

رضایت پزشکان خانواده از عوامل موثر بر پویاسازی طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در دانشگاه های علوم پزشکی

دکتر محمد اسماعیل مطلق (MD)^۱ - *سیدداود نصرالله پورشریوانی (MSc)^{۲*} - دکتر حسن اشرفیان امیری (MD)^۳ - مهندس محمدجواد کبیر (MSc)^۴ -
دکتر علی شبستانی منفرد (Ph D)^۵ - دکتر آذین نحوی جوی (MD)^۶
*نویسنده مسئول: بابل، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بابل
پست الکترونیک: dnshirvani@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۸/۲۸ تاریخ پذیرش: ۸۹/۳/۲۱

چکیده

مقدمه: پزشک خانواده به عنوان سرپرست گروه سلامت مسئول بکارگیری و استفاده بهینه از کلیه امکانات برای تامین، حفظ و ارتقای تندرستی جمعیت تحت پوشش خود است. رضایت پزشکان خانواده می تواند در بهره‌وری منابع، کمیت و کیفیت خدمات مؤثر باشد.

هدف: تعیین میزان رضایت پزشکان خانواده از عوامل موثر بر پویاسازی طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران در سال ۱۳۷۸.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی - تحلیلی به صورت مقطعی در سال ۱۳۸۷ انجام شد. محیط پژوهش مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر زیر پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی گلستان، مازندران، بابل و گیلان بوده است. برای نمونه‌گیری ابتدا ۲۰٪ مراکز مجری طرح پزشک خانواده هر دانشگاه به روش تصادفی منظم (مجموعاً ۱۰۷ مرکز از کل ۵۲۱ مرکز) انتخاب شدند و بعد در هر مرکز کلیه پزشکان در دسترس که حداقل ۶ ماه سابقه کار داشتند (کلاً ۱۶۶ نفر) با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با آزمون‌های Kendall's, Fisher's Exact, chi-square در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: از کل ۱۶۶ پزشک خانواده، ۹۲ نفر (۵۵/۴٪) مرد، ۱۳۲ نفر (۷۹/۵٪) متأهل و میانگین سنی آنها $۳۴/۵ \pm ۴/۹۵$ ساله بوده که بیشترین افراد (۶۵٪) در گروه سنی ۴۰ - ۳۱ سال قرار داشتند. میانگین جمعیت تحت پوشش پزشکان خانواده ۴۲۸۵ ± ۱۳۳۸ نفر و میانگین سابقه خدمت پزشکان $۳۲ \pm ۹/۷۹$ ماه بوده که ۶۸ نفرشان (۴۱٪) حداقل یک‌بار محل خدمت خود را تغییر داده بودند. میزان رضایت پزشکان خانواده از کارکرد واحدهای ستادی مرکز بهداشت شهرستان مربوط و مجموعه کارکرد پزشکان متخصص سطح ۲ نسبت به پذیرش و پشتیبانی فنی بیماران ارجاع داده شده پایین و در دانشگاه‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌دار داشت. رضایت پزشکان خانواده از میزان همکاری، دانش و مهارت اعضای گروه سلامت بالا، ولی از پذیرش و همکاری دارندگان دفترچه بیمه روستایی در اجرای اصول و مقررات مربوطه پایین بوده است.

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی رضایت پزشک خانواده از کارکرد مرکز بهداشت شهرستان و متخصصان طرف قرارداد سطح ۲ و دارندگان دفترچه بیمه روستایی کم و از اعضای گروه سلامت زیاد بوده است. پس، مسئولان مرکز بهداشت شهرستان‌ها باید نسبت به اصلاح برنامه‌ها و تقویت هماهنگی سطح اول و دوم نظام شبکه در جهت تامین نیازمندی‌های سطح اول توجه و اقدام نمایند.

