مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره شانزدهم، شمارهٔ ۱، دی ۱۳۹۲، صفحه ۱۵-۷

رضایت‌مندی پزشکان خانواده از عوامل موثر بر پویایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران

ابراهیم میکانیکی(MD)[۱]، حسن اشرفیان امیری(MD)[۱]، سیدداود نصراله پور شیروانی(PhD)[۱*]، محمدجواد کبیر(PhD)[۲]، ناهید جعفری(PhD)[۲]، محمد نعیمی طبیعی(MD)[۳]، ارسلان داداشی(MD)[۴]، محمدرضا میرزایی(MD)[۵]

۱- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۲- مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۳- دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۴- دانشگاه علوم پزشکی گیلان
۵- دانشگاه علوم پزشکی مازندران

دریافت: ۹۲/۲/۳، اصلاح: ۹۲/۴/۱۹، پذیرش: ۹۲/۶/۱۳

خلاصه

سابقه و هدف: اجرای موفق برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی مستلزم همکاری‌های مستمر نهادهای درون و برون‌بخشی می‌باشد. رضایت پزشکان خانواده از نهادهای مرتبط طبیعتا باعث افزایش انگیزه، ماندگاری بیشتر و ارائه خدمات جامع‌تر خواهد شد. این مطالعه به منظور بررسی سطح رضایت پزشکان خانواده در استان‌های شمالی ایران انجام گرفته است.

مواد و روشها: این مطالعه مقطعی در شش‌ماهه دوم سال ۱۳۹۱ در مراکز مجری طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در سه استان گلستان، مازندران و گیلان انجام شد، ۱۳۹ مرکز از ۵۵۲ مرکز مجری بصورت تصادفی منظم انتخاب و در هر مرکز منتخب کلیه پزشکان خانواده در دسترس مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته شامل متغیرهای فردی با ۱۰ سئوال باز و بسته و رضایت‌مندی از منابع انسانی و فیزیکی موجود در سطح۱، کارکرد شبکه بهداشت و درمان شهرستان، کارکرد متخصصان سطح۲، کارکرد جمعیت تحت پوشش و نهادهای برون‌بخشی با ۳۴ سئوال بسته در مقیاس لیکرت بود که روایی و پایایی آن مورد تائید قرار گرفت.

یافته ها: میانگین سطح رضایت ۱۸۸ پزشک خانواده مطالعه شده از ۵ نمره، از اعضای تیم سلامت و امکانات مرکز مجری ۰/۶±۳، از جمعیت تحت پوشش ۰/۸±۲/۸، از همکاری‌های برون‌بخشی ۱±۲/۸، از کارکرد شبکه شهرستان ۰/۹±۲/۷ و از عملکرد پزشکان متخصص ۰/۹±۲/۱ بوده است. سطح رضایت پزشکان خانواده از عملکرد پزشکان متخصص سطح۲ در استان‌های شمالی ایران تفاوت معنی‌داری داشت (p=۰/۰۰۱). بین سن، تعداد جمعیت تحت پوشش، کل سابقه خدمت، تعداد جابجایی و رضایت کلی پزشکان خانواده رابطه معنی‌داری نداشت.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که رضایتمندی پزشکان خانواده تقریبا در حد متوسط بوده که برای حفظ و ارتقاء آن باید برنامه‌های متناسب مداخله‌ای در سطوح مختلف طراحی و عملیاتی گردد.

واژه های کلیدی: رضایت‌مندی، پزشک خانواده، مرکز بهداشتی درمانی، بیمه روستایی شمال ایران.

مقدمه

نظام مراقبت سلامت در ایران به منظور کارایی و اثربخشی بیشتر و همچنین ایجاد عدالت و امکان دسترسی آحاد مردم به سه سطح اول، دوم و سوم سطح‌بندی شده است (۱). پزشک خانواده در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی درمانی بکار گمارده می‌شود که در چارچوب خدمت به خانواده در قلمرو پیشگیری از بیماریها، تشخیص، درمان و بهبود کیفیت زندگی اقدام و چنانچه درصدی از جمعیت تحت پوشش به خدمات تخصصی‌تر نیاز داشته باشند، از طریق نظام ارجاع به سطح۲ هدایت و سرنوشت آنان را تا حصول نتیجه پیگیری می‌کند (۲). رضایت‌مندی پزشکان خانواده عامل تاثیرگذار بر سطح انگیزش، دوره

▣ این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۹۱۳۴۲۲۰ دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشد.

* مسئول مقاله:
آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی، گروه آموزش عمومی، تلفن: ۲۱۹۰۶۳۱-۰۱۱۱
e-mail: dnshirvani@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.16.1.1.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.1.7]

