

تأثیر آموزش مدل مدیریت جامع بیماران بر عملکرد پزشکان

دکتر جاوید دهقان حقیقی*، دکتر سید احمد محمودیان**، دکتر احمد جمشیدی***

مریم هرمزی***، هدایت الله عسگری**

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی
** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی
*** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، مرکز بهداشت اصفهان
**** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، مرکز بهداشت زاهدان

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۱۲/۱۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۶/۶/۲۴

چکیده

زمینه و هدف: شیوه مراقبت از بیماران نقش اساسی در کیفیت خدمت رسانی به آنها دارد و مدیریت بیماران در جهت دستیابی به بهترین عملکرد مراقبتی از آنها، به عنوان یکی از وظایف اصلی پزشکان مطرح می‌باشد. با این وجود در حال حاضر در کشور ایران، برای این امر مهم برنامه‌ای جامع وجود ندارد و آموزش پزشکان و دانشجویان پزشکی بر محور بیماری است، در حالی که می‌بایست محور اصلی بیماران باشند. این تحقیق در راستای ارائه راهکار عملی آموزش مدیریت بیماران اجرا شده است.

مواد و روش کار: این کارآزمایی در عرصه در سال ۸۵-۱۳۸۴ بر روی ۶۰ پزشک عمومی شاغل در مراکز بهداشتی - درمانی شهری اصفهان انجام شد. ۳۰ پزشک از مرکز بهداشت شماره یک و ۳۰ پزشک از مرکز بهداشت شماره ۲ اصفهان به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. در اجرای طرح از ۴ نفر پزشک عمومی که توسط مجریان طرح آموزش‌های لازم را دریافت کرده بودند، به عنوان مربی استفاده شد. در شروع مطالعه، گروه مداخله در جلسات آموزش تئوری مدیریت جامع بیماران که توسط مجریان طرح ارائه شد شرکت کردند و در پایان این جلسه بسته آموزشی مدیریت جامع بیماران به آنها داده شد، سپس مجریان طرح با همکاری مربیان طرح، مدیریت بیماران را به صورت عملی و هنگام ویزیت بیماران به این گروه آموزش دادند. در گروه شاهد هیچگونه مداخله‌ای صورت نگرفت و در طول مطالعه هر دو گروه مداخله و شاهد، تحت آموزش‌های معمول مراکز بهداشت ۱ و ۲ شهرستان اصفهان بودند. در ابتدای و انتهای مطالعه عملکرد پزشکان توسط چک لیست ارزیابی شد و اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های t زوجی و t مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $P < 0/05$ از نظر آماری معنی‌دار تلقی شد.

یافته‌ها: میانگین نمره انواع عملکرد پزشکان گروه مداخله و شاهد در ابتدای مطالعه یکسان بود ولی تغییرات میانگین نمره انواع عملکرد پزشکان گروه مداخله پس از آموزش مدیریت جامع بیماران به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد بود. در پایان مطالعه، میانگین نمره عملکرد بالینی در گروه مداخله ۴۸/۹ و در گروه شاهد ۴۲/۱ بود ($P < 0/05$)، میانگین نمره عملکرد مدیریتی در گروه مداخله ۳۸/۶ و در گروه شاهد ۳۲ بود ($P < 0/05$)، میانگین نمره عملکرد آموزشی در گروه مداخله ۲۶/۴ و در گروه شاهد ۲۲/۱ بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که آموزش مدیریت جامع بیماران، می‌تواند در بهبود عملکرد پزشکان در سه حیطه عملکرد آموزشی، مدیریتی و بالینی موثر باشد. (مجله طبیب شرق، دوره ۹، شماره ۳، پائیز ۸۶، ص ۲۱۷ تا ۲۲۴)

کلیدواژه‌ها: مدیریت جامع بیماران، عملکرد پزشکان، عملکرد بالینی، عملکرد مدیریتی، عملکرد آموزشی

مقدمه

گسترده‌ای از مشکلات سلامتی و درمانی جامعه ما با این موضوع در ارتباط است. نارضایتی بیماران، عدم کنترل بسیاری

شیوه مراقبت از بیماران نقش اساسی در کیفیت خدمت رسانی به بیماران دارد، مطالعات و شواهد نشان می‌دهد که بخش