کلید واژه‌ها: بیمه / پزشکان خانواده / رضایت شغلی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره نوزدهم شماره ۷۶، صفحات: ۴۸-۵۵

مقدمه

زیادبودن آن بر بازدهی یا بهره‌وری فوق‌العاده مؤثر است (۱). رضایت کارکنان موضوع مهمی است که می‌تواند در میزان انگیزش تأثیر زیادی داشته‌باشد. بر اساس تئوری هرزبرگ عواملی چون حقوق و سایر مزایای مادی، دستورات عمل و مقررات کاری، شرایط محیط فیزیکی کار، ابزار، ماهیت کار (لذت‌بخش بودن شغل)، شناخت و قدردانی، موفقیت، مسئولیت، رشد و پیشرفت شغلی در ایجاد و افزایش رضایت و متعاقب آن انگیزه کارکنان تأثیرگذار است (۲). بنابراین، رضایت شغلی در برگیرنده واقعیت‌های مربوط به دستمزد،

عملکرد هر سازمانی اصولاً حاصل ۳ منبع فیزیکی، مالی و انسانی است و منابع فیزیکی و مالی خود بخود باعث تولید کالا یا خدمت نمی‌شود، مگر آن که عنصر انسانی وارد شده‌باشد. میزان عملکرد یک کارمند تابعی از توانایی و انگیزه اوست. اولین عامل (توانایی) تعیین‌کننده آن است که او چه می‌تواند بکند و دومین عامل (انگیزش) مشخص می‌کند او چه می‌خواهد انجام دهد. توانایی به عواملی چون سابقه خدمت، مهارت یا آموزش بستگی دارد در صورتی که خواستن که متأثر از انگیزه است در درون انسان قرار دارد و کم و

۱. گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۲. گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

۳. معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۴. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان

۵. گروه بیوشیمی و بیوفیزیک، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

اما در طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی که از ابتدای سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت کشور اجرا شده، کمی متفاوت با ساختار معمول نظام شبکه از جمله شیوه پرداخت دستمزد، محدود و مشخص شدن جمعیت، الزامی بودن تشکیل پرونده سلامت برای همه خانوار تحت پوشش، تأکید به نظام ارجاع و پاسخگویی به نیازهای مردم در خارج از وقت اداری است (۱۲) و اگر این تعهدات جدید با حمایت، پشتیبانی و همکاری اعضای گروه سلامت در سطح اول و واحدهای ستادی مرکز بهداشت شهرستان و پزشکان متخصص سطح ۲ همراه نباشد، مطمئناً می‌تواند در میزان رضایت پزشکان خانواده مؤثر باشد. این مطالعه با توجه به گذشتن بیش از ۳/۵ سال از اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی برای تعیین میزان رضایت پزشکان خانواده از کمیت و کیفیت همکاری بیمه‌شدگان روستایی، پشتیبانی اعضای گروه سلامت و واحدهای ستادی مرکز بهداشت شهرستان و پزشکان متخصص سطح ۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی و پیمایشی به صورت مقطعی در نیمسال دوم ۱۳۸۷ انجام شد. محیط پژوهش مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران بوده است. جامعه پژوهش پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی یا شهری- روستایی مجری طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی با حداقل ۶ ماه سابقه خدمت بود. نمونه‌گیری در دو مرحله به صورت زیر انجام شد: در مرحله اول ۲۰٪ مراکز بهداشتی-درمانی مجری طرح در هر دانشگاه (استثنا برای بابل ۳۵٪) به‌عنوان خوشه پژوهش تعیین شدند که برای انتخاب آنها ابتدا نام مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی مجری طرح مستقر در شهرستان‌های تحت پوشش هر دانشگاه از غرب به شرق فهرست شد و بعد به روش تصادفی سیستمی، ۲۴ مرکز بهداشتی درمانی از ۱۲۵ مرکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ۴۱ مرکز بهداشتی درمانی از ۲۰۴ مرکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۱ مرکز بهداشتی درمانی از ۲۹ مرکز تحت