ماندگاری و کمیت و کیفیت ارائه خدمات خواهد بود. کسب اطلاع از سطح رضایت شغلی پزشکان خانواده بدون بررسی حوزه‌ها و قلمروهای اصلی رضایت آن‌ها به طور کامل درک نمی‌شود. مطالعات گذشته، عوامل تعیین کننده در رضایت شغلی را مواردی مثل: ویژگی‌های دموگرافیک (سن، جنس، نژاد و وضعیت تاهل) ویژگی‌های شغلی (دستمزدها، ساعات کاری)، نگرش‌های شغلی، ویژگی‌های سازمانی، اعضای تیم سلامت، کنترل محیط و همراهی و همکاری جمعیت تحت پوشش معرفی نمودند (۴-۳). Krueger به بررسی عوامل خاص موثر بر رضایت شغلی در سیستم خدمات بهداشتی در شش سازمان مستقل پرداخت و نتیجه گرفت که رضایت شغلی ساختار چند بعدی دارد (۵). مطالعه انجام گرفته در جامعه پزشکان نشان می‌دهد که عواملی همچون جذابیت شغلی، شرایط مناسب کار، امکان پیشرفت، وجود صداقت و همکاری در میان همکاران و وجود همدلی در برابر مشکلات موجود در محیط کار به ویژه پسندیده بودن شغل پزشکی از نظر جامعه، می‌تواند در رضایت شغلی این افراد موثر باشند (۶). با مد نظر قرار دادن همین فاکتورهای شناخته شده برخی مطالعات ارتباط بین نارضایتی شغلی و فرسودگی شغلی در جامعه پزشکان را تائید نمودند (۷). Van Ham و همکاران در بررسی رضایت شغلی در گروهی از پزشکان عمومی جوان، عواملی چون درآمد کم، زیاد بودن ساعات کار، فشار کار زیاد و کمی وقت آزاد را از عوامل موثر در کاهش رضایت شغلی معرفی کرده اند (۸).

مطالعه‌ای که در طول سال‌های ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۰ و همچنین در سال ۱۹۹۸ در انگلستان انجام گرفت، گزارش کرد که میزان رضایت در پزشکان مرد و زن از سال۱۹۸۷ تا ۱۹۹۰ کاهش و سپس تا سال ۱۹۹۸ افزایش یافته است (۹). مطالعه دیگری که در سطح ملی انگلستان میزان رضایت شغلی پزشکان عمومی را در سال‌های ۱۹۹۸و ۲۰۰۱ میلادی مورد بررسی و مقایسه قرار داده، نتیجه گرفت که میانگین این رضایت از ۴/۶ در سال ۱۹۹۸ به ۳/۹ در سال ۲۰۰۱ کاهش یافته است (۱۰). در یک مطالعه دیگر که در طول سال‌های ۹۷- ۱۹۹۶ به منظور تعیین رضایت شغلی پزشکان خانواده و عمومی در ایالات متحده آمریکا انجام گرفت، میزان عدم رضایت در پزشکان عمومی ۱۷٪ و در پزشکان خانواده ۲۰٪ اعلام گردید (۱۱). در ایران مطالعات معدودی که در زمینه رضایت شغلی پزشکان انجام گرفت نتایجی تقریبا مشابه مطالعات خارجی ارائه داده است. مطالعه‌ای که Gholaamzade-Nikjo و همکاران در بررسی میزان رضایت پزشکان خانواده شهرستان مشهد انجام دادند، گزارش گردید که رضایت عمومی پزشکان خانواده ۵۹/۲٪، رضایت از رفتار بیماران ۶۰/۸٪ و رضایت از عملکرد پزشک خانواده ۷۵٪ بوده است (۱۲). مطالعه‌ای که Ghaneie در جامعه پزشکان استان کردستان انجام داد، گزارش گردید که احترام و منزلت اجتماعی، انجام خدمات انسانی و نیاز به پزشک در اجتماع از عوامل ایجاد رضایت و میزان درآمد و انتظارات برآورده نشده پزشک از سازمان محل خدمت موجب کاهش رضایت پزشکان بوده است (۱۳). در مطالعه Amiri و همکاران که در شهرستان شاهرود انجام گرفت، رضایت کلی پزشکان خانواده در حد متوسط گزارش شده و بین رضایت پزشکان خانواده و تعداد جابجایی در طول خدمت، رضایت از دانش، مهارت و همکاری اعضای تیم سلامت رابطه معنی‌داری وجود داشت (۱۴).

برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی که از ابتدای سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت کشور اجرا شده است، کمی متفاوت با ساختار معمول نظام شبکه از جمله شیوه پرداخت دستمزد، محدود و مشخص شدن جمعیت تحت پوشش، الزامی بودن انجام معاینات دوره‌ای و تشکیل پرونده سلامت برای همه خانوار تحت پوشش، تاکید به نظام ارجاع، پاسخ‌گویی به نیازهای مردم در خارج از وقت اداری می‌باشد (۲). موفقیت اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی بدون حمایت، پشتیبانی و همکاری اعضای تیم سلامت در سطح ۱، شبکه بهداشت و درمان شهرستان، پزشکان متخصص سطح۲، نهادهای محلی و مردم تقریبا ناممکن خواهد بود. این مطالعه با توجه به گذشت بیش از ۷ سال از اجرای برنامه به منظور تعیین سطح رضایت پزشکان خانواده از عوامل موثر بر پویایی طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در استانهای شمالی ایران انجام گرفت.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی در نیمسال دوم ۱۳۹۱ در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر در سه استان گیلان (با ۱۶ شهرستان)، مازندران (با ۱۷ شهرستان) و گلستان (با ۱۴ شهرستان) انجام شد. ابتدا نام مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی مجری برنامه مستقر در شهرستان‌های هر استان از غرب به شرق فهرست گردید و بعد به روش تصادفی منظم ۴۲ مرکز بهداشتی درمانی از استان گیلان، ۵۵ مرکز بهداشتی درمانی از استان مازندران و ۴۲ مرکز بهداشتی درمانی از استان گلستان مجموعا ۱۳۹ مرکز از کل ۵۵۲ مرکز مجری در ۴۷ شهرستان به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. با مراجعه حضوری به مراکز منتخب، کلیه پزشکان خانواده در دسترس که حداقل ۶ ماه در آن مرکز سابقه خدمت داشتند به روش سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه خود ساخته حاوی شش بخش شامل: متغیرهای فردی با ۱۰ سئوال، رضایت‌مندی از منابع انسانی و فیزیکی موجود در سطح۱ با ۲۰ سئوال، رضایت‌مندی از کارکرد شبکه بهداشت و درمان شهرستان با ۶ سئوال، رضایت-مندی از کارکرد متخصصان سطح۲ با ۳ سئوال، رضایت‌مندی از کارکرد جمعیت تحت پوشش و نهادهای برون‌بخشی با ۵ سئوال بود که روایی آن مورد تائید خبرگان رسیده (۱۵-۱۴ و ۲) و پایایی آن هم با آزمون کرونباخ ۸۷٪ تعیین شده است. کلیه سئوالات بخش‌های ۲ تا ۶ از نوع بسته با مقیاس ۵ رتبه‌ای لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم) بوده که برای امتیازدهی پاسخ سئوالات به ترتیب نمره ۱ تا ۵ داده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون‌های اسپیرمن و کِندالز برای تعیین همبستگی بین متغیرهای رتبه‌ای، با آزمون‌های کروسکال والیس و من ویتنی برای مقایسه میانگین‌ها و مجذور کای۲ برای متغیرهای کیفی در نرم‌افزار SPSS-18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۸۸ پزشک خانواده مورد مطالعه قرار گرفتند که از این تعداد، ۱۱۱ نفر (۵۹٪) زن، ۱۵۱ نفر (۸۰/۳٪) متاهل و میانگین سنی آنها ۶/۴±۳۶/۵ سال بود که بیشترین افراد (۵۳/۷٪) در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال قرار داشتند. میانگین سن پزشکان خانواده در استان‌های مازندران، گیلان و گلستان به ترتیب ۶/۴±۳۸/۲، ۵/۸±۳۶/۲ و ۶/۶±۳۴/۴ سال بوده و در استان‌های مورد مطالعه