سنتی و سیاست عمومی می باشد، این نیاز در بحث آموزش مدیریت بیماران به شدت احساس می شود. (۶) مدیریت جامع بیماران، بر دیدگاه بیوسایکوسوشیال بنا نهاده شده است. بر اساس این دیدگاه پزشک برای داشتن مراقبت مناسب و خوب، درک وضعیت اجتماعی، اقتصادی، روانی و فرهنگی و افراد ارتباط مناسب با بیمار بایستی از توجه به محیط پیرامون بیمار و شغل او و آموزش لازم به بیمار و خانواده اش غفلت نکند. (۲،۷۸)

توجه به اصول مدیریت بیماران موجب ارتقای عملکرد پزشکان و در نتیجه افزایش رضایتمندی بیماران، کاهش مراجعات غیر ضروری به مراکز تخصصی و فوق تخصصی، مصرف منظم و صحیح دارو توسط بیماران و کاهش در خواست آزمایشات و تست های رادیولوژیک غیر ضروری خواهد شد، که همه اینها موجب صرفه جویی در وقت و هزینه های نظام بهداشتی-درمانی کشور می شود. (۹،۱۰) صاحب نظران به دلایل عدم کفایت سیستم فعلی در رفع نیازهای قرن بیست و یکم با توجه به روشهای تشخیصی و درمانی و ساختار علمی آموزشی، تحولات اجتماعی و تحول در ساختار مراقبت از بیماران و نظام خدمات سلامت بر خورداری از مدلی جدید برای طبابت بالینی را ضروری می دانند و نوع مراقبت بیمار محور را در اولویت قرار می دهند. (۱۱)

با توجه به اینکه آموزش مدیریت کل فرآیند مراقبت از بیماران تا کنون مورد توجه کافی قرار نگرفته است، تحقیق حاضر جهت ارزیابی تاثیر آموزش مدیریت جامع بیماران بر عملکرد مراقبتی پزشکان اجرا شد تا راهکار عملی مناسبی را جهت آموزش مدیریت جامع بیماران به پزشکان ارائه نماید.

روش کار

این کارآزمایی در عرصه در نیمه دوم سال ۱۳۸۴ و اوایل سال ۱۳۸۵ بر روی ۶۰ نفر پزشک مراکز بهداشتی درمانی شهری اصفهان انجام شد، ۳۰ نفر پزشک از مرکز بهداشت شماره یک اصفهان به عنوان گروه مداخله و ۳۰ نفر پزشک از مرکز بهداشت شماره دو اصفهان به عنوان گروه شاهد و هر دو

از بیمارهای مزمن، تاخیر در تشخیص، خطاهای پزشکی و مصرف بی رویه دارو از جمله این مشکلات است. مدیریت بیماران که با هدف دستیابی به بهترین عملکرد مراقبتی از بیماران طراحی شده است، یکی از وظایف اصلی پزشکان است. این وظیفه را پزشکان در قالب پذیرش، رفع مشکل و در صورت لزوم ارجاع بیماران به مراکز تخصصی، آموزشهای لازم به بیماران و خانواده آنها، طراحی و انجام بررسی های اپیدمیولوژیک برای شناخت مسائل بهداشتی و بیماری های بومی و شایع منطقه، کنترل و پیگیری اجرای برنامه ها در حوزه فعالیت، جمع آوری آمار و دسته بندی آنها، تهیه گزارش و ارسال به مراکز بالاتر انجام می دهند. (۱) مدیریت جامع بیماران شیوه ای از مدیریت بیماران است که در این روش همه یا بیشتر علائم جسمی و روانی بیماران با توجه به ابعاد اجتماعی، محیطی، روانی و فرهنگی آنان مدیریت می شود. روش مصاحبه با محوریت بیمار است. سه سطح پیشگیری، خصوصا پیشگیری اولیه، مد نظر پزشک قرار می گیرد. (۲) تحقیقات نشان می دهد که به علت عدم رعایت اصول مدیریت و مراقبت از بیماران خطاهای پزشکی زیادی اتفاق می افتد و در نتیجه بار مالی سنگینی به بیماران و دولت ها تحمیل می شود. از جمله در بررسی Blendon و همکاران، ۴۲ درصد بیماران و ۳۵ درصد پزشکان در آمریکا خطاهای مراقبتی از بیماران را گزارش کرده اند. (۳) مصرف بی رویه دارو یکی از پیامدهای ناکفایتی مراقبت ها نه به علت عدم آگاهی پزشکان بلکه ناشی از ضعف فرایند مدیریت بیماران می باشد. تجویز داروهای تزریقی برای ۴۲ درصد بیماران و اختصاص حدود ۱۲ درصد از داروها به کورتیکواستروئیدها در نسخ پزشکان کرمان یکی از این شواهد است. (۴) مطالعه دیگر نشان می دهد که آموزش اصول تجویز دارو به پزشکان که یکی از موارد مهم در آموزش مدیریت بیماران است، میزان تجویز غیر منطقی آنتی بیوتیک را کاهش داده است. (۵) حرکت موثر به سوی ارتقای سلامت و بهبود وضعیت مدیریت بیماران مستلزم تغییرات اساسی در روشهای