نظارت، امکانات و شرایط عملکرد سازمان است (۳) و می‌تواند بر میزان کمیت و کیفیت تولید خدمات عاملی تعیین‌کننده به حساب آید. کرواگر با بررسی عوامل خاص مؤثر بر رضایت شغلی در سیستم خدمات بهداشتی در شش سازمان مستقل، نتیجه‌گیری کردند که رضایت شغلی ساختاری چندبعدی دارد (۴). بررسی جامعه پزشکان نشان می‌دهد که عواملی همچون جذاب بودن شغل، شرایط مناسب کار، امکان پیشرفت، صداقت و همکاری در بین همکاران و وجود همدلی در برابر مشکلات در محیط کار بویژه پسندیده بودن شغل پزشکی از نظر جامعه می‌تواند در رضایت شغلی این افراد مؤثر باشد (۵). با مد نظر قرار دادن همین فاکتورهای شناخته شده، نتیجه برخی مطالعات ارتباط بین نارضایتی و فرسودگی شغلی را در جامعه پزشکان تأیید کرده است (۶). ونهام و همکاران در بررسی رضایت شغلی در گروهی از پزشکان عمومی جوان، عواملی چون درآمد کم، زیاد بودن ساعت کار، فشار کار زیاد و کمی وقت آزاد را از عوامل مؤثر در کاهش رضایت شغلی معرفی کرده‌اند (۷). در مطالعه‌ای در طی سال‌های ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۰ و همچنین در سال ۱۹۹۸ در انگلستان نشان داد که میزان رضایت در پزشکان مرد و زن از سال ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۰ کاهش و سپس تا سال ۱۹۹۸ افزایش داشته است (۸). مطالعه دیگری که در سطح ملی انگلستان میزان رضایت شغلی پزشکان عمومی را در سال‌های ۱۹۹۸ و ۲۰۰۱ میلادی بررسی و مقایسه کرده، نتیجه گرفته که میانگین این رضایت از ۴/۶۴ در سال ۱۹۹۸ به ۳/۹۶ در سال ۲۰۰۱ کاهش یافته است (۹). در مطالعه دیگری که در سال‌های ۱۹۹۶-۹۷ برای تعیین رضایت شغلی پزشکان خانواده و عمومی در ایالات متحده آمریکا، میزان نارضایتی پزشکان عمومی ۱۷ درصد و پزشکان خانواده ۲۰ درصد اعلام شد (۱۰). در ایران مطالعات معدود در زمینه رضایت شغلی پزشکان نتایجی تقریباً مشابه مطالعات خارجی بدست داده است. مطالعه قانعی در جامعه پزشکان استان کردستان نشان داد، 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 پزشکان از سازمان محل خدمت موجب کاهش رضایت پزشکان بوده است (۱۱).

گرفت. داده‌ها با آزمون‌های Kendall's, Fisher's Exact Test, chi-square در نرم‌افزار SPSS در سطح معنی داری $p < 0.05$ تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

از کل ۱۶۶ پزشک خانواده، ۹۲ نفر (۵۵/۴٪) مرد، ۱۳۲ نفر (۷۹/۵٪) متأهل با میانگین سنی $34/5 \pm 4/95$ ساله بودند که بیشترین افراد (۶۵٪) در گروه سنی ۴۰-۳۱ سالگی قرار داشتند. میانگین جمعیت تحت پوشش پزشکان خانواده $32 \pm 9/79$ نفر و میانگین سابقه خدمت پزشکان $32 \pm 9/79$ ماه بوده که ۶۸ نفرشان (۴۱٪) حداقل یک‌بار محل خدمت خود را تغییر داده بودند. جدول ۱ و ۲ میزان رضایت پزشکان خانواده از موارد مورد مطالعه مربوط به کارکرد ستاد مرکز بهداشت و متخصصان سطح ۲ را نشان می‌دهد.

پوشش دانشگاه علوم پزشکی بابل و ۳۱ مرکز بهداشتی درمانی از ۱۶۳ مرکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی گیلان، مجموعاً ۱۰۸ مرکز از کل ۵۲۱ مرکز مجری به‌عنوان خوشه انتخاب شدند. در مرحله دوم با مراجعه به مرکز یا خوشه منتخب، کلیه پزشکان حاضر با استفاده از پرسشنامه خودساخته که روایی آن با استناد به دستورالعمل اجرایی طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی و منابع مرتبط مورد تأیید خبرگان قرار گرفته و پایایی آن هم با آزمون کرنباخ ۰/۸۶ تعیین شد، مورد بررسی قرار گرفت. برای امتیازدهی پاسخ پرسش‌ها براساس مقیاس ۵ رتبه‌ای لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم) به ترتیب نمره ۵ تا ۱ داده شد. دسته‌بندی امتیازها با مقیاس سه رتبه‌ای بوگاردوس در سطح مطلوب (با ۷۵-۱۰۰٪ کل نمره)، نسبتاً مطلوب (با ۵۰-۷۵٪ کل نمره) و نامناسب (با کمتر از ۵۰٪ کل نمره) صورت