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.16.1.1.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.1.7]

اختلاف معنی‌دار وجود داشت (p=۰/۰۱۴). ۵۵/۹٪ پزشکان خانواده بیش از ۴۰۰۰ نفر را تحت پوشش داشتند و میانگین جمعیت تحت پوشش پزشکان خانواده در کل سه استان ۱۷۴۷±۴۷۴۰ نفر و در استان‌های گیلان، مازندران و گلستان به ترتیب ۱۴۹۴±۳۹۸۱، ۱۶۶۴±۴۹۱۶ و ۱۸۵۳±۵۳۳۳ نفر بوده که در بین استانهای مورد مطالعه اختلاف معنی‌دار وجود داشت (p=۰/۰۰۳). میانگین سابقه خدمت پزشکان ۲/۹±۵ سال بوده که این در استان‌های مازندران، گیلان و گلستان به ترتیب ۲/۴±۵/۳، ۲/۳±۵/۲ و ۳/۹±۴/۴ سال بود که در استان‌های مورد مطالعه اختلاف معنی‌دار وجود داشت (p=۰/۰۰۲). از نظر بومیت ۶/۹٪ پزشکان خانواده بومی محل خدمت، ۵۲/۷٪ بومی شهرستان، ۲۸/۷٪ بومی استان و ۱۱/۷٪ غیربومی (خارج از استان) بودند که این با بیشتر بودن پزشکان غیربومی در استان گلستان در استان‌های مورد مطالعه اختلاف معنی‌دار داشت (p=۰/۰۰۱). ۱۱۹ پزشک خانواده (۶۳/۳٪) در طول خدمت خود حداقل یکبار سابقه جابجایی داشتند که بین تعداد جابجایی و استان‌های مورد مطالعه با بالاتر بودن تعداد جابجایی در استان گلستان تفاوت معنی‌دار وجود داشت (p=۰/۰۰۴). همچنین رضایت کلی پزشکان خانواده از منابع سطح۱ و استان‌های شمالی کشور رابطه معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۱).

کمترین رضایت پزشکان خانواده از جمعیت تحت پوشش در اجرای اصول و مقررات بیمه‌ای می‌باشد که به‌طور معمول بیش از حد نیاز دارو و ارجاع برای مراجعه به سطح ۲ درخواست می‌نمایند (جدول ۲). گرچه بین میزان رضایت‌مندی در تشکیل پرونده سلامت و انجام مراقبت های به موقع بین استان‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود داشت (p<۰/۰۵). اما بین رضایت کلی پزشکان خانواده از میزان همکاری و مشارکت جمعیت تحت پوشش و نهادهای محلی در استان‌های شمالی کشور رابطه معنی‌داری وجود نداشت.

بین استان‌های مورد مطالعه بجز پرداخت به موقع حق الزحمه (p=۰/۰۰۰) در بقیه موارد تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. بین رضایت کلی پزشکان خانواده از کارکردهای شبکه بهداشت و درمان شهرستان و استان‌های شمالی کشور رابطه معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۳). بین رضایت کلی پزشکان خانواده از کارکردهای پزشکان متخصص طرف قرارداد سطح۲ و استان‌های شمالی کشور با بالاتر بودن سطح رضایت در استان گیلان رابطه معنی‌داری وجود داشت (p=۰/۰۱) (جدول ۴). بین نوع جذب، بومیت و رضایت کلی پزشکان خانواده رابطه معنی‌داری وجود نداشت. بین جنس، تاهل، سرپرستی مرکز و رضایت کلی پزشکان خانواده رابطه معنی داری وجود نداشت. همچنین بین سن، تعداد جمعیت تحت پوشش، کل سابقه خدمت، سابقه خدمت در مرکز مطالعه شده، تعداد جابجایی و رضایت کلی پزشکان خانواده نیز رابطه معنی‌داری وجود نداشت.

