

ارزیابی عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی شبکه بهداشت جنوب شهر تهران

حسین درگاهی*^۱، علیرضا دررودی^۲

^۱ استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران

^۲ کارشناس ارشد اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسؤول: حسین درگاهی

hdargahi@sina.tums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت ارزیابی در راستای اطمینان از کیفیت عملکرد و خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی و درمانی، این مطالعه با هدف تعیین نحوه عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی شبکه بهداشت جنوب تهران انجام شد.

روش پژوهش: پژوهش حاضر به صورت توصیفی-تحلیلی و مقطعی بر روی ۳۶۰ نفر از مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی شبکه بهداشت جنوب تهران انجام شد. از بین ۳۱ مرکز بهداشتی و درمانی، تعداد ۱۵ مرکز به شیوه نمونه گیری تخصیص متناسب انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ارزیابی مراقبت اولیه بود که شامل ۲ بخش سؤالات دموگرافیک و سؤالات مربوط به شاخص‌های ارزیابی مراکز بهداشتی درمانی بود. داده‌ها وارد نرم افزار آماری SPSS 22 شد و آزمون‌های آماری تحلیلی t و آنوا جهت تحلیل داده مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: عملکرد کلیه مراکز بهداشتی درمانی مورد مطالعه کمتر از میانگین (۱/۵۶) بود و بیشترین میانگین امتیاز مربوط به تداوم مراقبت (۲/۶۴) و کمترین میانگین امتیاز (۰/۸۱) مربوط به شاخص جامعیت مراقبت بود. همچنین بین سن، میزان تحصیلات، تعداد مراجعه و علت مراجعه افراد مراجعه کننده با بعضی از شاخص‌های ارزیابی مراکز بهداشتی درمانی مورد مطالعه ارتباط معنی داری مشاهده شد. **نتیجه گیری:** تمامی مراکز مورد مطالعه نیاز به بهبود عملکرد دارند که می‌توان از طریق مداخله و بازبینی و اصلاح فعالیت‌ها، اهداف، خط‌مشی‌ها و عملکرد مدیران اقدامات اصلاحی را انجام داد.

واژه‌های کلیدی: ارزیابی عملکرد، ارزیابی، مرکز بهداشتی و درمانی، شبکه بهداشت

کاربرد مدیریتی: ایجاد درک و بینش صحیح از وضعیت کنونی عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی در

مدیران و مشخص کردن شاخص‌های نیازمند به ارتقاء و انجام اقدامات اصلاحی

ارجاع: درگاهی حسین، دررودی علیرضا. ارزیابی عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی شبکه بهداشت جنوب شهر تهران. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۷؛ ۴(۳): ۷۵-۲۶۴.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۰۲

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۷/۱۱/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۲۹

مقدمه

نظام‌های سلامت، نقش مهمی در بهبود زندگی و افزایش امید به زندگی در قرن جدید دارند (۱). سلامتی برای همه افراد یک هدف واحد نیست، بلکه تولید سلامت به این معنی است که مردم باید خدمات بهداشتی درمانی را در اختیار داشته باشند و امکانات بهتری برای افزایش طول عمر آنها مهیا شود (۲). برنامه ریزان و سیاستگذاران حوزه نظام سلامت باید توجه داشته باشند که ارائه مراقبت سلامت در مراکز بهداشتی درمانی سطوح اولیه از نظر اقتصادی بسیار اثر بخش‌تر و کارآمدتر از مراقبت ارائه شده در بیمارستان‌ها است (۳). در ایران نیز برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی درمانی مورد نیاز از اساسی‌ترین حقوق مردم شناخته می‌شود (۴) و بدین منظور وزارت بهداشت، مراقبت‌های اولیه بهداشتی را به‌عنوان درون‌مایه شبکه‌های بهداشت و درمان تعریف کرده است. خط مشی‌های دولت در نظام شبکه بهداشتی درمانی به طور عمده بر ۳ اصل اولویت خدمات پیشگیری بر خدمات درمانی، اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری برخوردار از امکانات و اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری پایه ریزی شد که بر اساس این اصول در طول دهه‌ی ۱۳۶۰ نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در قالب شبکه‌های بهداشتی درمانی شکل گرفت (۵).

شبکه بهداشت و درمان شهرستان، کوچکترین واحد مستقل نظام بهداشت و درمان کشور را تشکیل می‌دهد. اولین سطوح ارائه خدمات به مردم، مراکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی است که وظیفه اصلی آنها ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی به جمعیت تحت پوشش و در صورت لزوم، ارجاع آنها به سطوح بالاتر و از جمله به بیمارستان‌ها است. هدف از عرضه خدمات بهداشتی درمانی مطلوب در این مراکز، تأمین سلامت کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی برای افراد جامعه است که باید دارای ویژگی‌هایی مانند در دسترس بودن، کیفیت بالا و قابل قبول بودن باشد (۶). مراکز بهداشتی درمانی، وظایف ارائه مراقبت پیشگیرانه و درمانی جامع و قابل دسترس به‌منظور دستیابی به متداول‌ترین نیازهای بهداشتی جامعه را هماهنگ با سطوح دیگر نظام سلامت در مواقع ارجاع به عهده دارند (۷). برای ارزیابی عملکرد این مراکز، شاخص‌های بهداشتی در جهت چگونگی ارائه خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت‌های تحت پوشش مورد نیاز است (۸).

از سوی دیگر، ارزیابی عملکرد، یک فرایند رسمی در سازمان‌ها است که بر اساس اهداف عینی به مقایسه بین عملکرد انجام شده و عملکرد مورد انتظار می‌پردازد. بیش از ۹۰ درصد از سازمان‌های بزرگ دارای نظام ارزیابی عملکرد هستند و بیش از ۷۵ درصد آنها ارزیابی را به صورت سالیانه انجام می‌دهند. در سازمان‌های بهداشتی و درمانی، ارزیابی عملکرد جهت اطمینان از کیفیت عملکرد و خدمات ارائه شده صورت می‌گیرد و هدف نهایی آن بهبود کیفیت مراقبت از بیمار و تضمین ایمنی وی می‌باشد (۹).

ملکی و همکاران (۱۳۹۰) گزارش کردند که شیوه‌های رایج ارزیابی عملکرد مراکز بهداشتی درمانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از مدل علمی پیروی نمی‌کند و از هیچ مدل ملی و بین‌المللی نیز استفاده نمی‌کند (۱۰). کریمی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش نیمه تجربی خود در استان ایلام اعلام کردند، انجام برنامه‌های ارزیابی و نظارتی بر عملکرد مراکز بهداشتی درمانی موجب ارتقاء شاخص‌های بهداشتی در نظام سلامت خواهد شد (۱۱). فرح آبادی و همکاران (۱۳۹۰) نیز در مراکز بهداشتی درمانی شهری منتخب شهرستان اصفهان، مشخص کردند که کسب اطمینان از بهترین ارائه عملکرد خدمات بهداشتی درمانی مستلزم ارزیابی عملکرد مراکز بهداشتی درمانی است و بدین ترتیب مدیران می‌توانند در جهت ارتقاء کارایی این مراکز تلاش کنند و اصلاحات لازم را به انجام برسانند (۱۲).