جدول ۱: سطح رضایت پزشکان خانواده شاغل در استان های شمالی کشور از کارکردهای واحدهای ستادی مرکز بهداشت شهرستان مربوط در راستای استقرار و پویا سازی طرح پزشک خانواده

ردیف	سئوالات	سطح رضایت					
		زیاد و خیلی زیاد		متوسط		کم و خیلی کم	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	رضایت از میزان تلاش و پیگیری واحدهای ستادی مرکز بهداشت در حل مشکلات احتمالی مربوط به اعضای گروه سلامت، مردم، نهادهای مردمی (هیئت امناء، شورای اسلامی و ...) و سازمان های مرتبط با سلامت مستقر در منطقه تحت پوشش از قبیل وجود ناهماهنگی ها، همکاری و مشارکت ضعیف، اختلافات و ...	۴۲	۲۵/۶	۷۵	۴۵/۷	۴۷	۲۸/۶
۲	رضایت از میزان تلاش و پیگیری واحدهای ستادی مرکز بهداشت در تامین تجهیزات و ملزومات مورد نیاز	۵۷	۳۴/۶	۷۳	۴۴/۲	۳۵	۲۱/۲
۳	رضایت از میزان تلاش و پیگیری واحدهای ستادی مرکز بهداشت در بهسازی فضای فیزیکی، تعمیر دستگاه و وسایل تاسیساتی و رفاهی (در صورت نیاز)	۳۹	۲۳/۷	۷۵	۴۵/۵	۵۱	۳۰/۹
۴	رضایت از میزان تلاش و پیگیری واحدهای ستادی مرکز بهداشت شهرستان مربوطه در حل مشکلات بین سطح یک و سطح دو نظام شبکه و ایجاد هماهنگی های لازم	۴۱	۳۴/۷	۶۳	۳۸/۰	۶۲	۳۷/۳
۵	رضایت از کمیت (تعداد) جلسات آموزشی برگزار شده	۸۴	۵۱	۶۴	۳۸/۸	۱۷	۱۰/۳
۶	رضایت از موثر بودن موضوعات آموزشی ارائه شده توسط واحدهای ستادی مرکز بهداشت شهرستان مربوطه جهت اجرای مطلوبتر برنامه های پزشک خانواده	۶۹	۴۱/۵	۶۳	۳۸/۰	۳۴	۲۰/۵
۷	رضایت از به موقع پرداخت شدن حق الزحمه پزشکان خانواده توسط مرکز بهداشت شهرستان مربوطه (برابر با دستورالعمل)	۱۴	۸/۴	۲۹	۱۷/۵	۱۲۳	۷۴/۱
۸	رضایت از میزان دریافتی ماهانه و فصلی با توجه به مبلغ قرارداد منعقد در اوائل سال	۱۲	۷/۲	۳۶	۲۱/۷	۱۱۸	۷۱/۱
۹	رضایت از میزان استفاده و بهره برداری واحدهای ستادی مرکز بهداشت از تجربیات، خلاقیت و نوآوری پزشکان خانواده و سایر اعضای گروه سلامت در اصلاح و تقویت برنامه های بهداشتی درمانی	۳۳	۱۹/۹	۷۳	۴۴/۰	۶۰	۳۶/۱

جدول ۲: سطح رضایت پزشکان خانواده از مجموعه کارکردهای پزشکان متخصص سطح ۲ نسبت به پذیرش و پشتیبانی فنی بیماران ارجاع داده شده از سطح یک در دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی ایران

ردیف	سئوالات	سطح رضایت					
		کم و خیلی کم		متوسط		زیاد و خیلی زیاد	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
۱	رضایت از میزان همکاری سطح دو از نحوه پذیرش به موقع بیماران ارجاع داده شده و ارائه خدمات مورد نیاز	۳۳/۸	۵۶	۴۵/۲	۷۵	۲۱	۳۵
۲	رضایت از کیفیت پسخوراند ارائه شده توسط پزشکان متخصص طرف قرارداد سطح دو از نظر کامل بودن (ذکر تشخیص بیماری، دستورات دارویی، توصیه های مورد نیاز و ...) و قابلیت هدایت کنندگی و وجه آموزشی داشتن	۶۹/۸	۱۱۶	۲۷/۱	۴۵	۳	۵
۳	رضایت از کمیت یا درصد ارائه پسخوراند پزشکان متخصص طرف قرارداد سطح دو (تعداد پسخوراند به نسبت تعداد بیماران ارجاع داده شده)	۷۰/۹	۱۱۷	۲۶/۷	۴۴	۲/۴	۴

پزشکان متخصص سطح ۲ نسبت به پذیرش و پشتیبانی فنی بیماران ارجاع داده شده از سطح یک در دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی ایران تفاوت معنی دار وجود داشت ($P < 0.001$).