جدول ۱. سطح رضایت پزشکان خانواده شاغل در استان‌های شمالی کشور از منابع انسانی و فیزیکی موجود در سطح اول شبکه

ردیف	سطح رضایت از		مازندران		گیلان		گلستان		Pvalue
			میانگین	میانه	میانگین	میانه	میانگین	میانه	
۱	کمیت وکیفیت تجهیزات و ملزومات پزشکی، اداری و رفاهی		۲/۹	۳	۲/۶	۳	۲/۸	۳	۰/۲۷
۲	کمیت و کیفیت فضای فیزیکی مرکز و خانه‌های بهداشت		۲/۸	۳	۲/۳	۲	۲/۷	۳	۰/۰۷
۳	از همکاری و مشارکت اعضای تیم سلامت مرکز	ماما	۴/۴	۵	۴/۳	۴	۴/۲	۴	۰/۱۱
۴		پرستار	۴/۱	۴	۳/۸	۴	۴/۲	۴	۰/۲۷
۵		مبارزه با بیماری‌ها	۴	۴	۳/۹	۴	۳/۹	۴	۰/۵۵
۶		بهداشت خانواده	۴/۱	۴	۴	۴	۴	۴	۰/۵۱
۷		بهداشت محیط و حرفه‌ای	۴	۴	۴	۴	۳/۹	۴	۰/۶۶
۸		علوم آزمایشگاهی	۴	۴	۴/۳	۵	۴/۱	۴	۰/۶۳
۹		بهداشت دهان و دندان	۴	۴	۳/۶	۴	۳/۷	۴	۰/۲۷
۱۰		بهورزان مرد	۳/۵	۴	۳/۶	۳	۳/۴	۳	۰/۱۹
۱۱		بهورزان زن	۳/۷	۴	۳/۶	۴	۳/۵	۳	۰/۰۹
۱۲	از دانش، مهارت و تجربه کاری اعضای تیم سلامت مرکز	ماما	۴/۳	۴	۴/۲	۴	۴/۲	۴	۰/۴۷
۱۳		پرستار	۴/۱	۴	۳/۷	۴	۴/۳	۴	۰/۰۳
۱۴		مبارزه با بیماری‌ها	۳/۹	۴	۳/۸	۴	۴	۴	۰/۵۷
۱۵		بهداشت خانواده	۴	۴	۳/۹	۴	۴	۴	۰/۶۰
۱۶		بهداشت محیط و حرفه‌ای	۴	۴	۴	۴	۳/۹	۴	۰/۹۶
۱۷		علوم آزمایشگاهی	۳/۹	۴	۴/۱	۴	۳/۹	۴	۰/۸۳
۱۸		بهداشت دهان و دندان	۴/۱	۴	۳/۸	۴	۴/۱	۴	۰/۱۵
۱۹		بهورزان مرد	۳/۳	۳	۳/۳	۳	۳/۳	۳	۰/۹۶
۲۰		بهورزان زن	۳/۵	۳/۵	۳/۳	۳	۳/۴	۳	۰/۳۰

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.16.1.1.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.1.7]

جدول ۲. سطح رضایت پزشکان خانواده شاغل در استان‌های شمالی کشور از میزان همکاری و مشارکت جمعیت تحت پوشش و نهادهای محلی

ردیف	سطح رضایت از جمعیت تحت پوشش	مازندران		گیلان		گلستان		Pvalue
		میانگین	میانه	میانگین	میانه	میانگین	میانه	
۱	برای تشکیل پرونده سلامت	۳	۳	۳/۲	۳	۲/۶	۳	۰/۰۱
۲	برای انجام معاینات دوره‌ای	۲/۹	۳	۳	۳	۲/۶	۳	۰/۰۶
۳	برای انجام مراقبت‌های به موقع (فشارخون بالا، دیابتی و ...)	۳/۱	۳	۳	۳	۳/۷	۳	۰/۰۴
۴	در اجرای اصول و مقررات بیمه‌ای	۲/۷	۳	۲/۴	۳	۲/۵	۳	۰/۲۸
۵	میزان همکاری و مشارکت نهادهای محلی	۳	۳	۲/۸	۳	۲/۷	۳	۰/۱۶

جدول ۳. سطح رضایت پزشکان خانواده شاغل در استان‌های شمالی کشور از کارکردهای شبکه بهداشت و درمان شهرستان مربوط در راستای نهادینه و پویاسازی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

ردیف	سطح رضایت	مازندران		گیلان		گلستان		Pvalue
		میانگین	میانه	میانگین	میانه	میانگین	میانه	
۱	تامین وسیله نقلیه، تجهیزات و ملزومات مورد نیاز مرکز و خانه‌های بهداشت	۳/۱	۳	۳	۳	۳	۳	۰/۷۴
۲	بهسازی و تعمیرات فضای فیزیکی (ساختمان)، تجهیزات پزشکی، اداری و تاسیسات رفاهی مرکز و خانه‌های بهداشت	۲/۸	۳	۲/۶	۳	۲/۶	۳	۰/۵۱
۳	واریز شدن به موقع حق‌الزحمه ماهانه (۸۰ درصد حقوق تا سوم ماه بعد و ۲۰ درصد حقوق باقیمانده ماهای فصل حداکثر یک ماه بعد از پایش فصلی)	۲/۹	۳	۱/۶	۱	۲	۲	۰/۰۰
۴	کمک به حل مشکلات احتمالی (وجود ناهماهنگی‌ها و اختلافات، عدم همکاری یا همکاری ضعیف) مربوط به اعضای تیم سلامت، مردم، نهادهای مردمی	۳	۳	۲/۷	۳	۲/۹	۳	۰/۲۳
۵	کمک به حل مشکلات احتمالی موجود بین سطح۱ و سطح۲ نظام شبکه و تقویت هماهنگی‌های مورد نیاز	۲/۷	۳	۲/۶	۳	۲/۸	۳	۰/۷۱
۶	میزان بهره‌برداری از تجربیات، خلاقیت و نوآوری پزشکان خانواده و سایر اعضای تیم سلامت در اصلاح و تقویت برنامه‌های بهداشتی درمانی	۲/۸	۳	۲/۶	۳	۲/۷	۳	۰/۸۱