گروه به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. مراکز بهداشت شماره یک و دو هر کدام نیمی از شهر اصفهان را تحت پوشش دارند و از نظر موقعیت نیز این دو مرکز در سطح شهر شرایط مشابهی قرار دارند. ابزار جمع آوری اطلاعات قبل و پس از انجام مطالعه، در هر دو گروه مداخله و شاهد، چک لیست هایی بود که عملکرد آموزشی، عملکرد بالینی و عملکرد مدیریتی را شامل می شد. ابتدا توسط مجریان طرح، چک لیست اولیه بر اساس اجزای مدیریت بیماران و اصول دیدگاه بیوسایکوسوشیال طراحی شد، سپس زیر نظر سه نفر از اساتید گروه پزشکی اجتماعی که کارهای تحقیقاتی در ارتباط با اجزای مدیریت بیماران انجام داده بودند، اصلاحات لازم صورت گرفت، در مرحله بعد با حضور اساتید، چک لیست ها توسط تعدادی از پزشکان به صورت آزمایشی و در دو نوبت با فاصله زمانی مناسب تکمیل شد و پس از تجدید نظر های لازم نهایی شد. چک لیست شامل ۲۸ بند بود که عملکرد بالینی ۱۲ بند، عملکرد آموزشی ۷ بند و عملکرد مدیریتی ۹ بند را به خود اختصاص می داد، در قسمت مربوط به عملکرد بالینی به نحوه شرح حال گرفتن پزشک، نحوه ارتباط با بیمار، انجام معاینات لازم به شکل صحیح، در نظر داشتن تشخیص های افتراقی، استفاده از پاراکلینیک متناسب با تشخیص های افتراقی، توجه به وضعیت احساسی بیمار و همچنین توجه به ریسک فاکتورهای بیماریهای مهم پرداخته شد، در قسمت مربوط به عملکرد آموزشی مواردی همچون متناسب بودن آموزش با سطح فرهنگ و تحصیلات بیمار، مد نظر قرار گرفتن مشارکت اطرافیان بیمار در آموزش، آموزش در ارتباط با پیشگیری اولیه، برپایی جلسات آموزش به جامعه تحت پوشش توسط پزشک، پی گیری منظم بیماران بخصوص در مورد بیماریهای مزمن مد نظر قرار گرفت، در مورد عملکرد مدیریتی نیز مواردی همچون وقت شناسی پزشک و مدیریت زمان، شرایط فیزیکی ویزیت وضعیت امنیتی بیمار، رضایتمندی بیمار،

وجود ابزار لازم برای معاینات، ثبت و گزارش بیماریهای مشمول گزارش، در نظر داشتن مهمترین تغییرات بیماری و ثبت آنها در پرونده بیمار و ارجاع مناسب بیماران به مراکز تخصصی مد نظر قرار گرفت. برای هر کدام از آیتم ها نمره از یک تا پنج در نظر گرفته شد و دستورالعملی برای طریقه نمره دهی به هر کدام از آیتم ها، توسط مجریان طرح و اساتیدی که در امر طراحی چک لیست همکاری کرده بودند، تهیه شد. ۴ نفر پزشک عمومی به عنوان مربی انتخاب شدند و اهداف و روش اجرای طرح (آموزش تئوری و آموزش عملی پزشکان و نحوه تکمیل چک لیست بر اساس دستورالعمل) به آنها آموزش داده شد. برای انتخاب این افراد شرایطی از جمله توانایی برقراری ارتباط، دانش و آگاهی، علاقه مند بودن و نظر مثبت ریاست مراکز بهداشت شماره یک و دو اصفهان مد نظر قرار گرفت.

