

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^{**}

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۱۲/۱۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۶/۶/۲۴

* 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

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 می باشد. با این وجود در حال حاضر در کشور ایران، برای این امر مهم برنامه ای جامع وجود ندارد و آموزش پزشکان و دانشجویان پزشکی بر محور بیماری است، در حالی که می بایست 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 نمونه گیری 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 آموزش های 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 مداخله ای صورت نگرفت و در طول مطالعه هر دو گروه مداخله و شاهد، تحت آموزش های معمول مراکز بهداشت ۱ و ۲ شهرستان اصفهان بودند. در ابتدای انتهای مطالعه عملکرد پزشکان توسط چک لیست ارزیابی شد و اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون های زوجی و t مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $P < 0/05$ از نظر آماری معنی دار تلقی شد.

یافته ها: 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 معنی داری 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 ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: یافته ها نشان داد که آموزش مدیریت جامع بیماران، می تواند 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)

کلیدواژه ها: مدیریت جامع بیماران، عملکرد پزشکان، عملکرد بالینی، عملکرد مدیریتی، عملکرد آموزشی

مقدمه

گسترده ای 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

از بیمارهای مزمن، تاخیر در تشخیص، خطاهای پزشکی و مصرف بی رویه دارو از جمله این مشکلات است. مدیریت بیمارانی که با هدف دستیابی به بهترین عملکرد مراقبتی از بیمارانی طراحی شده است، یکی از وظایف اصلی پزشکان است. این وظیفه را پزشکان در قالب پذیرش، رفع مشکل و در صورت لزوم ارجاع بیمارانی به مراکز تخصصی، آموزشهای لازم به بیمارانی و خانواده آنها، طراحی و انجام بررسیهای اپیدمیولوژیک برای شناخت مسائل بهداشتی و بیماریهای 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 بیمارانی شیوه ای از مدیریت بیمارانی است که در این روش همه یا بیشتر علائم جسمی و روانی بیمارانی با توجه به ابعاد اجتماعی، محیطی، روانی و فرهنگی آنان مدیریت می شود. روش مصاحبه با محوریت بیمار است. سه سطح پیشگیری، خصوصاً پیشگیری اولیه، مد نظر پزشک قرار می گیرد.^(۲) تحقیقات نشان می دهد که به علت عدم رعایت اصول مدیریت و مراقبت از بیمارانی خطاهای پزشکی زیادی اتفاق می افتد و در نتیجه بار مالی سنگینی به بیمارانی و دولت ها تحمیل می شود. از جمله در بررسی Blendon و همکاران، ۴۲ درصد بیمارانی و ۳۵ درصد پزشکان در آمریکا خطاهای مراقبتی از بیمارانی 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 بیمارانی می باشد. تجویز داروهای تزریقی برای ۴۲ درصد بیمارانی 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 بیمارانی است، میزان تجویز غیر منطقی آنتی بیوتیک را کاهش داده است.^(۵) حرکت موثر به سوی ارتقای سلامت و بهبود وضعیت مدیریت بیمارانی مستلزم تغییرات اساسی در روشهای

سنتی و سیاست عمومی می باشد، این نیاز در بحث آموزش مدیریت بیمارانی به شدت احساس می شود.^(۶) مدیریت جامع بیمارانی، 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.^(۷،۸) توجه به اصول مدیریت بیمارانی موجب ارتقای عملکرد پزشکان و در نتیجه افزایش رضایتمندی بیمارانی، کاهش مراجعات غیر ضروری به مراکز تخصصی و فوق تخصصی، مصرف منظم و صحیح دارو توسط بیمارانی 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 بیمارانی و نظام خدمات سلامت برخورداری 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 بیمارانی تا کنون مورد توجه کافی قرار نگرفته است، تحقیق حاضر جهت ارزیابی تاثیر آموزش مدیریت جامع بیمارانی بر عملکرد مراقبتی پزشکان اجرا شد تا راهکار عملی مناسبی را جهت آموزش مدیریت جامع بیمارانی 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

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 آیت ها نمره از یک تا پنج در نظر گرفته شد و دستورالعملی برای طریقه نمره دهی به هر کدام از آیت 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 براین 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

بيوسايكوسوشيال، مديريت مصاحبه درمانگاهي با بيمار و تحليل يافته ها، مديريت منابع در مراقبت از بيماران، روش آموزش به بيماران و خانواده آنها، نحوه پي گيري بيماريها، ارجاع صحيح بيماران به مراکز تخصصي و ثبت بيماران مي شد، بعد از آموزش تئوري، مديريت جامع بيماران به صورت عملي و در محل مراکز بهداشتي درماني به گروه مداخله آموزش داده شد. آموزش عملي حين ويزيت بيماران و با توجه به اصول ديدگاه بيوسايكوسوشيال انجام شد. جهت هماهنگي عمل كردن در آموزش عملي علاوه بر آموزش هايي كه توسط مجريان طرح به مربيان داده شد در شروع كار مجريان طرح به صورت فعال در كنار مربيان بودند و عملکرد چهار مربي را با هم هماهنگي كردند، همچنين چك ليستي تحت عنوان آموزش در عرصه جهت مربيان طراحي شد و كلييه موارد مرتبط با آموزش عملي در آن لحاظ گرديد. در آموزش عملي مواردی همچون مديريت زمان، مكان و تجهيزات، نحوه شرح حال گرفتن صحيح از بيمار و دادن پس خوراند آموزشي، بحث پيرامون تشخيص هاي افتراقي، بحث در مورد درمان و توجه به عوارض داروها، توجه به سلامت بيمار و در نظر داشتن فاكترهاي خطر، بحث در مورد ارجاع مناسب بيماران به سطوح تخصصي، توجه به ثبت و گزارش بيماري ها و اهميت آموزش به بيمار و خانواده او را شامل مي شد. پس از اتمام آموزش تئوري و عملي مديريت جامع بيماران به گروه مداخله، ۲ ماه هيچگونه مداخله اي در اين گروه صورت نگرفت، سپس عملکرد پزشكان هر دو گروه مداخله و شاهد مجدداً توسط چك ليست ها، مورد ارزيابي قرار گرفت، در طول مطالعه در گروه شاهد، هيچگونه مداخله اي توسط مجريان طرح صورت نگرفت، ولي هر دو گروه مداخله و شاهد در طول مطالعه تحت آموزش هاي معمول