جدول ۴. سطح رضایت پزشکان خانواده شاغل در استان‌های شمالی کشور از کارکردهای پزشکان متخصص طرف قرارداد سطح۲

ردیف	سطح رضایت	مازندران		گیلان		گلستان		Pvalue
		میانگین	میانه	میانگین	میانه	میانگین	میانه	
۱	نحوه پذیرش به موقع بیماران ارجاع داده شده و ارایه خدمات مورد نیاز	۲/۷	۳	۲/۶	۳	۳	۳	۰/۰۵
۲	کمیت ارایه پسخوراند	۱/۷	۲	۲	۲	۲/۲	۲	۰/۰۲
۳	کیفیت پسخوراند ارایه شده و قابلیت هدایت کنندگی و وجه آموزشی داشتن آن	۱/۷	۱	۱/۸	۲	۲/۲	۲	۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

براساس نتایج این مطالعه میانگین سطح رضایت پزشکان خانواده از حد زیاد در مورد اعضای تیم سلامت شاغل در مراکز مجری تا پایین‌تر از حد متوسط در مورد کارکرد شبکه بهداشت و درمان شهرستان و عملکرد پزشکان متخصص سطح۲ متغیر بوده است که با نتایج مطالعه مطالعه Gholaamzade-Nikjo و همکاران (۱۲)، Amiri و همکاران (۱۴) و همچنین مطالعه Ebadi و همکاران تقریبا همخوانی دارد (۱۵). نتایج تقریبا مشابه در مطالعات مذکور نشان می‌دهد که بخش‌های دولتی در نقاط مختلف کشور شرایط تقریبا یکسانی دارند.

اما Masoudi در مطالعه خود گزارش نمود که بیش از ۷۸٪ از پزشکان طرف قرارداد اظهار نمودند که از طرح پزشک خانواده رضایت دارند و ادامه آنرا نیز تایید می‌کنند (۱۶). اختلاف یافته‌های این مطالعه با مطالعه Masoudi شاید به دلیل تفاوت در حقوق و مزایای مادی، میزان پیچیدگی کارها و کمیت و کیفیت پشتیبانی واحدهای سطح بالاتر باشد. رضایت‌مندی پزشکان خانواده در این مطالعه نسبت به مطالعه تقریبا مشابه که در چهار سال قبل در همین محیط انجام گرفته تقریبا هم‌سطح بوده است (۱۷). حفظ سطح رضایت‌مندی در طول یک دوره چهار

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.16.1.1.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.1.7]

ساله گرچه خود یک نقطه مثبت به شمار می‌رود ولی می‌تواند نشان دهنده عدم اجرای مداخلات اثربخش باشد که منجر به بهبودی قابل ملاحظه در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی نشده است. این در حالی است که تقریبا همه سیاستگذاران و مدیران اذهان دارند که یکی از عوامل مهم موفقیت هر برنامه اجرایی در نظام مراقبت سلامت، رضایت ارایه دهندگان خدمات می‌باشد که اگر مورد توجه قرار نگیرد بعد از مدتی باعث بی‌تفاوتی آنها خواهد شد و بر کمیت و مهم‌تر از آن بر کیفیت خدمات آسیب جدی وارد می‌آورد.