در سال‌های اخیر، ارزیابی عملکرد به‌عنوان یکی از راهبردهای توسعه و بهبود کیفیت و بهره‌وری سرمایه انسانی به‌شمار می‌رود (۴). لذا چنانچه بازخورد منظم و اصولی از عملکرد سازمان‌ها و حداکثر توان و مشارکت کارکنان در دسترس مدیران سازمان‌ها قرار گیرد، افزایش بهره‌وری سازمان‌ها را به دنبال خواهد داشت (۱۳). ارزیابی عملکرد، امکان توسعه و پیشرفت سازمان‌ها را فراهم می‌آورد (۱۴) و می‌تواند اطلاعاتی درباره نقاط ضعف و قوت سازمان‌ها به منظور ایجاد زمینه‌های پیشرفت ایجاد کند (۱۵).

علاوه بر این، ارزیابی عملکرد مراکز بهداشتی درمانی چگونگی اجرای برنامه‌های پیش‌بینی شده را در این مراکز نشان می‌دهد و نارسایی‌های به وجود آمده را مشخص می‌کند (۱۶). اما ارزیابی مراکز بهداشتی درمانی به وسیله

(۲۰۰۷) استفاده شد (۷). پرسشنامه پژوهش حاضر شامل ۲ بخش بود که بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک (۸ سؤال) و بخش دوم پرسشنامه دارای ۸۲ سؤال مربوط به شاخص‌های ارزیابی شامل شاخص دسترسی (۱۱ سؤال)، اولین سطح مراقبت (۳ سؤال)، تداوم مراقبت (۱۰ سؤال)، جامعیت مراقبت (۲۲ سؤال)، هماهنگی (۱۹ سؤال)، خانواده محوری (۶ سؤال)، جامعه محوری (۵ سؤال) و ویژگی‌های ارائه دهنده (۶ سؤال) بود که در قالب امتیازدهی طیف لیکرت ۵ مرحله ای از "هرگز" (۰ امتیاز)، به ندرت (۱ امتیاز)، گاهی اوقات (۲ امتیاز)، تقریباً همیشه (۳ امتیاز) و همیشه (۴ امتیاز) مورد ارزیابی قرار گرفت. کسب نمره بالاتر از میانگین نشان دهنده‌ی وضعیت مطلوب و کسب نمره پایین‌تر از میانگین نشانگر وضعیت نامطلوب است.

جهت تعیین روایی محتوایی، ابتدا سؤالات مورد استفاده در پرسشنامه توسط ۲ تن از مترجمان خبره زبان انگلیسی به فارسی ترجمه گردید و پس از انطباق نسخه فارسی با انگلیسی توسط یکی دیگر از مترجمان زبان انگلیسی، پرسشنامه ترجمه شده در اختیار تعداد ۷ نفر اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران در رشته‌های مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، سیاست گذاری سلامت و اپیدمیولوژی و پزشکی اجتماعی قرار گرفت و بدین ترتیب روایی محتوایی آن به تأیید رسید. برای تعیین پایایی، پرسشنامه مذکور در طی ۲ مرحله در اختیار تعداد ۲۰ نفر از مراجعه کنندگان به مراکز خدمات بهداشتی درمانی که خارج از نمونه پژوهش بودند، قرار داده شد و پس از شناسایی و اخذ مشخصات و آدرس این افراد و پس از گذشت ۲ هفته، مجدداً پرسشنامه بین آن‌ها توزیع گردید و نتایج حاصل از ۲ مرحله با یکدیگر انطباق داده شد و میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر ۰/۸۰ به دست آمد.

پس از انجام هماهنگی پژوهشگران با مدیران مراکز بهداشتی شبکه جنوب شهر تهران، پرسشگران ابتدا هدف از مطالعه را برای پاسخ دهندگان بیان کرده و به آن‌ها تضمین دادند که داده‌های ارائه شده محرمانه خواهد ماند. ضمناً از ذکر نام مراکز بهداشتی درمانی نیز به دلیل رعایت اصل محرمانگی خودداری شد. همچنین آن گروه از پاسخ دهندگان که از نظر جسمی و روحی آمادگی تکمیل پرسشنامه را نداشتند از همراهان خواسته شد تا نسبت به تکمیل آن اقدام نمایند. داده‌ها پس از جمع آوری در نرم

مشتریان و مراجعان به این مراکز، خود عامل مهمی در اجرای نظام کیفیت در این سازمان‌ها به شمار می‌رود و مدیریت این مراکز را برای اخذ تصمیم‌های مهم در راستای برآورده کردن نیازها و انتظارات مشتریان و جلب رضایتمندی آن‌ها یاری می‌کند (۱۷). بهره برداری از دیدگاه مشتریان و مراجعان جهت ارزیابی عملکرد سازمان‌ها، چنانچه بر مبنای اطلاعات نادرست انجام شود، آثار زیان‌باری را برای این سازمان‌ها خواهد داشت. به همین دلیل، در بیشتر مطالعات انجام شده در این زمینه سعی شده است تا استفاده صحیحی از ابزارهای سنجش و ارزیابی به عمل آید (۱۸). با توجه به اهمیت ارزیابی در جهت اطمینان از عملکرد مطلوب و دسترسی خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی، این مطالعه با هدف تعیین نحوه عملکرد مراکز بهداشتی درمانی وابسته به شبکه بهداشت جنوب تهران در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

روش پژوهش

این پژوهش توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی، در بازه زمانی ۱۲ ماه در سال ۱۳۹۵، انجام شد. جامعه پژوهش در این مطالعه، مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی و درمانی شبکه بهداشت جنوب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران شامل ۳۱ مرکز در ۵ منطقه از مناطق شهرداری تهران شامل منطقه ۱۹ با ۸ مرکز، منطقه ۱۷ با ۷ مرکز، منطقه ۱۶ با ۸ مرکز، منطقه ۱۱ با ۵ مرکز و منطقه ۱۰ با ۳ مرکز بودند. حجم نمونه به شیوه نمونه‌گیری تخصیص متناسب و با استفاده از فرمول کوکران، به تعداد ۳۸۴ نفر به دست آمد. معیار ورود مراجعه‌ین به مطالعه داشتن تمایل و رضایت شخصی، مراجعه به مرکز مربوطه حداقل ۱ بار، داشتن سواد خواندن و نوشتن و سن قانونی ۱۸ سال تمام بود و معیار خروج نیز نداشتن تمایل به شرکت در مطالعه حاضر بود. برای اجرای پژوهش، ابتدا از میان ۵ منطقه و ۳۱ مرکز بهداشتی و درمانی، ۱۵ مرکز به طور تصادفی به این ترتیب انتخاب شدند: ۴ مرکز از منطقه ۱۹، ۴ مرکز از منطقه ۱۷، ۴ مرکز از منطقه ۱۶، ۲ مرکز از منطقه ۱۱ و ۱ مرکز از منطقه ۱۰. در نهایت ۳۶۰ نفر در بازه سنی ۷۵-۱۸ سالگی حاضر به همکاری شدند و پرسشنامه‌ها را پس از تکمیل عودت دادند. به عبارتی از هر مرکز، ۲۴ مراجعه کننده به پرسشنامه پاسخ دادند و ضریب پاسخ دهی برابر ۹۳ درصد بود.

به منظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه ارزیابی مراقبت اولیه (PCAT) Primary Care Assessment Tool

عبارتی از دیدگاه افراد مسن‌تر، عملکرد مراکز بهداشتی درمانی وضعیت مناسب‌تری داشتند.

در جدول ۳ مشخص شد که بین وضعیت عملکرد کل مراکز بهداشتی درمانی با شغل مراجعان به این مرکز رابطه آماری معنی داری وجود داشت ($p < 0/001$). همچنین بین شغل مراجعان با شاخص‌های تداوم مراقبت ($p = 0/004$), جامعیت و مراقبت جامعه محوری ($p < 0/001$), هماهنگی ($p = 0/003$) و ویژگی‌های آموزشی و مهارتی ارائه دهندگان مراقبت ($p = 0/033$) رابطه آماری معنی داری مشاهده گردید. از میان مشاغل مراجعان، بانوان خانه دار در مقایسه با دیگر افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی امتیاز بیشتری به عملکرد مراکز مورد مطالعه اختصاص دادند.

طبق یافته‌های جدول ۴، بین میزان تحصیلات مراجعان به مراکز بهداشتی درمانی با میانگین شاخص‌های دسترسی ($p = 0/020$), جامعیت ($p < 0/001$), هماهنگی ($p = 0/002$), مراقبت خانواده محور ($p < 0/001$), مراقبت جامعه محور ($p < 0/001$) و در نهایت با کل عملکرد مراکز مزبور ارتباط معنی داری وجود داشت ($p < 0/001$). به عبارتی، با افزایش میزان تحصیلات در میان مراجعان، امتیاز کمتری به نحوه خدمات ارائه شده داده شد. بنابراین، افرادی که تحصیلات دانشگاهی نداشتند در مقایسه با مراجعان دارای تحصیلات دانشگاهی، از عملکرد مراکز مربوطه رضایت بیشتری داشتند. بین تعداد مراجعه در ۱ سال با میانگین شاخص‌های دسترسی، جامعیت، مراقبت خانواده محور و مراقبت جامعه محوری رابطه‌ی معنی داری وجود نداشت ($p > 0/05$). بین تعداد مراجعه افراد به مراکز بهداشتی درمانی با اولین سطح مراقبت ($p = 0/001$), تداوم مراقبت ($p = 0/001$), هماهنگی ($p = 0/001$), ویژگی‌های آموزشی و مهارتی ارائه دهندگان مراقبت ($p = 0/001$) و در نهایت با عملکرد کل مراکز ($p = 0/001$) ارتباط آماری معنی داری دیده شد. به عبارتی، افرادی که بیش از ۱ بار در سال به مراکز بهداشتی درمانی مورد مطالعه مراجعه داشتند در مقایسه با افرادی که فقط ۱ بار در سال مراجعه کرده بودند، از عملکرد مراکز مزبور رضایت بیشتری داشتند ($p = 0/001$) (جدول ۵).

افزار آماری SPSS 22 وارد شد و آزمون‌های آماری تحلیلی t مستقل و آنوا جهت تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. ضمناً این مطالعه با کد اخلاق IR.TUMS.REC.1394-1893 در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران مورد تأیید قرار گرفته است.

یافته‌ها

از میان تعداد ۳۶۰ نفر از افراد شرکت کننده در مطالعه حاضر، بیشترین (۹۲/۵ درصد؛ ۳۳۳) آن‌ها مؤنث، در دامنه سنی ۲۶-۳۵ سال (۳۳ درصد؛ ۱۱۱)، متأهل (۹۶ درصد، ۳۱۶)، خانه دار (۶۵ درصد؛ ۲۳۸)، دارای مدرک دیپلم (۲۸ درصد؛ ۹۶)، دارای دفترچه بیمه سلامت (۵۵ درصد؛ ۲۰۰) بودند و بیش از ۱ بار در سال (۲۱ درصد؛ ۷۰) به مراکز مورد مطالعه مراجعه داشتند. همچنین بیشتر پاسخ دهندگان به دلیل دریافت مراقبت بهداشت خانواده و کمترین آنها به علت مراقبت دندانپزشکی به این مراکز مراجعه داشتند.

نتایج حاصل از جدول ۱ نشان داد، میانگین و انحراف معیار کل شاخص‌های مورد ارزیابی در تمامی مراکز مورد مطالعه ($0/59 \pm 1/56$ از ۴) و کمتر از میانگین (۲) بود و به عبارتی در وضعیت مطلوب قرار نداشت. همچنین بیشترین امتیاز در تمامی مراکز مربوط به شاخص تداوم مراقبت $0/72 \pm 2/64$ از ۴ و کمترین امتیاز مربوط به شاخص جامعیت برابر $0/99 \pm 0/81$ از ۴ بود. بیشترین امتیاز کل ارزیابی عملکرد مربوط به مرکز بهداشتی درمانی شماره ۱ با $0/79 \pm 2/10$ و کمترین آن مربوط به مرکز شماره ۱۵، $0/35 \pm 1/17$ بود.

یافته‌های جدول ۲ حاکی از آن بود که بین سن مراجعان به مراکز با میانگین شاخص‌های دسترسی، اولین سطح مراقبت، جامعیت، خانواده‌محوری و جامعه محوری ارتباط معنی داری وجود نداشت، اما بین سن با میانگین شاخص‌های تداوم مراقبت ($p = 0/036$), هماهنگی ($p = 0/029$), ویژگی‌های ارائه دهندگان ($p = 0/011$) و ارزیابی عملکرد کل مراکز بهداشتی درمانی مورد مطالعه ($p = 0/022$) رابطه‌ی آماری معنی داری وجود داشت. به-

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار امتیاز کسب شده ابعاد پرسشنامه ارزیابی مراقبت اولیه در مراکز خدمات بهداشتی درمانی