مراکز بهداشت ۲۱ اصفهان قرار داشتند، كه با توجه به موقعيت مكاني اين دو مركز و همجواري باهم، آموزش ها در هر دو گروه به صورت يكسان و توسط كارشناسان مركز بهداشت استان برگزار مي شد. اطلاعات چك ليست ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آزمون t زوجي و t مستقل تجزيه و تحليل شد و $P < 0.05$ معني دار تلقی شد.

يافته ها

دو گروه مداخله و شاهد از نظر ويژگي هاي ميانگين سابقه كار، ميانگين تعداد ويزيت روزانه، ميانگين نمره رضايت شغلي و ميانگين نمره رضايت از نظام اداري در وضعيت مشابهي قرار داشتند. (جدول شماره ۱) ميانگين نمره عملکرد پزشكان در گروه مداخله بعد از مطالعه نسبت به ابتدای مطالعه تفاوت معني داري داشت. بدین ترتيب ميانگين نمره عملکرد باليني پزشكان گروه مداخله با در نظر داشتن حداكثر نمره ۶۰، در شروع مطالعه ۴۱/۲ بود كه در پايان مطالعه به ۴۸/۹ رسيد ($P < 0.05$)، ميانگين نمره عملکرد مديريتي پزشكان گروه مداخله با در نظر داشتن حداكثر نمره ۴۵، در شروع مطالعه ۳۲/۴ بود كه در پايان مطالعه به ۳۸/۶ رسيد ($P < 0.05$)، ميانگين نمره عملکرد آموزشي پزشكان گروه مداخله با در نظر داشتن حداكثر نمره ۳۵، در شروع مطالعه ۲۱/۱ بود كه در پايان مطالعه به ۲۶/۴ رسيد ($P < 0.05$).

ميانگين نمره، انواع عملکرد پزشكان قبل از مطالعه، در گروه مداخله و شاهد تفاوت معني داري نداشت. در پايان مطالعه، ميانگين نمره انواع عملکرد پزشكان شامل: عملکرد باليني، عملکرد مديريتي، عملکرد آموزشي در گروه مداخله تفاوت معني داري با گروه شاهد داشت ($P < 0.05$). (جدول شماره ۲)

جدول ۱- مقايسه برقي ويژگيهاي گروههاي مورد مطالعه

ويژگي گروه	ميانگين سابقه كار (سال)	ميانگين تعداد ويزيت روزانه	ميانگين نمره رضايت شغلي	ميانگين نمره رضايت از نظام اداري
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	

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. درمورد 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

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 حالست 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

آموزش به بیماران با ذکر مثالهای مناسب و با استفاده از سایر کارهای تحقیقی به آنان متذکر گردید، تغییر و ارتقای عملکرد پزشکان در این زمینه 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 زمینه هستیم. در کشورهای پیشرفته به مدیریت بیماران، اهمیت زیادی می دهند، چرا که باعث ارتقای عملکرد پزشکان و همچنین تبعات مفید ناشی از آن می شود، تحقیقات در زمینه مدیریت بیماران روز به روز در حال گسترش است، بطوریکه در برخی از دانشکده های پزشکی، آموزش اجزایی از مدیریت بیماران همچون ارتباط پزشک و بیمار، در دروه های آموزش پزشکی گنجانده شده است.^(۱۳)

اجرای این تحقیق با محدودیتهایی همراه بود، مهمترین محدودیت، پرداختن مطالعات به اجزای مدیریت بیماران بود که با دیدگاه جامع به این موضوع نپرداخته بودند. محدودیت دیگر فقدان منبعی منسجم در ارتباط با مدیریت جامع بیماران برای

مراجعه بود. نکته دیگر عدم استقبال مناسب مسئولین اجرایی نظام بهداشتی از این طرح بود. با توجه به نتایج تحقیق حاضر و تحقیقات داخل و خارج از کشور، آموزش مدل مدیریت بیماران به پزشکان در دراز مدت با صرفه ترین راهکار برای ارائه خدمات مناسب به بیماران می باشد. همچنین با توجه به نقاط قوت و ضعف می توان در تحقیقات بعدی در جهت تقویت بیشتر نقاط قوت این مطالعه کوشید و همچنین در جهت رساندن نقاط ضعف به شرایط مطلوب حرکت نمود، تا در آینده الگویی مناسب برای آموزش مدیریت جامع بیماران به دانشجویان پزشکی و پزشکان داشته باشیم.

سپاسگزاری

بدینوسیله از همکاری کلیه همکاران گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی اصفهان، مخصوصاً سرکار خانم دکتر زیبا فرج زادگان و آقای دکتر غلامرضا صدری که در انجام این طرح کمال همکاری را داشتند سپاسگزاری می نمایم.

References

۱. پيله 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. تحقیق 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
۸. 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.

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.