یافته‌های این پژوهش بالا بودن سطح رضایت از اعضای تیم سلامت را نسبت به سایر موارد بررسی شده نشان می‌دهد که با مطالعه Zahedi و همکاران، مطالعه Salimi و همچنین با مطالعه Shadpour و همکاران همخوانی دارد (۲۰-۱۸). در این مطالعه بالاترین سطح رضایت پزشکان خانواده مربوط به ماما و پایین‌ترین سطح مربوط به بهورزان بوده است. بالا بودن سطح رضایت از ماما شاید به این علت باشد که پرسنل مامایی به دلیل تازه نفس بودن یا نوع جذب (غیررسمی بودن) آمادگی و انعطاف بیشتری برای همکاری دارند. پایین‌تر بودن سطح رضایت از بهورزان شاید به توقع پزشکان مربوط باشد که انتظار دارند خیلی از کارهای مربوط به پرونده سلامت و مراقبت‌های بهداشتی را بهورزان انجام دهند ولی بهورزان هم به دلیل مشغله شغلی ممکن است فرصت و توان انجام همه کارهای مورد انتظار پزشکان را نداشته باشند. یکی دیگر از دلایل پایین‌تر بودن سطح رضایت از بهورزان ممکن است به سطح سواد آنان مربوط باشد چرا که عمده بهورزان شاغل فعلی با مدرک پایین‌تر از دیپلم و حتی حدود ۲۰ سال قبل با مدرک پنجم ابتدایی جذب شدند و با توجه به اینکه تعداد زیادی از بهورزان بعد از جذب نسبت به افزایش سطح تحصیلات خود اقدام کردند، هنوز درصد زیادی از بهورزان مدرک پایین‌تر از دیپلم دارند (۲۱و۱۴). به عبارتی به موازات تغییر در نیازمندی‌های حوزه سلامت و به ازای متنوع‌تر شدن وظایف بهورزان و افزایش کمیت و کیفیت خدمات مورد انتظار، سطح تحصیلات یا سواد آنها افزایش نیافته که این یک خلاء یا شکافی را بین وضع موجود با سطح مطلوب ایجاد نموده که در پژوهش حاضر از دیدگاه پزشکان ملموس می‌باشد.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که پزشکان خانواده رضایت مناسبی از کارکرد ستاد مرکز بهداشت شهرستان، پزشکان متخصص سطح۲ و جمعیت تحت پوشش نداشتند. مطالعه‌ای که توسط Motlagh و همکاران (۱۷)، Nasrollahpour Shirvani و همکاران انجام گرفت (۲۲)، نتایج تقریبا مشابه‌ای گزارش شده است. اگر پذیرفته شود برای نهادینه و پویاسازی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، حمایت و پشتیبانی از سطح اول ضمن غیرقابل اجتناب بودن، نقش استراتژیک هم دارد، آن وقت باید از هر فرصتی برای مداخلات بهبود استفاده نمود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که پزشکان خانواده از کمیت و کیفیت پسخوراند متخصصین سطح۲ رضایت کمتری دارند. در حالی‌که در یک سیستم بهداشتی درمانی خوب سازماندهی شده، سطوح بالاتر ملزم است نتیجه ویزیت و درمان کلیه بیماران ارجاع شده از سطح پائین‌تر را در نامه کتبی و فرم‌های استاندارد، قید و توصیه‌های پیگیری را برای منبع ارجاع کننده گزارش نمایند. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد چنانچه فرم نوشته شده استاندارد ارائه شود و پزشک مشاور نظرات خود را کتبا به پزشک ارجاع کننده ارسال نماید پیگیری و نتایج درمان بهتر خواهد بود (۲۴و۲۳). در این مطالعه یکی از علل پایین‌تر بودن سطح رضایت پزشکان خانواده مربوط به ناکافی بودن حقوق و یا به موقع پرداخت نشدن آن بود که تقریبا با همه مطالعات مرتبط انجام شده در داخل کشور از جمله Motlagh و همکاران، Nasrollahpour Shirvani و همکاران، Jannati و همکاران همخوانی دارد (۲۵ و ۲۲ و ۱۷). انجام یک رضایت‌سنجی از پزشکان خانواده شاغل در P.H.C در لیتوانی نشان داد رضایت شغلی آنان نسبتاً کم است که یکی از عوامل مهم نارضایتی مربوط به پایین بودن حقوق بوده است (۲۶). نتایج یک بررسی در طول سال‌های ۲۰۰۵ – ۲۰۰۴ در مناطق روستایی شهرهای کوچک ایالات متحده، رضایت کلی پزشکان خانواده را ۶۷٪ ولی رضایت از درآمد فعلی را ۳۰٪ گزارش کرده است (۲۷). پایین بودن سطح رضایت پزشکان خانواده از میزان مبلغ دریافتی احتمالا به‌خاطر بالا بودن حجم کار و مسئولیت‌های جدید در مقایسه با بخش خصوصی می‌باشد که ممکن است بسیاری از همکاران بخش خصوصی آنها با حداقل مسئولیت درآمد نسبتا بالاتری داشته باشند. اما پایین بودن سطح رضایت پزشکان خانواده در خصوص عدم پرداخت به‌موقع حقوق بخاطر این می‌باشد که منابع مالی باید همه ماهه از طرف سازمان بیمه خدمات درمانی استان به مرکز بهداشت استان و از این طریق به شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها منتقل شود، این فرایند واسطه‌ای و همچنین تاخیر در گزارش نتایج پایش عملکرد فصلی عمدتا باعث تاخیر احتمالی در پرداخت‌ها می‌شود.

در مطالعه حاضر بین سطح رضایت با هیچ‌کدام از متغیرهای زمینه‌ای پزشکان خانواده نظیر جنس، تاهل، سن، تعداد جمعیت تحت پوشش و سابقه خدمت رابطه معنی‌داری وجود نداشت که با سایر مطالعات مرتبط هم‌خوانی دارد (۱۷ و ۲۲). در مطالعه Ebadi و همکاران بین جنس و تاهل با سطح رضایت پزشکان رابطه معنی‌دار وجود نداشت، اما بین گروه سنی و سابقه کار رابطه معنی‌دار گزارش شده است (۱۵). یکی از دلایل عدم اختلاف معنی‌دار بین سن و سابقه خدمت با سطح رضایت پزشکان در این مطالعه احتمالا به علت جوان بودن برنامه پزشک خانواده بوده که با عمری کمتر از ۸ سال تفاوت‌های چندانی از نظر مزایای شغلی ایجاد نکرده است. اما در خصوص تعداد جمعیت تحت پوشش انتظار می‌رفت رابطه معکوس معنی‌دار مشاهده گردد که آن هم به علت افزایش درآمد به ازای افزایش تعداد جمعیت به خاطر پرداخت از نوع سرانه تائید نشد.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد متوسط جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده نسبت به مطالعه مشابه چهار سال قبل (۱۷) حدودا ۵۰۰ نفر افزایش یافته و این خود می‌تواند نشان دهنده ریزش پزشکان و کاهش تقاضا برای خدمت در برنامه پزشک خانواده باشد. گرچه کمبود پزشک از ویژگی‌های نظام سلامت بسیاری از کشورها و حتی کشورهای پیشرفته مثل انگلستان، فنلاند و آمریکا می‌باشد (۲۸) ولی در برنامه پزشک خانواده روستایی افزایش متوسط جمعیت تحت پوشش احتمالا به دلیل کمبود پزشک در کشور نبوده بلکه بعلت پایین بودن سطح درآمد و متعاقب آن کاهش سطح رضایت و نهایتا ترک خدمت پزشکان می‌باشد و عدم استقبال درصد زیادی از پزشکان طرحی برای ادامه خدمت در برنامه پزشک خانواده باعث می‌شود خلاء ایجاد شده همواره باقی بماند و حتی بیشتر هم شود. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری نمود که رضایت کلی پزشکان خانواده از اعضای تیم سلامت شاغل در مراکز مجری، در حد زیاد ولی از کارکرد شبکه بهداشت و درمان شهرستان، متخصصین طرف قرارداد سطح۲، جمعیت تحت پوشش و نهادهای برون‌بخشی پایین‌تر از حد متوسط بوده است. لذا پیشنهاد می‌شود مسئولین سطوح کشوری، دانشگاهی، شهرستانی با بازنگری و اصلاح