مراکز مورد بررسی	دسترسی	اولین سطح تماس	تداوم مراقبت	جامعیت	هماهنگی بین بخشی	مراقبت خانواده محوری	مراقبت جامعه محوری	ویژگی‌های آموزشی و مهارتی ارائه دهندگان مراقبت	کل
۱	۱/۸۰ ± ۰/۵۹	۲/۰۳ ± ۰/۹۰	۳/۰۱ ± ۰/۶۲	۱/۹۷ ± ۱/۵۶	۱/۹۵ ± ۱/۳۰	۱/۶۳ ± ۱/۱۹	۱/۶۳ ± ۱/۵۶	۲/۸۲ ± ۱/۱۶	۲/۱۰ ± ۰/۷۹
۲	۱/۹۴ ± ۰/۶۳	۲/۴۳ ± ۰/۹۹	۲/۶۱ ± ۰/۷۴	۱/۷۲ ± ۱/۳۹	۲/۱۹ ± ۱/۱۲	۱/۱۹ ± ۱/۰۲	۱/۴۰ ± ۱/۲۲	۲/۰۱ ± ۱/۲۳	۱/۹۴ ± ۰/۷۸
۳	۱/۹۵ ± ۰/۵۲	۱/۹۴ ± ۰/۷۸	۲/۶۷ ± ۰/۶۵	۰/۹۸ ± ۰/۶۲	۲/۲۵ ± ۰/۶۴	۱/۰۱ ± ۰/۸۹	۱/۱۲ ± ۰/۷۵	۲/۱۱ ± ۰/۷۰	۱/۷۵ ± ۰/۳۸
۴	۱/۵۳ ± ۰/۲۲	۲/۰۶ ± ۰/۷۸	۲/۳۱ ± ۰/۶۲	۱/۰۱ ± ۰/۸۶	۱/۹۲ ± ۰/۷۵	۱/۰۲ ± ۰/۸۸	۱/۶۲ ± ۰/۶۵	۲/۲۵ ± ۰/۶۹	۱/۷۱ ± ۰/۴۱
۵	۱/۸۰ ± ۰/۵۷	۲/۳۵ ± ۱/۰۳	۲/۳۷ ± ۰/۵۵	۰/۶۹ ± ۰/۴۸	۱/۸۹ ± ۰/۷۱	۰/۸۰ ± ۰/۷۷	۱/۵۱ ± ۰/۶۶	۲/۲۷ ± ۰/۶۴	۱/۷۱ ± ۰/۴۱
۶	۱/۷۵ ± ۰/۴۱	۲/۰۴ ± ۱/۰۶	۲/۲۶ ± ۰/۵۵	۰/۷۱ ± ۰/۳۶	۲/۰۶ ± ۰/۹۲	۰/۵۶ ± ۰/۶۷	۱/۲۲ ± ۰/۶۱	۲/۰۵ ± ۰/۷۷	۱/۵۸ ± ۰/۴۱
۷	۱/۹۰ ± ۰/۴۷	۱/۶۳ ± ۱/۱۱	۲/۱۳ ± ۰/۷۶	۰/۷۸ ± ۰/۸۲	۱/۸۲ ± ۰/۷۷	۰/۸۸ ± ۰/۸۵	۰/۹۸ ± ۰/۷۰	۱/۹۹ ± ۰/۹۱	۱/۵۱ ± ۰/۵۰
۸	۱/۶۱ ± ۰/۷۶	۱/۷۲ ± ۱/۰۳	۲/۲۸ ± ۱/۰۳	۰/۹۱ ± ۰/۹۷	۱/۷۳ ± ۰/۹۷	۰/۶۸ ± ۰/۵۹	۱/۰۳ ± ۰/۹۱	۲/۰۱ ± ۰/۹۳	۱/۵۰ ± ۰/۵۵
۹	۱/۷۱ ± ۰/۴۸	۱/۵۶ ± ۰/۶۱	۲/۶۳ ± ۰/۶۶	۰/۷۶ ± ۱/۰۰	۰/۹۵ ± ۱/۰۷	۱/۲۱ ± ۱/۰۸	۰/۹۷ ± ۱/۰۹	۲/۰۹ ± ۱/۴۲	۱/۴۸ ± ۰/۶۹
۱۰	۱/۵۴ ± ۰/۲۳	۱/۷۵ ± ۰/۴۸	۳/۰۶ ± ۰/۲۴	۰/۲۸ ± ۰/۱۳	۰/۸۴ ± ۰/۴۱	۰/۷۸ ± ۰/۳۰	۰/۰۰ ± ۰/۰۰	۳/۲۵ ± ۱/۱۵	۱/۴۴ ± ۰/۲۴
۱۱	۱/۶۰ ± ۰/۳۴	۱/۵۴ ± ۰/۶۷	۲/۹۴ ± ۰/۵۳	۰/۷۸ ± ۱/۲۴	۱/۰۲ ± ۱/۱۴	۰/۶۷ ± ۱/۰۰	۰/۵۵ ± ۱/۰۵	۲/۳۹ ± ۱/۳۰	۱/۴۴ ± ۰/۶۹
۱۲	۱/۷۶ ± ۰/۴۳	۲/۰۰ ± ۰/۷۸	۳/۷۶ ± ۰/۷۳	۰/۸۴ ± ۱/۲۴	۱/۰۸ ± ۱/۲۸	۰/۹۹ ± ۱/۰۳	۰/۵۶ ± ۱/۱۶	۱/۴۳ ± ۱/۵۲	۱/۴۳ ± ۰/۹۰
۱۳	۱/۴۸ ± ۰/۳۲	۱/۷۵ ± ۰/۵۲	۲/۹۹ ± ۰/۲۳	۰/۲۵ ± ۰/۱۰	۰/۵۰ ± ۰/۳۴	۰/۶۷ ± ۰/۴۵	۰/۰۰ ± ۰/۰۰	۳/۱۳ ± ۰/۸۹	۱/۳۵ ± ۰/۱۹
۱۴	۱/۳۳ ± ۰/۲۵	۱/۴۲ ± ۰/۵۴	۲/۹۵ ± ۰/۶۶	۰/۲۸ ± ۰/۱۴	۰/۵۳ ± ۰/۳۷	۰/۸۷ ± ۰/۵۱	۰/۳۱ ± ۱/۰۵	۲/۹۰ ± ۱/۴۰	۱/۳۴ ± ۰/۴۱
۱۵	۱/۵۸ ± ۰/۱۲	۱/۵۱ ± ۰/۴۱	۲/۷۱ ± ۰/۹۷	۰/۲۷ ± ۰/۱۹	۰/۴۷ ± ۰/۴۳	۰/۷۴ ± ۰/۴۹	۰/۰۰ ± ۰/۰۰	۲/۰۶ ± ۱/۲۲	۱/۱۷ ± ۰/۳۵
کل	۱/۶۹ ± ۰/۴۸	۱/۸۵ ± ۰/۸۵	۲/۶۴ ± ۰/۷۲	۰/۸۱ ± ۰/۹۹	۱/۴۱ ± ۱/۰۷	۰/۹۱ ± ۰/۸۵	۰/۸۶ ± ۱/۰۴	۲/۳۲ ± ۱/۱۸	۱/۵۶ ± ۰/۵۹

جدول ۲: رابطه سن مراجعان با میانگین شاخص‌های ارزیابی عملکرد در مراکز بهداشتی درمانی

