



دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی

پایان نامه متغ کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

عنوان:

بررسی وضعیت ابعاد دسترسی در برنامه پزشک خانواده روستایی شهرستان کرمان در سال ۱۳۹۷

توسط: مرضیه یوسفی

استاد راهنما: دکتر رضا دهنویه

اساتید مشاور:

دکتر وحید یزدی فیض آبادی، دکتر محمدرضا بانسی

سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷

چکیده

مقدمه و هدف: یکی از اهداف اساسی نظام های سلامت، تسهیل دسترسی افراد به خدمات بوده، به نحوی که همه‌ی اقشار جامعه بتوانند از این خدمات به نحو مطلوب بهره مند گردند. در این راستا، برنامه پزشک خانواده روستایی در سال ۱۳۸۴ در روستاها و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر در ایران به اجرا در آمد. هدف مطالعه حاضر، شناسایی وضعیت ابعاد مختلف دسترسی این برنامه در شهرستان کرمان می باشد.

روش تحقیق: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی و مقطعی، جامعه آماری تمامی کارکنان مراکز جامع خدمات سلامت و همچنین تمامی جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده روستایی در شهرستان کرمان بوده است. روش نمونه گیری برای مردم به صورت نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای ($n=1824$) بوده است و برای کارکنان به روش سرشماری ($n=220$) صورت گرفت. ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه محقق ساخته "دسترسی به خدمات سلامت" بر اساس مدل لوسک با مقیاس پنجگانه لیکرت شامل پنج بعد قابلیت استفاده، مقبولیت، موجود بودن، توانایی مالی و تناسب بود. با استفاده از نظرات ۲۹ نفر از خبرگان روایی محتوایی تایید و سپس برای بررسی پایایی پرسشنامه، آلفای کرونباخ $0/87$ برای پرسشنامه مردم و $0/92$ برای پرسشنامه کارکنان بدست آمد. برای توصیف ویژگیهای دموگرافیک مردم و کارکنان از فراوانی و درصد و برای توصیف وضعیت ابعاد دسترسی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای آمار تحلیلی نیز از مدل چندسطحی با رویکرد حذف رو به عقب برای برآورد اثر هر متغیرهای مستقل (سن، جنسیت، درآمد، تعداد اعضای خانواده، وضعیت بیمه، نوع بیمه، میزان تحصیلات، سابقه کار) روی ابعاد دسترسی (قابلیت استفاده، مقبولیت، موجود بودن، توانایی مالی و تناسب) استفاده شد. پرسشنامه‌ها پس از تکمیل و جمع آوری، در نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ وارد شد.

یافته ها: بیشترین و کمترین میانگین دسترسی به ترتیب مربوط به بعد قابلیت استفاده با میانگین و انحراف معیار

$3/79 \pm 0/62$ و بعد موجود بودن با میانگین $3/40 \pm 0/46$ بود. از نظر مردم به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین دسترسی

به ترتیب مربوط به بعد توانایی مالی $3/39 \pm 0/92$ و بعد موجود بودن با میانگین $2/52 \pm 0/52$ بود. بین نظر مردم و

کارکنان در مورد بعد قابلیت استفاده، مقبولیت، موجود بودن و تناسب تفاوت معنی داری وجود داشت ($P\text{-value} < 0/001$).

بین نظر مردم و کارکنان در بعد توانایی مالی تفاوت معنی داری وجود نداشت ($P\text{-value} = 0/270$). از دیدگاه کارکنانی با

سابقه کمتر از ۱۰ سال و ۱۱-۲۰ سال نسبت به افراد با سابقه بیشتر از ۲۰ سال، متوسط نمره دسترسی بیشتر بود. از

دیدگاه کارکنانی با تحصیلات کارشناسی و دیپلم و فوق دیپلم نسبت به افراد با تحصیلات ارشد و بالاتر، متوسط نمره

دسترسی کمتر بود. از دیدگاه کارکنانی با رده سنی ۴۰-۳۰ نسبت به افرادی با رده سنی بالاتر از ۴۰، متوسط نمره دسترسی از جنبه بعد توانایی مالی ۰/۳۸ واحد بیشتر بود. از دیدگاه مردم در افرادی با رده سنی ۳۵-۴۵ سال نسبت به افراد بالای ۴۵ سال، متوسط نمره دسترسی بیشتر بود. از دیدگاه افرادی با تحصیلات زیر دیپلم نسبت به افرادی با تحصیلات بالاتر از کارشناسی، متوسط نمره دسترسی بیشتر بود. از دیدگاه افرادی با درآمد به ترتیب پانصد هزار-یک میلیون تومان نسبت به افرادی با درآمد یک میلیون و پانصد تومان به بالا، متوسط نمره دسترسی کمتر بود.

بحث و نتیجه گیری: وضعیت دسترسی در برنامه پزشک خانواده روستایی از نگاه مردم در ابعاد توانایی مالی، مقبولیت و قابلیت استفاده، بهتر از ابعاد تناسب و موجود بودن بود. وضعیت دسترسی از نگاه کارکنان در ابعاد قابلیت استفاده، تناسب و مقبولیت بهتر از ابعاد توانایی مالی و موجود بودن بود. عواملی نظیر عدم آگاهی کامل مردم از وظایف پزشک خانواده روستایی، راحت نبودن دسترسی افراد مبتلا به بیماری های مزمن، معلولان و سالمندان، عدم وجود نظرسنجی در زمینه بهبود کیفیت خدمات از کارکنان و مردم، بومی نبودن پزشک و اعضای تیم سلامت و عدم وجود سیستم نوبت دهی قبل از مراجعه، دسترسی به خدمات را با محدودیت مواجه می کند. برای ارتقای وضعیت دسترسی به خدمات، تدوین برنامه ای برای کاهش این محدودیت ها ضروری می باشد.

واژه های کلیدی: دسترسی ، ابعاد دسترسی ، برنامه پزشک خانواده روستایی، کرمان

Abstract

Introduction & Purpose: One of the basic aims of health systems is facilitating the access to services in a way that all walks of the society are able to properly benefit from them. In this regard, the rural family physician program was implemented in Iran in villages and cities with population under 20 thousand in 2005. The present study aims at identifying the status of different access dimensions of this program in Kerman.

Method: In this descriptive-analytical and cross-sectional study, the statistical population of all staff of health centers as well as the population under the coverage of rural family physician program was in Kerman. The sampling method was a multi-stage random sampling method ($n = 1824$) for people. The census method ($n = 220$) was used for staff. The data collection tool was a researcher-made "Access to Health Services" questionnaire based on five Likert scale Lewecke model including five dimensions of appropriateness, acceptability, availability, financial capability and appropriateness. Using the comments of 29 experts, content validity was confirmed and then, to examine the reliability of the questionnaire, Cronbach's alpha was 0.87 for the people's questionnaire and 0.92 for the staff questionnaire. The questionnaires were collected and entered into SPSS 19. Mean and standard deviation were used to describe the accessibility status. For analytical statistics, the multilevel model with a reversal approach is used to estimate the effect of each independent variable (age, gender, income, family members, insurance status, type of insurance, degree of education, work experience) on the dimensions of access .

Findings: The highest and lowest mean of access respectively was related to the approachability dimension with mean and standard deviation of 3.79 ± 0.62 and the availability of the item with a mean of 3.40 ± 0.46 . For the people, the highest and lowest mean of access, respectively, was related to the affordability dimension of 3.39 ± 0.92 , and the availability of the item with a mean of 2.52 ± 0.52 , respectively. There was a significant difference between the viewpoints of people and staff about availability, acceptability, availability and appropriateness dimensions (P-value <0.001). There was no significant difference between the views of people and employees on the affordability dimension (P-value = 0.067).rience) on the

dimensions of access .From the perspective of employees with a history of less than 10 years and 20-11 years, the average access score was higher than those with a history of more than 20 years. From the perspective of graduate and postgraduate students, the average access score was lower for those with higher education and higher education. From the employees' point of view, the age range of 40-30 was higher than that of those older than 40, the average access scores were more than 0.38. From the point of view of people in the age group of 45-35 years, the average access score was higher than those over the age of 45 years. From the point of view of those with a postgraduate education, the average access score was higher for those with higher education than the bachelor's degree. From the point of view of people with income of 5 million to 10 million rials, the average access score was lower than those with a yield of 15 million rials.

Discussion & Conclusion: The accessibility status in the rural family physician program from people's point of view was better in affordability, acceptability, and approachability than it was in appropriateness and availability. However, from the point of view of the staff members, accessibility status in approachability, appropriateness, and acceptability dimensions was better than in affordability and availability dimensions. Factors such as peoples' lack of sufficient knowledge of rural family physicians' duties, difficulties in access to the services for people with chronic conditions, disabled and the elderly people, lack of surveys and opinion polls in the field of service quality improvement, physicians and their team not being local, and the lack of a proper queue management system create limitations for accessibility of the services. In order to improve the status of service accessibility, there is an exigent need for designing a program to reduce these limitations.

KEYWORDS: Access, Access dimensions, rural family physician program, Levesque Model, Kerman.



Kerman University of Medical Science

**School of Management and Medical Informatics
In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree
Master of Sciences of Health Care Management**

Title:

**The Study of the Status of Access Dimensions in Rural Family Physician
Program in Kerman in 2018**

By:

Marzieh Yousefie

Supervisor:

Dr. Reza Dehnavieh

Advisors:

Dr. Vahid Yazdi Feyzabadi, Dr. Mohamad Reza Baneshi

2019