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.16.1.1.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.1.7]

برنامه‌ها، حمایت و پشتیبانی از سطح اول شبکه را بیش از پیش افزایش و تقویت نمایند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی بابل و مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی گلستان به جهت حمایت مالی، از معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی بابل، مازندران، گیلان و گلستان و همچنین از روسای شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های تحت پوشش و مسئولین واحد گسترش شبکه بخاطر مساعدت در اجرای طرح و از خانم‌ها: حمیده رمضانی، مریم رضایی، نیره محمدزاده، فهیمه ذبیحی و محبوبه محمدی و آقایان رحیم ملک‌زاده و جواد حبیب‌زاده از کارشناسان بهداشت معاونت بهداشتی بابل که کل داده‌های پژوهش را در سطح ۳ استان جمع‌آوری نمودند صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.16.1.1.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.1.7]

Satisfaction of Family Physicians (FPs) about the Effective Factors on Activation of FP Program and Rural Insurance in the Northern Provinces of Iran

E. Mikaniki (MD) [1], H. Ashrafian Amiri (MD)[1], S.D. Nasrollahpour Shirvani (PhD)[1*], M.J. Kabir (PhD)[2], N. Jafari (PhD)[2], M. Nahimi Tabiei (MD)[3], A. Dadashi (MD)[4], M.R. Mirzaei (MD)[5]

1. Research Center for Social Determinants of Health, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
2. Health Management & Social Determinants Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
3. Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
4. Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
5. Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

J Babol Univ Med Sci; 16(1); Jan 2014; pp: 7-15

Received: Apr 23rd 2013, Revised: Jul 10th 2013, Accepted: Sep 4th 2013.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Successful implementation of FP program and rural insurance requires continuous collaboration among the intersectoral and intrasectoral organizations. FPs' satisfaction from related institutions can lead to more motivation, longer activity and better services in the organization. This study was performed to evaluate the level of FPs' satisfaction in Northern provinces of Iran.

METHODS: This cross-sectional study was performed in winter 2013. Totally 139 health centers from 552 which implement the family physician program and rural insurance coverage in Mazandaran, Golestan and Guilan provinces were randomly selected. In each center all of available FPs included. A researcher-made questionnaire was used for data gathering. In this questionnaire, personal characteristics with 10 open and closed questions, satisfaction from human and physical resources available at the first level, the function of health center of the city, the function of specialists at the second level, the performance of underlying population of intersectional organizations were asked through 34 questions with Likert scales. Validity and reliability of the questionnaire were approved.

FINDINGS: Mean of the level of 188 FPs' satisfaction about health team, equipment and facilities in the centers (of 5 score) was 3±0.6, underlying population was 2.8±0.8, intersectoral collaboration was 2.8±1, the function of district health center was 2.7±0.9, the function of specialists was 2.1±0.9. The level of FPs' satisfaction from the specialists of the functional second level showed a significant difference in the Northern provinces of Iran (p=0.001). There was not a significant relationship between age, underlying population, recorded services, the number of replacements and the level of FP's satisfaction.

CONCLUSION: The results of this study showed that the level of FPs' satisfaction was moderate; therefore, interventional program at different levels should be planned and implemented to protect and promote it.

KEY WORDS: *Satisfaction, Family physician, Health care center, Rural insurance*.

Please cite this article as follows:
Mikaniki E, Ashrafian Amiri H, Nasrollahpour Shirvani SD, et al. Satisfaction of family physicians (FPs) about the effective factors on activation of FP program and rural insurance in the Northern Provinces of Iran. J Babol Univ Med Sci 2014;16(1):7-15.

