persian]
- 18-Behmyari Z, Farokhi KH, Vahidi A. The effect of family physician's program in outpatient care centers host city family practice Genaveh. National Congress of Family Medicine in health system: 2012 June. 24-25: Mashhad University of Medical Sciences. Iran.[Persian]
- 19-Family physician instruction. Iran Ministry of Health and Medical Education, health deputy, Center for Health Network Development and Health Promotion; version 11. Tehran: December 2010; 33.[Persian]
- 20-Karimi M. Rural health insurance. Tehran: eshraghie.2007:177.[Persian]
- Arjmandian M, And Azizei Motlagh T. Determine the persistence of physicians practicing family medicine program and organization factors of affecting In Hamedan Province in 2009. National Congress of Family Medicine in health system: 2012 June. 24-25: Mashhad University of Medical Sciences. Iran.[Persian]
- 21-Khosravi S, Amiresmaeili MR, Hoseinpoor M, et al. Determine survival rates and its effective factors in Family Physicians of province kerman National Congress of Family Medicine in health system: 2012 June. 24-25: Mashhad University of Medical Sciences. Iran.[Persian]]
- 22-Bahadori M, Farajzadeh H, koosha M, et al. Effect of challenges rate of rural health insurance plan on satisfaction and duration of life of family physicians in Shirvan city. National Congress of Family Medicine in health system: 2012 June. 24-25: Mashhad University of Medical Sciences. Iran.[Persian]



## Assessment of The Effect Of Family Physician on the Management Indices of Health Care in the Rural Health-Treatment Centers in The Province of Yazd In 2013

Aalaei Ardakani MR(MS.c)<sup>1</sup> Hesam S(Ph.D)<sup>2</sup> Vahdat Sh(Ph.D)<sup>2</sup>

1. Corresponding Author: Islamic Azad University, Science and Research branch, Fars, Department of Health Services Administration, Fars, Iran

2. Islamic Azad University, Science and Research branch, Fars, Department of Health Services Administration, Fars, Iran

### Abstract

**Introduction:** A common method of managing Health Care and proper instruction and referral of patients through health system is implementing family physician planning. In order to improve health indices and referral system, family physician has been employed in the rural areas in the last 8 years. It seems quite essential to re-evaluate this system after these years.

**Methods:** This is a descriptive study. Data were gathered by census in 1383 and the first half of 1384 as pre- implementation of family physician program and in 1389 and 1390 after utilization of it in the 38 Rural Health- Treatment Centers in the province of Yazd. It included family physicians, midwives, and clinical and para-clinical units. A validated check list including 15 questions in 5 areas (proportion of population to physician, proportion of midwives to the centers, percentage of availability of laboratories, average of number of drugs in the pharmacies of rural centers, and average of staying of physicians in the cities of the province of Yazd) was used. SPSS 19 was applied, using Mann-Whitney and t-tests to do statistical analysis.

**Results:** Comparing indices of health care management before and after implementation of family physician program revealed that the proportion of midwives to the centers has increased significantly. However, it did not have a positive effect on other indices, even though they improved relatively. (P-value <0.05).

**Conclusion:** By reinforcing health care management indices in accordance with the relevant standards, and promoting welfare facilities and proper financial motivations in order to inspire physicians to stay longer in the deprived areas, we hopefully can see strengthening of referral system. This will eventually lead to the improvement of health indices.

**Keywords:** Family physician, Rural Health-Treatment Centers, Health indices, Yazd