شاخص	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	مقدار p
دسترسی	۱/۵۴	۴	۰/۳۹	۱/۶۸	۰/۱۵۴
اولین سطح مراقبت	۶/۰۱	۴	۱/۵۰	۲/۱۱	۰/۰۷۹
تداوم مراقبت	۵/۳۵	۴	۱/۳۴	۲/۶۱	۰/۰۳۶**
جامعیت	۵/۸۱	۴	۱/۴۵	۱/۵۰	۰/۲۰۲
هماهنگی بین بخشی	۱۲/۲۰	۴	۳/۰۵	۲/۷۲	۰/۰۲۹**
مراقبت خانواده محوری	۳/۹۲	۴	۰/۹۸	۱/۳۶	۰/۲۴۶
مراقبت جامعه محوری	۹/۱۷	۴	۲/۲۹	۲/۱۵	۰/۰۷۴
ویژگی آموزشی و مهارتی ارائه دهندگان مراقبت	۱۷/۹۴	۴	۴/۴۹	۳/۳۱	۰/۰۱۱**
کل	۳/۹۸	۴	۰/۹۹	۲/۹۱	۰/۰۲۲**

*آزمون آنوا

**معنی‌دار در سطح $p < ۰/۰۵$

جدول ۳: ارتباط شغل مراجعان با میانگین شاخص‌های ارزیابی عملکرد در مراکز بهداشتی درمانی

شاخص	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	مقدار p
دسترسی	۱/۳۱	۳	۰/۴۴	۱/۹۰	۰/۱۲۹
اولین سطح مراقبت	۴/۷۹	۳	۱/۶۰	۲/۲۴	۰/۰۸۴
تداوم مراقبت	۶/۹۳	۳	۲/۳۱	۴/۵۶	۰/۰۰۴ **
جامعیت	۲۱/۷۳	۳	۷/۲۴	۷/۸۶	< ۰/۰۰۱ **
هماهنگی بین بخشی	۱۵/۷۴	۳	۵/۲۵	۴/۷۴	۰/۰۰۳ **
مراقبت خانواده محوری	۳/۸۹	۳	۱/۳۰	۱/۸۱	۰/۱۴۵
مراقبت جامعه محوری	۳۳/۱۸	۳	۱۱/۰۶	۱۱/۱۳	< ۰/۰۰۱ **
ویژگی آموزشی و مهارتی ارائه دهندگان مراقبت	۱۲/۰۹	۳	۴/۰۳	۲/۹۴	۰/۰۳۳ **
کل	۶/۷۹	۳	۲/۲۶	۶/۷۹	< ۰/۰۰۱ **

* آزمون t مستقل

** معنی‌دار در سطح $p < ۰/۰۵$

جدول ۴: ارتباط میزان تحصیلات مراجعان با میانگین شاخص‌های ارزشیابی عملکرد مراکز بهداشتی درمانی

شاخص	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	مقدار p
دسترسی	۳/۰۶	۵	۰/۶۱	۲/۷۱	۰/۰۲۰ **
اولین سطح مراقبت	۳/۷۷	۵	۰/۷۵	۱/۰۵	۰/۳۸۹
تداوم مراقبت	۱/۰۶	۵	۰/۲۱	۰/۴۰	۰/۸۴۷
جامعیت	۳۱/۲۵	۵	۶/۲۵	۶/۹۵	< ۰/۰۰۱ **
هماهنگی بین بخشی	۲۱/۲۵	۵	۴/۲۵	۳/۸۷	۰/۰۰۲ **
مراقبت خانواده محور	۱۷/۷۵	۵	۳/۵۵	۵/۲۰	< ۰/۰۰۱ **
مراقبت جامعه محور	۲۹/۵۲	۵	۵/۹۰	۵/۸۵	< ۰/۰۰۱ **
ویژگی آموزشی و مهارتی ارائه دهندگان مراقبت	۴/۶۳	۵	۰/۹۳	۰/۶۶	۰/۶۵۲
کل	۹/۰۲	۵	۱/۸۰	۵/۴۸	< ۰/۰۰۱ **

* آزمون آنوا

** معنی‌دار در سطح $p < ۰/۰۵$

مراجعه کرده بودند از ارائه مراقبت دریافت شده در این مراکز رضایت بیشتری داشتند.

دیگر نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر مشخص کرد که بین عوامل جنسیت، وضعیت تأهل و وضعیت بیمه مراجعان به مراکز بهداشتی درمانی با میانگین به دست آمده حاصل از ارزیابی عملکرد این مراکز توسط مراجعان، ارتباط معنی‌داری دیده نشد ($p > ۰/۰۵$).

طبق یافته‌های جدول ۶ بین علت مراجعه افراد با میانگین امتیاز شاخص‌های دسترسی ($p = ۰/۰۴۳$)، جامعیت مراقبت ($p = ۰/۰۰۱$)، هماهنگی بین بخشی ($p = ۰/۰۱۱$)، مراقبت جامعه محور ($p = ۰/۰۰۴$)، ویژگی‌های آموزشی و مهارتی ارائه دهندگان مراقبت ($p < ۰/۰۰۱$) و در نهایت با عملکرد کل ($p = ۰/۰۰۶$) ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. به عبارتی افرادی که جهت دریافت مراقبت پزشک خانواده به مراکز مورد مطالعه

جدول ۵: رابطه تعداد مراجعه افراد در ۱ سال به مراکز با میانگین شاخص‌های ارزشیابی عملکرد بهداشتی درمانی

شاخص	تعداد مراجعه	انحراف معیار \pm میانگین	مقدار p
دسترسی	بار اول	$1/68 \pm 0/61$	0/973
	بیش از ۱ بار	$1/69 \pm 0/44$	
اولین سطح مراقبت	بار اول	$1/57 \pm 0/80$	0/001**
	بیش از ۱ بار	$1/92 \pm 0/85$	
تداوم مراقبت	بار اول	$2/23 \pm 0/83$	0/001**
	بیش از ۱ بار	$2/75 \pm 0/65$	
جامعیت	بار اول	$0/84 \pm 1/16$	0/801
	بیش از ۱ بار	$0/81 \pm 0/94$	
هماهنگی بین بخشی	بار اول	$0/99 \pm 1/15$	0/001**
	بیش از ۱ بار	$1/52 \pm 1/02$	
مراقبت خانواده محور	بار اول	$0/75 \pm 0/84$	0/066
	بیش از ۱ بار	$0/95 \pm 0/85$	
مراقبت جامعه محوری	بار اول	$0/68 \pm 0/93$	0/067
	بیش از ۱ بار	$0/91 \pm 1/06$	
ویژگی آموزشی و مهارتی ارائه دهندگان مراقبت	بار اول	$1/23 \pm 1/26$	0/001**
	بیش از ۱ بار	$2/60 \pm 0/98$	
کل	بار اول	$1/25 \pm 0/71$	0/001**
	بیش از ۱ بار	$1/64 \pm 0/53$	

*آزمون t مستقل
**معنی‌دار در سطح $p < 0/05$

جدول ۶: ارتباط بین علت مراجعه افراد با میانگین شاخص‌های ارزیابی عملکرد مراکز بهداشتی درمانی