*Corresponding Author; S.D. Nasrollahpour Shirvani (PhD)

Address: Department of Public Education, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

Tel: +98 111 2190631

E-mail: dnshirvani@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.16.1.1.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.1.7]

References

1.Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, et al. evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern Provinces of Iran: 2008. J Babol Univ Med Sci 2010;11(6):46-52. [in Persian]

2.Family Physician Instruction. Iran: Ministry of Health and Medical Education 2009; pp: 4- 102. [in Persian]

3.Arshi S, Dsadegi H, Seyfnezad S, Salemsafi P. Relation between different level of Malsows needs and satisfaction of Ardabil medical science universities staff. Ardabil Med Sci 2005;5(2):16-26. http://journals.arums.ac.ir /index.php/jarums/article/view/249. [in Persian]

4.Moghreb M, Madarshayan F, Aliabadi N, Rezaee N, Mohammadi A. Job satisfaction of nurses in didactic hospitals in Birjand city. J Birjand Univ Med Sci 2005;(3)12:92-9.http://journal.bums.ac.ir/search.php?slc_lang=fa&sid=1&auth=%D9%85%D8%A7%D8%AF%D8%B1%D8%B4%D8%A7%D9%87%D9%8A%D8%A7%D9%86+ %D9%81%D8%B1%D8% AD [in Persian]

5.Krueger P, Brazil K, Lohfeld L, Edward HG, Lewis D, Tjam E. Organization specific predictors of job satisfaction: Finding from a Canadian multi-site quality of work life cross- sectional survey. BMC Health Serv Res 2002;2(1):6.

6.Lindner JR. Understanding employee motivation. J Extension 1998;36. Available at: http://www.joe.org/ joe/ 1998june/rb3.php

7.Kushnir T, Cohen AH. Job structure and burnout among primary care pediatricians. Work 2006;27(1):67-74.

8.Van Ham I, Verhoeven AA, Groenier KH, Groothoff JW, De Haan J. Job satisfaction among general participations: a systematic literature review. Eur J Gen Pract 2006;12(4):174-80.

9.Sibbald B, Enzer I, Cooper C, Rout U, Sutherland V. GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future. Fam Pract 2000;17(5):364-71.

10.Sibbald B, Bojke Ch, Gravelle H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. BMJ 2003;326(7379):22.

11.DeVoe J, Fryer GE, Lee Hargraves L, Phillips RL, Green LA. Does Career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality care? J Family Prac 2002;51(3). Available at: http:// www. hschange.com/ CONTENT/453

12.Gholaamzade-Nikjo R, Janati A, Portalleb A, Gholizade M. Survey of Mashhad family physicians satisfaction with family medicine programme. Zahedan J Res Med Sci 2012;13(10):39. [in Persian]

13.Ghaneie H. Effective Factors on job satisfaction of physicians of Kurdistan province. J Kurdistan Univ Med Sci 1998;7(2):8-12. [in Persian]

14.Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: the mutual satisfaction of physicians and health care team members. Razi J Med Sci 2012;18(92):24-30. [in Persian]

15.Ebadi M, Montazeri A, Azin SA. GP job satisfaction in Tehran city. J Payesh 2005;4(3):189-95. http://www.payeshjournal.ir/UploadedFiles/ArticleFiles/8de6fc5865c34fb.pdf [in Persian]

16.Masoudi I. Study of family physician system from physicians' opinion who contracted by Imam Khomeini Committee. MSc thesis, Tehran; Islamic University Free 2003; pp: 87-125. [in Persian]

17.Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, et al. Satisfaction of family physicion (fps) about effective factors on activation of FP program in medical universities. J Guilan Univ Med Sci 2011;76: 48-55. Available at: http://www.sid.ir/fa/VEWSSID/J_pdf/57313897607.pdf [in Persian]

18.Zahedi MR, Palahang H, Ghafari M. Job Satisfaction among health personnel in Chaharmahal & Bakhtiari province. J Sharekord Univ Med. Sci 2000;2(1):27-33. http://journal.skums.ac.ir/browse.php?a_id=600&sid=1&slc_lang=en [in Persian]

19.Salimi T. Study of job satisfaction of nurses and effective on productivity in Yazd province. Mashhad; the First National Seminar on Research in Networks Health, Khorasan University Medical Sciences 1996: 158. [in Persian]

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.16.1.1.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.1.7]

20.Shadpour K, Jamshid Beigi E. Method for assessment of satisfaction employees. The First National Seminar on Research in Networks Health, Khorasan University Medical Sciences 1996: 29-30. [in Persian]

21.Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, et al. Satisfaction in health teams about the function of family physician (FPs) in medical Universities of Northern provinces of Iran. J Urmia Nursing Midwifery Faculty 2011;9(3):180-7. http://unmf.umsu.ac.ir/files/site1/ Faslnameh/32_msh_90.pdf [in Persian]

22.Nasrollahpour Shirvani SD, Raeisee P, Motlagh ME, Kabir MJ, Ashrafian Amiri H. Evaluation of the performance of referral system in family physician program in Iran University of Medical Sciences: 2009. Hakim Res J 2010; 13(1):19- 25. [in Persian]

23.Starfield B. Is primary care essential? The Lancet 22 October 1994; 344(8930):1129-1133. Available at: www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(94)90634-3

24.Clancy CM, Franks P. Utilization of specially and primary care: The Impact of H.M.O insurance and patient related factors. J Fam Pract 1997;45(6):500-8.

25.Jannati A, Maleki MR, Gholizade M, Narimani MR, Samane Vakeli S. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program. Knowledge & Health 2010;4(4):38-43.http://knh.shmu.ac.ir/index.php?journal=site&page=issue&op=view&path%5B%5D=24 [in Persian]

26.Buciuniene I, Blazeviciene A, Bliudziute E. Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania. BMC Fam Pract 2005;6(1):10.

27.Stenger J, Cashman SB, Savageau JA. The primary care physician workforce in Massachusetts: implications for the workforce in rural, small town America. J Rural Health 2003;24(4):375-83.

28.Kankaanranta T, Nummi T, Vainiomäki J, et al. The role of job satisfaction, job dissatisfaction and demographic factors on physicians' intentions to switch work sector from public to private. Health Policy 2007;83(1):50-64.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.16.1.1.7]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.1.7]