برای انجام این مطالعه، قبل از هر گونه مداخله، عملکرد پزشکان دو گروه مداخله و شاهد توسط مجریان و با همکاری مربیان طرح بوسیله چک لیست در محل مراکز بهداشتی درمانی شهری مورد سنجش قرار گرفت، نحوه مشاهده عملکرد پزشکان بصورت مستقیم و غیر مستقیم بود، بدین گونه که بدون اطلاع پزشک با دو نفر از بیمارانی که توسط پزشک مرکز ویزیت شده بود، مصاحبه می شد و بند هایی از چک لیست بر این اساس تکمیل می شد، دو مورد ویزیت پزشک نیز بصورت مستقیم مشاهده می شد و بند های مرتبط در چک لیست تکمیل می شد. همچنین قسمت هایی از چک لیست بر اساس پرونده هایی که توسط پزشک تکمیل شده بود، آموزشهایی که توسط پزشک و همکارانش به جامعه تحت پوشش داده شده بود و در نظر داشتن شرایط اتاق پزشک و ابزار تشخیصی ایشان، تکمیل می شد. در مرحله بعد مدیریت جامع بیماران به صورت تئوری و در قالب یک کارگاه یک روزه توسط مجریان طرح به پزشکان گروه مداخله آموزش داده شد، مواردی که در آموزش تئوری مد نظر قرار گرفت شامل: مدیریت ارتباط پزشک و بیمار با دیدگاه

مراکز بهداشت ۲۰۱ اصفهان قرار داشتند، که با توجه به موقعیت مکانی این دو مرکز و همجواری باهم، آموزش ها در هر دو گروه به صورت یکسان و توسط کارشناسان مرکز بهداشت استان برگزار می شد. اطلاعات چک لیست ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آزمون زوجی و مستقل تجزیه و تحلیل شد و $P < 0/05$ معنی دار تلقی شد.

یافته ها

دو گروه مداخله و شاهد از نظر ویژگی های میانگین سابقه کار، میانگین تعداد ویزیت روزانه، میانگین نمره رضایت شغلی و میانگین نمره رضایت از نظام اداری در وضعیت مشابهی قرار داشتند. (جدول شماره ۱) میانگین نمره عملکرد پزشکان در گروه مداخله بعد از مطالعه نسبت به ابتدای مطالعه تفاوت معنی داری داشت. بدین ترتیب میانگین نمره عملکرد بالینی پزشکان گروه مداخله با در نظر داشتن حداکثر نمره ۶۰، در شروع مطالعه ۴۱/۲ بود که در پایان مطالعه به ۴۸/۹ رسید ($P < 0/05$)، میانگین نمره عملکرد مدیریتی پزشکان گروه مداخله با در نظر داشتن حداکثر نمره ۴۵، در شروع مطالعه ۳۲/۴ بود که در پایان مطالعه به ۳۸/۶ رسید ($P < 0/05$)، میانگین نمره عملکرد آموزشی پزشکان گروه مداخله با در نظر داشتن حداکثر نمره ۳۵، در شروع مطالعه ۲۱/۱ بود که در پایان مطالعه به ۲۶/۴ رسید ($P < 0/05$).

میانگین نمره، انواع عملکرد پزشکان قبل از مطالعه، در گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی داری نداشت. در پایان مطالعه، میانگین نمره انواع عملکرد پزشکان شامل: عملکرد بالینی، عملکرد مدیریتی، عملکرد آموزشی در گروه مداخله تفاوت معنی داری با گروه شاهد داشت ($P < 0/05$). (جدول شماره ۲)

بیوسایکوسوشیال، مدیریت مصاحبه درمانگاهی با بیمار و تحلیل یافته ها، مدیریت منابع در مراقبت از بیماران، روش آموزش به بیماران و خانواده آنها، نحوه پی گیری بیمارها، ارجاع صحیح بیماران به مراکز تخصصی وثبت بیماران می شد، بعد از آموزش تئوری، مدیریت جامع بیماران به صورت عملی و در محل مراکز بهداشتی درمانی به گروه مداخله آموزش داده شد. آموزش عملی حین ویزیت بیماران و با توجه به اصول دیدگاه بیوسایکوسوشیال انجام شد. جهت هماهنگی عمل کردن در آموزش عملی علاوه بر آموزش هایی که توسط مجریان طرح به مربیان داده شد در شروع کار مجریان طرح به صورت فعال در کنار مربیان بودند و عملکرد چهار مربی را با هم هماهنگ کردند، همچنین چک لیستی تحت عنوان آموزش در عرصه جهت مربیان طراحی شد و کلیه موارد مرتبط با آموزش عملی در آن لحاظ گردید. در آموزش عملی مواردی همچون مدیریت زمان، مکان و تجهیزات، نحوه شرح حال گرفتن صحیح از بیمار و دادن پس خوراند آموزشی، بحث پیرامون تشخیص های افتراقی، بحث در مورد درمان و توجه به عوارض داروها، توجه به سلامت بیمار و در نظر داشتن فاکتورهای خطر، بحث در مورد ارجاع مناسب بیماران به سطوح تخصصی، توجه به ثبت و گزارش بیماری ها و اهمیت آموزش به بیمار و خانواده او را شامل می شد. پس از اتمام آموزش تئوری و عملی مدیریت جامع بیماران به گروه مداخله، ۲ ماه هیچگونه مداخله ای در این گروه صورت نگرفت، سپس عملکرد پزشکان هر دو گروه مداخله و شاهد مجدداً توسط چک لیست ها، مورد ارزیابی قرار گرفت، در طول مطالعه در گروه شاهد، هیچگونه مداخله ای توسط مجریان طرح صورت نگرفت، ولی هر دو گروه مداخله و شاهد در طول مطالعه تحت آموزش های معمول

جدول ۱- مقایسه برفی ویژگیهای گروههای مورد مطالعه

ویژگی گروه	میانگین سابقه کار (سال)	میانگین تعداد ویزیت روزانه	میانگین نمره رضایت شغلی	میانگین نمره رضایت از نظام اداری
مداخله	۱۰/۱	۱۹/۴	۳/۶	۲/۳
شاهد	۱۱/۳	۱۹/۱	۳/۳	۲/۳

جدول ۲- مقایسه میانگین نمرات انواع عملکرد پزشکان گروه مدافله و شاهد در پایان مطالعه

P	فاصله اطمینان ۹۵٪		انحراف معیار	میانگین نمره	گروه	نوع عملکرد
	حد پایین	حد بالا				
۰/۰۰۰۱	۴۶/۶	۵۱/۱	۶/۱	۴۸/۹	مداخله	بالینی
	۴۰/۷	۴۳/۶	۳/۷	۴۲/۱	شاهد	
۰/۰۰۰۱	۳۷/۳	۳۹/۹	۳/۴	۳۸/۶	مداخله	مدیریتی
	۳۰/۵	۳۳/۴	۳/۶	۳۲/۰	شاهد	
۰/۰۰۰۱	۲۵/۳	۲۸/۱	۳/۷	۲۶/۴	مداخله	آموزشی
	۲۱/۰	۲۳/۳	۲/۹	۲۲/۱	شاهد	
۰/۰۰۰۱	۱۰۹/۷	۱۱۸/۸	۱۲/۲	۱۱۴/۳	مداخله	کل عملکرد
	۹۳/۲	۹۹/۵	۷/۹	۹۶/۳	شاهد	

بیماران انجام شده و نتایج هم در همین قالب ارزیابی شده بود. برخی از مطالعات خارجی که در ارتباط با اجزای فرآیند مدیریت بیماران انجام شده بود، موجب ارتقای عملکرد پزشکان در مواردی همچون بهتر شدن ارتباط پزشک و بیمار، کاهش ارجاع های غیر ضروری به مراکز تخصصی، تجویز مناسب دارو، افزایش رضایت بیماران و ارتقای وضعیت آموزش به بیماران و همراهان بیمار شده بود.^(۲،۷،۹،۱۲) نتایج این مطالعه نیز مشابه نتایج مطالعات ذکر شده می باشد و این در حالیست که این تحقیق با دیدگاه جامع انجام شده و تمامی اجزای مدیریت بیماران را در نظر گرفته و این اجزا را پس از دسته بندی در سه قالب عملکرد بالینی، عملکرد مدیریتی و عملکرد آموزشی مورد ارزیابی قرار داده است.