شاخص	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	مقدار p
دسترسی	3/32	7	0/47	2/10	0/043**
اولین سطح مراقبت	9/24	7	1/32	1/86	0/075
تداوم مراقبت	4/58	7	0/65	1/26	0/270
جامعیت مراقبت	23/87	7	3/41	3/68	0/001**
هماهنگی بین بخشی	20/43	7	2/92	2/64	0/011**
مراقبت خانواده محور	8/82	7	1/26	1/77	0/092
مراقبت جامعه محور	22/03	7	3/15	3/04	0/004**
ویژگی آموزشی و مهارتی ارائه دهندگان مراقبت	36/14	7	5/16	3/92	< 0/001**
کل	6/76	7	0/97	2/87	0/006**

*آزمون t مستقل
**معنی‌دار در سطح $p < 0/05$

بحث

شاخص‌های عملکرد، شاخص تداوم مراقبت بیشترین امتیاز (۲/۶۴ از ۴) و شاخص جامعیت مراقبت کمترین امتیاز (۰/۸۱ از ۴) را به خود اختصاص داد. مطالعه مکینکو و همکاران (۲۰۰۷) در کشور برزیل نشان داد که عملکرد

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر مشخص کرد، عملکرد کلیه مراکز بهداشتی درمانی شبکه بهداشت جنوب تهران کمتر از میانگین بود که از این نظر وضعیت مناسبی در عملکرد این مراکز وجود نداشت. همچنین از بین

مراکز خدمات بهداشتی درمانی در این کشور بالاتر از حد میانگین قرار داشت و در تمامی مراکز نیز بیشترین امتیاز مربوط به شاخص تداوم مراقبت بود (۷) که از نظر عملکرد کلی با نتایج مطالعه حاضر منطبق نبود، اما از نظر بالاتر بودن امتیاز شاخص تداوم مراقبت در مقایسه با دیگر شاخص‌ها با یکدیگر همسو بودند. با توجه به تشابه نظام شبکه بهداشتی درمانی در کشور ایران و برزیل، وجود تفاوت از نظر عملکرد سازمان‌های ارائه دهنده مراقبت بهداشتی درمانی قابل توجه و تعمق است. از علل این تفاوت می‌توان به نحوه ارائه خدمات، میزان خدماتی که تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی و سیستم بهداشت و درمان یکپارچه کشور برزیل اشاره نمود.

حسینی و همکاران (۱۳۸۴) در مطالعه نظام ارجاع در مراکز ارائه دهنده مراقبت بهداشتی درمانی در شهر بابل نشان دادند، نظام ارجاع در این شهر به صورت یک طرفه از مراکز سطح اول به سطوح بالاتر در حال اجرا بود، اما متقابلاً بازخوردی از بیمارستان‌ها به مراکز بهداشتی درمانی صورت نمی‌گرفت و به عبارتی تداوم مراقبت در وضعیت مناسبی قرار نداشت (۱۹) که از این نظر با نتایج مطالعه حاضر انطباق ندارد. به نظر می‌رسد، نبود بازخورد از سطح سوم نظام ارجاع به سطح دوم یکی از اشکالات عمده‌ای است که نظام ارجاع در کشور ایران با آن روبرو است. تسای و همکاران (۲۰۱۰) در کشور تایوان نشان دادند که عملکرد کلی مراکز خدمات بهداشتی درمانی در این کشور بالاتر از حد میانگین است که با نتایج مطالعه حاضر سازگار نیست. در این مراکز بیشترین امتیاز به شاخص‌های جامعیت مراقبت و اولین سطح مراقبت و کمترین امتیاز به شاخص مراقبت جامعه محور اختصاص داشت (۲۰) که با نتایج مطالعه حاضر که شاخص جامعیت مراقبت در کمترین سطح بود انطباق نداشت. باتوجه به تحول انجام شده در نظام سلامت کشور تایوان در سال‌های اخیر و ایجاد مراکز منبع معمول مراقبت (Usual Source of Care (USC) که جایگزین بیمه درمانی در میان کودکان با خانواده کم درآمد شده است و راه اندازی نظام ارجاع همراه با بازخورد و الحاق نظام شاخص‌های اجتماعی سلامت (SDH) با نظام مراقبت بهداشتی اولیه و در نتیجه بالا بودن عملکرد مراکز بهداشتی درمانی این کشور در مقایسه با ایران قابل انتظار است.

از سوی دیگر یافته‌های مطالعه جاترانا و همکاران (۲۰۱۱) در کشور نیوزلند، مشخص کرد که در ارزیابی به عمل آمده توسط مراجعان از مراکز بهداشتی درمانی این کشور، عامل تداوم مراقبت امتیاز بالاتری را کسب کرده است (۲۱) که با نتایج مطالعه حاضر سازگاری دارد. در نهایت مولدون و همکاران (۲۰۱۰) در ایالت انتاریو کشور کانادا و شی و همکاران (۲۰۰۳) در ایالت آلاباما کشور آمریکا نشان دادند، عملکرد مراکز بهداشتی درمانی و همچنین مراکز بهداشت جامعه در این کشورها بالاتر از میانگین قرار دارد (۲۲،۲۳) که با نتایج مطالعه حاضر انطباق نداشت. این تفاوت می‌تواند در نوع نظام ارائه مراقبت سلامت به مراجعان و ذینفعان و اولویت دادن به مراکز بهداشتی درمانی سطوح اولیه در مقایسه با سطوح بالاتر نظیر بیمارستان‌ها باشد. از نظر محورهای تشکیل دهنده عملکرد مراکز نیز در مطالعه مولدون و همکاران (۲۰۱۰) و شی و همکاران (۲۰۰۳)، شاخص اولین سطح مراقبت بالاترین امتیاز و شاخص مراقبت جامعه محور پایین‌ترین امتیاز را کسب کرده بودند (۲۲،۲۳) که از این نظر نیز با نتایج مطالعه حاضر که شاخص تداوم مراقبت بالاترین و شاخص جامعیت مراقبت پایین‌ترین امتیاز را کسب کرده بود، سازگاری نداشت که می‌تواند بیانگر اولویت بالای مراقبت بهداشتی اولیه در مقایسه با سایر مؤلفه‌ها در کشورهای کانادا و آمریکا باشد.

مطالعه موجاح و همکاران (۲۰۱۴) در مراکز بهداشتی درمانی اولیه در ایالت اونتاریو کشور کانادا مشخص کرد که مراجعان به مراکز بهداشتی درمانی که در دامنه سنی بالاتری بودند از عملکرد این مراکز رضایت بیشتری داشتند و افراد مسن‌تر به شاخص تداوم مراقبت امتیاز بالاتری دادند (۲۴) که با نتایج مطالعه حاضر نیز همراستا می‌باشد. رابطه معنی دار در مطالعه موجاح و همکاران (۲۰۱۴) بین میزان تحصیلات مراجعین و شاخص تداوم مراقبت نیز مشاهده شد (۲۴) که با نتایج مطالعه حاضر سازگار نبود. علاوه بر این در مطالعه فوق بین نوع شغل و عملکرد کل مراکز و شاخص تداوم مراقبت رابطه معنی داری به دست نیامد که با نتایج مطالعه حاضر انطباق نداشت. اما در مطالعه فلاحی و همکاران (۱۳۹۴) که بر روی مراجعان به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان جیرفت صورت گرفت، ارتباط آماری معنی داری بین

پنداشت منفی از نوع خدمات ارائه شده در اولین بار مراجعه باشد.

این پژوهش مانند دیگر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود. اولاً اخذ دیدگاه و نظرات مراجعان به مراکز بهداشتی درمانی از طریق پرسشنامه انجام شد. اگرچه در هنگام تکمیل پرسشنامه پژوهشگر در کنار مراجعان قرار داشت و راهنمایی‌های لازم را ارائه می‌نمود اما ممکن است تورش در این زمینه دیده شود. ثانیاً مطالعه حاضر به صورت مقطعی از نظر زمانی در سال ۱۳۹۵ انجام شد که امکان دارد، انجام مطالعه مشابه در دیگر مقاطع زمانی، نتایج متفاوتی را به دنبال داشته باشد. ثالثاً اگرچه مطالعه حاضر در میان ۱۵ مرکز بهداشتی درمانی شبکه بهداشت جنوب شهر تهران انجام شده است، اما ممکن است نتایج آن قابل تعمیم به دیگر مراکز در استان‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور نباشد.

نتیجه گیری

با توجه به پایین بودن امتیاز شاخص‌های عملکرد مراکز مورد مطالعه نیاز به تغییر در بسته‌های خدماتی و تکمیل و ارتقای آن لازم و ضروری به نظر می‌رسد و به نوعی در بهبود عملکرد کلیه مراکز و شاخص‌های آن‌ها باید مداخله کرد و با بازبینی و اصلاح فعالیت‌ها، اهداف و خط مشی‌ها و فعالیت‌های مدیریت مراکز، به ارتقاء آن‌ها کمک نمود. همچنین پیشنهاد می‌شود، ارزیابی عملکرد مراکز مزبور توسط سایر پرسشنامه‌های ارزیابی کننده نیز انجام شود تا بدین ترتیب بتوان نظام جامع ارزیابی مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی را در این مراکز پیاده سازی نمود.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند بدینوسیله از معاونت محترم بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و مدیران ارجمند و کارکنان پر تلاش و زحمتکش کلیه مراکز مورد مطالعه که در راه انجام این پژوهش، پژوهشگران را یاری دادند، تشکر و قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ح. د، ع. د

جمع آوری داده‌ها: ع. د

تحلیل داده‌ها: ح. د، ع. د

نگارش و اصلاح مقاله: ح. د، ع. د

میزان تحصیلات مراجعین و میزان رضایت آن‌ها در عملکرد مراکز مزبور مشاهده نشد ($p > 0.05$) (۲۵). در مطالعه کمپبل و همکاران (۲۰۰۱) که در شهر لندن در میان تعداد ۷۶۹۲ از افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی (ضریب پاسخ دهی ۷۱ درصد) انجام شد، نتایج حاصل شده مشخص کرد که افراد مسن‌تر ارزیابی مثبت‌تری از نحوه ارائه خدمات در مراکز بهداشتی درمانی سطوح اولیه ابراز داشتند (۲۶). در مطالعه نیلسون و فیلیپس (۲۰۰۸) که به صورت مروری در انستیتو ملی سالمندی Bethesda در کشور آمریکا انجام شد، رابطه معنی دار بین سن بیماران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی با رضامندی بیشتر آن‌ها در مقایسه با سنین بالاتر به اثبات رسید (۲۷). نتایج مطالعه نیکپور و همکاران (۱۳۸۱) بر روی مراجعان به مراکز بهداشتی درمانی غرب تهران نشان داد که بین جنسیت و میزان تحصیلات مراجعان و رضایت آن‌ها از خدمات ارائه شده در این مراکز ارتباط معنی داری وجود دارد (۲۸). اگرچه در مطالعه حاضر این ارتباط بین جنسیت و وضعیت رضامندی مراجعان وجود نداشت که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد، اما رابطه معنی دار آماری میزان رضایت مراجعان با میزان تحصیلات در مطالعه حاضر مشاهده شد. به‌طور کلی ارتباط بین میزان رضایت مراجعان با سن، میزان تحصیلات و جنسیت که در بعضی مطالعات معنی دار بوده در برخی دیگر معنی دار نیست، می‌تواند تحت تأثیر فرهنگ حاکم بر جامعه مورد مطالعه، تیپ‌های شخصیتی، عادات، نگرش‌ها و باورهای افراد باشد.

مطالعه جعفری و همکاران (۱۳۸۵) بر روی افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نشان داد که بین تعداد دفعات مراجعان به این مرکز با میزان رضایت این افراد از خدمات ارائه شده ارتباط معنی داری وجود دارد ($p = 0.001$) (۲۹) که با نتایج حاصل از مطالعه حاضر سازگار است. ظاهری و ظهیری (۱۳۸۹) نیز در بررسی خود بر روی ۳۹۱ نفر از مراجعه کنندگان به ۴۰ مرکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی استان مرکزی گزارش کردند، بین تعداد مراجعه این افراد با میزان رضایت از خدمات ارائه شده ارتباط معنی داری وجود نداشت (۳۰) که دلیل آن می‌تواند آشنایی بیشتر مراجعان با خدمات ارائه شده در مراکز مورد اشاره و یا بالعکس به علت ادراک و

سازمان حمایت کننده

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با شماره ۲۸۸۳۲-۳۱-۹۴-۰۲ می باشد که با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران انجام

شده است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

- 1) World Health Organization. Reducing Risk, Promoting Health Life. WHO: Geneva. 2002.
- 2) Asefzadeh S, Rezapour A, Shabani ghazikelaye Gh, Sarchami R. Assessing the information management from the health houses to the health centers of Qazvin Province (2008). JQUMS 2011; 14(4): 57-63. [Persian]
- 3) Bagheri Yazdi A, Malek Afzali H, Shah Mohammadi D, Naghavi M, Hekmat S. Evaluation performance of health workers of health volunteer services of mental health primary health care rural region and urban region Borrojen, Iran. Hakim Research Journal 2001; 4(2): 91-100. [Persian]
- 4) Khayati F, Saberi M. Primary Health Care (PHC) an Ever Strategy for Health Equity Extension. Journal of Health Administration 2009; 12(35): 33-40. [Persian]
- 5) Naghavi M, Jamshidi HR. Utilization of Health Services in Iran 2002. Tehran: Tandis; 2005. [Persian]
- 6) Zahiri R, Taheri M. Client satisfaction with health services delivery in urban and rural health centers in Markazi Province. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2010; 8(3): 61-72. [Persian]
- 7) Macinko J, Almeida C, de Sa PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. Health Policy Plan 2007; 22(3): 167-77. doi: 10.1093/heapol/czm008.
- 8) Sadeghi Bazargani H, Arshi Sh, Mortaza Zadeh AA, Bashiri J, Aminisani N, Sezavar SH, et al. Health Status among Migrant Tribes (Ashayer) of Ardabil Province. Journal of Ardabil University of Medical Sciences (JAUMS) 2005; 5(2): 150-9. [Persian]
- 9) Nikpeyma N, Abed-Saeedi J, Azargashb E, Alavi Majd H. A review of nurses' performance appraisal in Iran. JHPM 2014; 3(1): 74-83. [Persian]
- 10) Maleki MR, Nasrollahpour Shirvani SD, Motlagh ME, Tofighi S, Kabir MJ, Jafari N. Necessity of Reviewing Common Performance Evaluation Methods in Vice-Chancellor for Health of Universities/ Schools of Medical Sciences in Iran Using Excellence Models. Hakim Health Sys Res 2011; 14(1): 50-6 [Persian]
- 11) Karimi A, Maleki M, Nasiripour A, Khorshidi A. The Effectiveness of Supportive Supervision Training on Supervisory Teams' Performance in Health Centers in Ilam Province. Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences 2014; 22: 165-70. [Persian]
- 12) Farahabadi SME, Yousefi M, Bahman Ziari N, Fereydooni F, Fazaeli S. Analysis of efficiency of health care centers of Isfahan University of Medical Sciences. Journal of Hospital 2014; 10(1): 35-43 [Persian]
- 13) Akbari Haghghi F, Zeraati H, Karimi S, Arab Mohammad, Akbari Mousiabadi M. The Role of Training Managers and Decision-Making Network in Evaluating the New Appraisal System of Government Employees in Isfahan Hospitals. Health Information Management 2011; 8(5): 681-9. [Persian]
- 14) Goncalves VLM, Lima AFC, Crisitano N, Hashimoto MRK. The creation of performance evaluation indicators through a focus group. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2007; 15(1): 134-41. doi: 10.1590/S0104-11692007000100020.
- 15) Taghavi Larijani T, Parsa Yekta Z, Kazem Nejad A, Mazaheri A. Outcomes of the performance appraisal and its relation with nurses' job motivation. Hayat 2007; 12(4): 39-45. [Persian]
- 16) Shermann SG, Sherman CV. Total customer satisfaction: a comprehensive approach for health care providers. Journal of Healthcare Quality 2000; 22(5): 46. doi: 10.1111/j.1945-1474.2000.tb00154.x.
- 17) Rechards J. How to use patient satisfaction data to improve health care quality. Quality progress 2000; 33(12): 120.
- 18) O'Malley JF. Ultimate patient satisfaction: designing, implementing, or rejuvenating an effective patient satisfaction and Tqm Program (HFMA Healthcare Financial Management). USA: Mc Graw Hill; 1997: 36-61.
- 19) Hosseini SR, Dadash Pour M, Mesbah N, Hajian K, Haji Ahmadi M, Sajadi P, et al. Assessment of referral system in health care delivery center of Paengatab, Babol, 2003. JBUMS 2005; 7(3): 85-90. [Persian]
- 20) Tsai J, Shi L, Yu WL, Lebrun LA. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese community. Med Care 2010; 48(7): 628-34. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181dbdf76.



- 21) Jatrana S, Crampton P, Richardson K. Continuity of care with general practitioners in New Zealand: results from SOFIE-Primary Care. *N Z Med J* 2011; 124(1329): 16-25. PMID: 21475356.
- 22) Muldoon L, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Russell G, Short M. Community orientation in primary care practices: Results from the comparison of models of primary health care in Ontario study. *Can Fam Physician* 2010; 56(7): 676-83. PMID: 20631283.
- 23) Shi L, Starfield B, Xu J, Politzer R, Regan J. Primary care quality: community health center and health maintenance organization. *South Med J* 2003; 96(8): 787-95. doi: 10. 1097/ 01.SMJ.0000066811.53167.2E.
- 24) Muggah E, Hogg W, Dahronge S, Russel G, Kristjansson E, Muldoon L, et al. Patient-reported access to primary care in Ontario: effect of organizational characteristics. *Can Fam Physician* 2014; 60(1): e24-31. PMID: 24452575.
- 25) Fallahi A, Nemat Shahrabaki B, Hashemian M. Assessment Client Satisfaction with Family Physician in Health Care Centers of Jiroft County and Its Relationship with Physician' Demographic Variables. *Zanko J Med Sci* 2015; 16(49): 61-72. [Persian]
- 26) Campbell J, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic and ethic differences in patients' assessment of primary health care. *Qual Health Care* 2001; 10(2): 90-5. doi: 10.1136/qhc.10.2.90.
- 27) Nielsen L, Phillips JW. Health economic choices in old age: interdisciplin perspectives on economic decisions and the aging mind. *Adv Health Econ Health Serv Res* 2008; 20: 227-70. PMID: 19552311.
- 28) Nikpour S, Yosefi R, Javadi F, Hosseini F. Reasons of referring and not referring of satisfied and unsatisfied woman from health services, to outpatients department (O.P.D). *IJN* 2002; 15(32 and 33): 37-43. [Persian]
- 29) Jafari F, Johari Z, Zaeri F, Ramedankhani A, Sayah Iran Z. Investigation of clients satisfaction and its related factors referring to health care centers. *Daneshvar Medicine* 2008; 14(66): 15-22. [Persian]
- 30) Taheri M, Zahiri R. Investigation of clients satisfaction referring to rural and urban health care centers from rural insurance and family medicine in central province of Iran. *Journal of Knowledge and Health* 2010; 5(Supplement): 210. [Persian]

Performance Assessment of Health Care Centers in South Tehran Health Network

Hossein Dargahi^{1*} , Ali Reza Darrudi² 

¹ Professor, Department of Management Sciences and Health Economics, School of Public Health, Health Information Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² MSc in Health Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Hossein Dargahi
hdargahi@sina.tums.ac.ir

ABSTRACT

Citation: Dargahi H, Darrudi AR. Performance Assessment of Health Care Centers in South Tehran Health Network. *Manage Strat Health Syst* 2019; 3(4): 264-75.

Received: October 24, 2018

Revised: February 16, 2019

Accepted: February 18, 2019

Funding: This study has been supported by Tehran University of Medical Sciences (NO 94-02-31-28832).

Competing Interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Background: Given the importance of assessment to ensure the quality of rendered services in health care centers, this study was carried out. The aim of this study is to assess performance of health care centers within the health networks in south of Tehran.

Methods: This cross-sectional research was conducted among 360 individuals who referred to the health care centers related to South Tehran Health network. Of the 31 health centers, 15 centers were selected by proportional allocation sampling. The data collection tool was a primary care assessment questionnaire, which included 2 sections of demographic questions and indicators of health centers' assessment. The data was analyzed by SPSS²² using independent-samples t-test and one-way ANOVA for analytical results.

Results: The total mean performance of health care centers was 1.56. The highest score was related to care continuity (2.64); whereas, the least score was related to the care comprehensiveness (0.81). Moreover, age, educational degrees, number of visits, and cause of reference had a significant correlation with several assessment indicators of the health centers.

Conclusion: All health care centers are required to improve their performance by reviewing and modifying the measures, goals, policies, and managers' performance.

Key words: Performance assessment, Assessment, Health care center, Health network