بین سطح رضایت با جنس، تأهل، سن، تعداد جمعیت تحت پوشش و سابقه خدمت پزشکان خانواده رابطه معنی دار آماری بدست نیامد ($P < 0.398$)، ($P < 0.476$)، ($P < 0.660$)، ($P < 0.139$)، ($P < 0.398$).

بحث و نتیجه گیری

یکی از عوامل مهم موفقیت هر طرح اجرایی در نظام مراقبت سلامت، رضایت ارائه دهندگان این خدمات است که اگر به آن بی توجهی شود پس از مدتی باعث بی تفاوتی افراد خواهد شد به طوری که بر کمیت و مهم تر از آن کیفیت خدمات آسیب جدی وارد خواهد آورد. یافته های این پژوهش نشان داد که پزشکان خانواده رضایت خوبی از کارکرد ستاد مرکز بهداشت شهرستان، پزشکان متخصص سطح ۲ و دارندگان دفترچه بیمه روستایی نداشتند. مطالعه رئیسی و همکاران در حوزه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران، نتایج تقریباً مشابه داشته است (۱۳). در مطالعه عبادی و همکاران میزان رضایت کلی پزشکان عمومی دارای مطب شهر تهران، ۱۱ درصد زیاد و خیلی زیاد، ۴۱ درصد متوسط و ۴۸ درصد کم و خیلی کم اعلام شد (۱۴) که تقریباً مشابه یافته های پژوهش حاضر بوده است. اما پژوهش مسعودی با عنوان بررسی نظام پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان طرف قرار داد کمیته امداد

میزان رضایت پزشکان خانواده از میزان همکاری اعضای گروه سلامت در راستای اجرا، نهادینه شدن و تقویت برنامه های طرح پزشک خانواده به شرح زیر بود: از مامای خانواده ۸۸/۵٪، کاردان یا کارشناس بیماری ها ۷۵/۵٪، کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده ۸۱/۷٪، کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای ۷۷/۱٪، دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان ۶۴/۸٪ و از بهورز ۸۱/۸٪.

سطح رضایت پزشکان خانواده از میزان دانش و مهارت (توان علمی و تجربه عملی) اعضای گروه سلامت در راستای اجرا، نهادینه شدن و تقویت برنامه های طرح پزشک خانواده به شرح زیر بود: از مامای خانواده ۸۳/۲٪، کاردان یا کارشناس بیماری ها ۷۴/۱٪، کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده ۸۲/۵٪، کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای ۷۴/۸٪، دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان ۶۴/۴٪ و بهورز.

سطح رضایت پزشکان خانواده از میزان پذیرش و همکاری دارندگان دفترچه بیمه روستایی در اجرای اصول و مقررات مربوطه (تجویز تعداد اقسام دارویی، درخواست آزمایش، ارجاع و...) ۱۱/۶٪، زیاد و خیلی زیاد، ۳۴/۲٪ متوسط و ۵۴/۲٪ کم و خیلی کم بوده است.

بین سطح رضایت پزشکان خانواده از مجموعه کارکردهای ستاد مرکز بهداشت شهرستان نسبت به پویاسازی طرح پزشک خانواده در دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی ایران تفاوت معنی دار وجود داشت ($P < 0.014$).

بین سطح رضایت پزشکان خانواده از مجموعه کارکردهای

درمان کلیه بیماران ارجاع شده از سطح پائین تر را در نامه کتبی و فرم‌های استاندارد قید و توصیه‌های پی‌گیری را برای منبع ارجاع‌کننده گزارش کنند. مطالعات نشان می‌دهد که اگر فرم نوشته شده استاندارد ارائه شود و پزشک مشاور نظر خود را کتبی به پزشک ارجاع‌کننده ارسال کند پی‌گیری و نتایج درمان بهتر خواهد بود (۲۰ و ۲۱).