نکته قابل توجه در مورد ارتقای عملکرد بالینی پزشکان در این طرح این است که با توجه به اینکه، این مدل آموزشی تلفیقی از آموزش تئوری با آموزش بالینی بیمار می باشد، مورد توجه پزشکان واقع شده و آنها با علاقه و بصورت فعال در مباحث آموزشی شرکت داشتند. عملکرد آموزشی پزشکان نیز بعد از مداخله بهتر شد، با توجه به اینکه در این مدل تأکید زیادی بر آموزش به بیمار و اطرافیان بیمار شد، همچنین فواید

در ارتباط با عملکرد بالینی بیشترین تغییر مربوط به ارتباط مناسب بین پزشک و بیمار بود که از ۱/۳ به ۴/۱ افزایش یافت و کمترین تغییر مربوط به استفاده از پاراکلینیک متناسب با تشخیص های افتراقی بود و از ۱/۲ به ۱/۸ ارتقا یافت. در مورد عملکرد مدیریتی بیشترین تغییر مربوط به اختصاص دادن زمان کافی جهت ویزیت بیماران بود که از ۱/۶ به ۴ افزایش یافت و کمترین تغییر مربوط به مراجعه به موقع جهت ویزیت بیماران بود و از ۰/۸ به ۱/۳ ارتقا یافت. در ارتباط با عملکرد آموزشی بیشترین تغییر مربوط به آموزش درباره پیشگیری اولیه بود که از ۰/۹ به ۳/۹ افزایش یافت و کمترین تغییر مربوط به در نظر داشتن باورهای فرهنگی بیمار به هنگام آموزش بود و از ۰/۸ به ۱/۲ ارتقا یافت.

بحث

یافته های این بررسی نشان می دهد که میانگین نمره عملکرد بالینی، مدیریتی و آموزشی پزشکان گروه مداخله در پایان مطالعه در مقایسه با شروع مطالعه و همچنین در مقایسه با گروه شاهد افزایش یافت. مطالعات خارجی و داخلی که در این ارتباط یافت شدند، به بحث آموزش مدیریت بیماران با دیدگاه جامع نپرداخته بودند بلکه مطالعه بر روی اجزای مدیریت

مراجعه بود. نکته ديگر عدم استقبال مناسب مسئولين اجرايي نظام بهداشتي از اين طرح بود. با توجه به نتايج تحقيق حاضر و تحقيقات داخل و خارج از کشور، آموزش مدل مدیریت بيماران به پزشکان در دراز مدت با صرفه ترين راهکار برای ارائه خدمات مناسب به بيماران می باشد. همچنين با توجه به نقاط قوت و ضعف می توان در تحقيقات بعدی در جهت تقويت بيشتر نقاط قوت اين مطالعه کوشيد و همچنين در جهت رساندن نقاط ضعف به شرايط مطلوب حرکت نمود، تا در آینده الگویی مناسب برای آموزش مدیریت جامع بيماران به دانشجویان پزشکی و پزشکان داشته باشيم.

سپاسگزاری

بدینوسیله از همکاری کلیه همکاران گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی اصفهان، مخصوصاً سرکار خانم دکتر زيبا فرج زادگان و آقای دکتر غلامرضا صدري که در انجام اين طرح کمال همکاری را داشتند سپاسگزاری می نمايم.

آموزش به بيماران با ذکر مثالهای مناسب و با استفاده از ساير کارهای تحقيقي به آنان متذکر گرديد، تغيير و ارتقای عملکرد پزشکان در اين زمينه مشاهده شد. عملکرد مدیریتی پزشکان پس از آموزش مدل، در کل بهتر شد ولی در مواردی همچون مدیریت زمان، مکان و عادات غلط اداری نیاز به فرهنگ سازی و کار مداوم در این زمينه هستيم. در کشورهای پیشرفته به مدیریت بيماران، اهمیت زیادی می دهند، چرا که باعث ارتقای عملکرد پزشکان و همچنين تبعات مفيد ناشی از آن می شود، تحقيقات در زمينه مدیریت بيماران روز به روز در حال گسترش است، بطوریکه در برخی از دانشکده های پزشکی، آموزش اجزایی از مدیریت بيماران همچون ارتباط پزشک و بيمار، در دروه های آموزش پزشکی گنجانده شده است.^(۱۳) اجرای اين تحقيق با محدودیتهایی همراه بود، مهمترين محدودیت، پرداختن مطالعات به اجزای مدیریت بيماران بود که با دیدگاه جامع به اين موضوع نپرداخته بودند. محدودیت ديگر فقدان منبعی منسجم در ارتباط با مدیریت جامع بيماران برای