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که کمترین سطح رضایت پزشکان خانواده مربوط به کمیت حق‌الزحمه و پرداخت بموقع آن بوده است. در مطالعه رئیسی و همکاران هم نتایج مشابه بدست آمده بود (۱۳). پایین بودن سطح رضایت پزشکان خانواده از میزان مبلغ دریافتی احتمالاً بخاطر حجم کار و مسئولیت‌های جدید در مقایسه با بخش خصوصی باشد که ممکن است بسیاری از همکاران بخش خصوصی آنها با حداقل مسئولیت درآمد نسبتاً بالایی داشته باشند. اما پایین بودن سطح رضایت پزشکان خانواده در خصوص پرداخت بموقع حق‌الزحمه بخاطر این است که منابع باید همه ماهه از سازمان بیمه خدمات درمانی استان به مرکز بهداشت شهرستان منتقل شوند، این فرایند واسطه‌ای و همچنین تأخیر در گزارش نتایج پایش عملکرد فصلی عمدتاً باعث تأخیر در پرداخت می‌شده است.

در مطالعه حاضر بین میزان رضایت با هیچ‌یک از متغیرهای زمینه‌ای پزشکان خانواده نظیر جنس، تأهل، سن، تعداد جمعیت تحت پوشش و سابقه خدمت رابطه معنی‌دار وجود نداشت. در مطالعه عبادی و همکاران بین جنس و تأهل با میزان رضایت پزشکان رابطه معنی‌دار وجود نداشت اما بین گروه سنی و سابقه کار، رابطه معنی‌دار بود (۱۴). یکی از دلایل نبودن اختلاف معنی‌دار سن و سابقه خدمت با سطح رضایت پزشکان در این مطالعه، جوان بودن طرح پزشک خانواده بود که در هنگام مطالعه کمتر از ۴ سال از اجرای آن می‌گذشت. بنابراین، تفاوت چندان از نظر مزایای شغلی ایجاد نشده بود اما در خصوص تعداد جمعیت تحت پوشش انتظار می‌رفت رابطه معکوس معنی‌دار بدست آید که آن هم به علت افزایش درآمد به ازای افزایش تعداد جمعیت به خاطر پرداخت از نوع سرانه تأیید نشد.

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که رضایت

امام خمینی (ره) در شهرستان یاسوج نشان داد که بیش از ۷۸٪ پزشکان طرف قرارداد از طرح پزشک خانواده رضایت دارند و ادامه آن را نیز تأیید می‌کنند (۱۵). اختلاف یافته‌های مطالعه اخیر با مطالعات قبل از آن شاید به دلیل تفاوت در حقوق و مزایای مادی، میزان پیچیدگی کارها و کمیت و کیفیت پشتیبانی واحدهای سطح بالاتر باشد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بیشترین سطح رضایت پزشکان خانواده در خصوص میزان همکاری اعضای گروه سلامت، مربوط به ماما و کمترین مربوط به دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان بوده است. بالا بودن رضایت از ماما شاید به این علت باشد که ماماها به دلیل تازه نفس بودن یا نوع جذب (غیررسمی بودن) انعطاف بیشتری برای همکاری دارند و دندانپزشکان بیشتر به خاطر درمانگر بودن و محصور شدن در مجموعه کلینیکی خود کمتر به اتفاق سایر اعضای گروه سلامت کار گروهی انجام می‌دهند. سطح رضایت پزشکان خانواده در خصوص میزان دانش و مهارت اعضای گروه سلامت جزء در مورد بهورزان، زیاد بوده است. شاید پایین بودن سطح رضایت پزشکان از دانش و مهارت بهورزان بیشتر به این خاطر باشد که عمده بهورزان شاغل فعلی با مدرک پایین‌تر از دیپلم و حتی قبل از ۱۵ سال پیش با مدرک پنجم ابتدایی جذب شده‌اند و علی‌رغم این که درصد زیادی از بهورزان بعد از جذب نسبت به افزایش سطح تحصیلات خود اقدام کرده‌اند، هنوز حدود ۴۰٪ آنها مدرک پایین‌تر از دیپلم دارند (۱۶). به عبارتی به موازات تغییر در نیاز حوزه سلامت و به ازای متنوع‌تر شدن وظایف بهورزان و افزایش کمیت و کیفیت خدمات مورد انتظار، میزان تحصیلات یا سواد آنها افزایش نیافته که خود خلاء یا شکافی بین وضع موجود با سطح مطلوب ایجاد کرده که در این پژوهش هم از دیدگاه پزشکان ملموس بوده است. بالا بودن سطح رضایت از همکاران با مطالعه زاهدی و همکاران، سلیمی و همچنین شادپور و جمشیدیگی همخوانی دارد (۱۷-۱۹).

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که اکثر پزشکان خانواده از کمیت و کیفیت پس‌خوراند ارجاعی متخصصان سطح ۲ راضی نبودند. در حالی که در یک سیستم بهداشتی-درمانی خوب سازماندهی شده، سطوح بالاتر باید نتیجه ویزیت و

گلستان و همچنین از رؤسای مراکز بهداشت شهرستان های تحت پوشش و مدیران و کارشناسان گسترش آنها به خاطر مساعدت در اجرای طرح و از خانم ها: حسینی، غلام پور، زوبین، رضانی و امیدیان و آقایان ملکزاده و نیکبخت از کارشناسان بهداشت خانواده و مبارزه با بیماری های معاونت بهداشتی بابل که کل داده های پژوهش را در سطح ۳ استان جمع آوری کردند و از آقای دکتر علی زاده بخاطر راهنمایی های ارزنده در تحلیل داده ها و از خانم دکتر موعودی بخاطر مساعدت در تهیه چکیده انگلیسی صمیمانه تقدیر و تشکر می شود.

کلی پزشکان خانواده از کارکرد مرکز بهداشت شهرستان و متخصصان طرف قرارداد سطح ۲ و دارندگان دفترچه بیمه روستایی کم و از اعضای گروه سلامت زیاد بوده است. مسئولان مرکز بهداشت شهرستان ها باید نسبت به اصلاح برنامه ها و تقویت هماهنگی سطح اول و دوم نظام شبکه در جهت تامین نیازهای سطح اول توجه و اقدام کنند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت معاونت سلامت و معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی بابل به جهت حمایت مالی، از معاونت بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی بابل، مازندران، گیلان و

منابع

1. Irannejad Parizr M, Sasangohar P. Organization and Management: Theory and Practice. Tehran; Central Banko f the Islamic Republic of Iran, 2001. [Text in Persion]
2. Robins SP, De Cenzo DA. Fundamentals of Management. New Jersey. Pearson; 2005.
3. Moghreb M, Madarshayan F, Aliabadi N, Rezaee N, Mohammadi A. Job Satisfaction of Nurses in Didactic Hospitals in Birjand City. J Birjan Univ. of Med. Sc. 2005; (3)12 92-99[Text in Persian]
4. Keaeger. Organization Specific Predictors of Job Satisfaction: Finding From a Canadian Multi Site Quality of Work Life Cross- Sectional Servey. BMC Health Sery Res 2002; 2(1): 6.
5. Lindner JR. Understanding employee motivation.J of Extension 1993; 36. Available from: <http://www.joe.org/joe.html>; 2/5/2009.
6. Kushnir T, Cohen AH. Job Structure and Burnout among Primary Care Pediatricians. Work 2006; 27: 67-74.
7. Van Ham I, Verhoven AA, Groenier KH. Job Satisfaction Among General Participationers:A Systematic Literature Review. Eurj Gen Prac 2006; 12: 174-80.
8. Sibbald B, Enzer I, Cooper C, Rout U, Sutherland V. GP Job Satisfaction in 1987, 1990 and 1998: Lessons For The Future. FamilyPractice 2000; 17: 364-71.
9. Sibbald B, Bojke Ch, Gravelle H. National Survey of Job Satisfaction and Retirement Intentions among General Practitioners in England. British Medical Jounal 2003; 325:22-24.
10. De Voe J, George E, Fryer J, Hargraves L. Does Career Dissatisfaction Affect The Ability Of Family Physitions To Deliver High Quality Patient Care? FamilyPractice 2002; 51 223- 28.
11. Ghaneie H. Effective Factors on Job Satisfaction of Physicians of Kordestan Province. J Kordestan Univ of Med Sci 1998; (7) 2: 8-15. [Text in Persian]
12. Familily Physician Instruction. Tehran; Ministry of Health and Medical Education 2009: 4-102. [Text in Persian]
13. Raeesi P, Nasrollahpour Shirvani D, Kabir MJ. To Evaluate The Quality of Family Physicion Program In Iran University of Medical Sciences. Tehran. Reported Resesrch Project of Iran University of Medical Sciences; 2009: No 792. [Text in Persian]
14. Ebadi M, Montazeri A, Azin SA, et al. GP Job Satisfaction in Tehran City. J Payesh 2005; (3) 4: 193-199. [Text in Persian]
15. Masoudi I, Study Conceptions of Family Physician Having A Imam Khomeini's Relief Committee on Family Physician System. Tehran; Islamic University of Free; 2003. [Text in Persian]
16. Nasrollahpour shirvani D, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, et al. To evaluate the quality of family physicion program in northern Provinces of Iran: Reported resesrch project of Babol University of Medical Sciences; 2009: No 7121167/252. [Text in persian]
17. Zahedi MR, Palahang H, Ghafari M. Study Job Satisfaction in Employees Healthy in Charmahal and Bakhtiari. J Sharekord Univ. of Med. Sci 2000; (1) 2: 27-33. [Text in Persian]
18. Salimi T. Study Job Satisfaction of Nurses and Effective on Productivity In Yezd Province. Mashad; The First National Seminar On Research In Networks Health, Khorasan University Of Medical Sciences 1996:158. [Text in Persian]
19. Shadpour K, Jamshid Beigi E. Method for Assessment Satisfaction of Employees. The First National Seminar on Research in Networks Health,