References

۱. بيله رودی سیروس. شبکه بهداشت و درمان شهرستان. چاپ دوم، صندوق کودکان سازمان ملل متحد، ۱۳۷۸، ص ۱۲۷-۱۲۶.
2. Howard B. The biopsychosocial model, patient – centered care, and culturally sensitive practice. Family practice 1999, 48 (8) : 585-587.
3. 3-Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. N Engl J Med 2002 ;12;347(24):1933-1940.
4. Gholamreza-Sepehri, Meimandi MS. The quality of prescribing in general practice in Kerman, Iran. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 2005;18(4-5):353-360
5. Mohagheghi MA, Mosavi-Jarrahi A, Khatemi-Moghaddam M, et al. Community-based outpatient practice of antibiotics use in Tehran. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2005;14(2):135-138
۶. پارسی نیا سعید. تحقيق در راستای سلامت. چاپ اول، دفتر ارتباطات و آموزش بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش

7. Christopher B. Family physicians, referral decisions. *Family practice* 2002, 51 (3): 215-222
8. دانا سیادت زهرا. بررسی اثر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر مهارت های بالینی دستیاران داخلی و عفونی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. پایان نامه تخصصی پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی اصفهان، ۱۳۸۴.
9. Moria Stewart, Judith Bell Brown, Allan Donner. The impact of patient – centered care on outcomes. *Family practice*, 2000, 49(9): 796- 804.
10. Military M, Kaya S, Cankul H. Comparing patients` and physicians` opinions on quality outpatient care. *Mil Med* 2003, 168(12): 1029-1033.
11. Lan R. Mc Whinny, Stewart M, et al. Why we need a new clinical method? *Patient-Centered Medicine Transforming the clinical method*. USA: Sage; 1995: 1-18
12. Thomas A, Marciniak T, Edward F, et al. Improving the quality of care for medicare patients with acute myocardial infarction. *Jama* 1998, 279(17): 1351-1357.
13. Kurtz S. Doctor-patient communication. *Neural. sci. can.* 2002, 29 (S12): S 23-29.

Archive of SID

The Impact of the Model of Patients Integrated management Training on Physicians' Performance

Dehghan Haghighi J, PhD*; Mahmoodiyan SA, PhD**; Jamshidi A, MD***

Hormozi M ...****; Asgari HA, MD**

Background: *How to care for the patients has a principle role in the quality of the services provided, so patients' management is one of the major duties of doctors. However, in Iran there is not a comprehensive program to achieve this goal and medical training is based on diseases while it should be patient based. This study tries to provide a practical approach in training how to manage patients.*

Materials and Methods: *In this research 60 general practitioners working in urban health centers in Isfahan were randomly selected and studied. 30 physicians from health center number 1 were put in case group and the other 30 from health center number 2 were placed in control group. In conducting the project 4 physicians who had received necessary training worked as instructors. In the beginning of the study, the case group attended in theory classes about integrated patient management, and at the end of this class a package of integrated patient management was given to them. Then the plan was performed practically in the field. Throughout the study both case and control group received the usual training of health centers. The performance of the physicians were evaluated through check list both in the beginning and end of the study.*

Results: *Before the study the mean scores of physicians' performance in both groups was the same; however, after the intervention the mean score of the case group was significantly higher than that of the control group. In the end of the study the mean score of clinical performance in case group was 48.9 and in control group was 42.1 ($P < 0.05$), mean score of management performance in case group was 38.6 and in control group 32 ($P < 0.05$), and mean score of training performance in case group was 26.4 and in control group 22.1 ($P < 0.05$).*

Conclusion: *Results indicated that integrated management training can enhance educational, clinical and management performances of physicians.*

KEY WORDS: *The holistic patients` management, physicians` function, clinical function, management function, education function.*

* Dept of Social Medicine, Faculty of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services Zahedan, Iran.

** Dept of Social Medicine, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences and Health Services Isfahan, Iran.

*** Health Services Center, Isfahan University of Medical Sciences and Health Services Isfahan, Iran.

**** Health Services Center, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services Zahedan, Iran.