Khorasan University of Medical Sciences 1996: 29-30.
[Text in Persian]

20. Starfield B. Primary Care, Concept, Evaluation and Policy. Oxford; Oxford University Press, 1992: 70-85.

21. Clancy CM, Franks P. Utilization of Specialty and Primary Care: The Impact Of H.M.O Insurance and Patient Related Factors. JOF Practice 1997; 45(6): 500-8.

Satisfaction of Family Physicians (FPs) about Effective Factors on Activation of FP Program in Medical Universities

Motlagh M.E.(MD)¹ - *Nasrollahpour Shirvani S.D.(MSc)^{2,3} - Ashrafiyan Amiri H.(MD)³ - Kabir M.J.(MSc)⁴ -

Shabestani Monfared A.(Ph D)⁵ - Nahvijoy A.(MD)²

*Corresponding Author: Vice- Chancellorship for Health, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

E-mail: dnshirvani@gmail.com

Received 19 Nov/2010 Accepted: 11 jun/2010

Abstract

Introduction: Family Physicians (FPs) played a responsible role as the manager of health team for using of potentials promotion and conserve the health in their protege population. Family physicians Satisfaction can be effect on efficacy, quantity and quality of health services.

Objective: To evaluate the level Satisfaction of family physicians (FPs) about effective factors on activation of FP program in medical universities in northern provinces of Iran.

Materials and Methods: This cross-sectional descriptive- analytic study was performed on rural regions and towns with population under 20000 persons in the universities of Golestan, Mazandaran, Bobol and Guilan in 2008. At first 20% of health centers which applied family physician program were selected by randomized systematic selection, 160 FPs were interviewed by questionnaire in each center. Data was analyzed by Chi-square, Fisher's Exact and kendall's Test in SPSS.

Results: Among 160 FPs, 92 persons (55.4%) were male, 132 persons (79.5%) were married. Mean age of them was 34.5±4.95 years, mean records of their services was 32±9.79 months. Mean of their protégé population was 4285±1338.persons. Level of FPs satisfaction was low about the function of district health center, specialists between the second level of referral system and the people with rural assurance,there was a significant difference between the mentioned universities (about these factors). But the Level of FPs satisfaction was high about the health team.

Conclusion: According to the results the managers of district health center must promote the programs and increase the coordination between first and second levels for presentation of health services.

Key words: Insurance/ Job Satisfaction/ Physicians, Family

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 76, Pages: 48-55

1 - Department of pediatrics, Jendishapour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

2. Department of Health Servicese Management, Faculty of Management and Medical Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Vice- Chancellorship for Health, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

4. Department of Social Medicine, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

5. Department of biophysics & biochemistry, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran