

علل پائین بودن ماندگاری پزشکان خانواده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد*

احسان موسی فرخانی^۱، حسین خوبان^۲، بهروز دهرآزما^۳، وحید رضا عارفی^۴، فریبا سعادت^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: هدف از اصلاح نظام سلامت در ایران دست زدن به سلسه‌ای از تغییرات هدفمند مستمر جهت بهبود کارایی، برقراری عدالت در برخورداری مردم از خدمات بهداشتی و درمانی و اصلاح نظام پرداخت‌ها بود. شالوده این اصلاحات برنامه پزشکی خانواده بوده است. اکنون با گذشت ۸ سال از اجرای برنامه پزشکی خانواده مهمترین چالش فراروی آن، کمبود پزشک و پایین بودن ماندگاری پزشکان می‌باشد. این پژوهش با هدف تعیین علل پایین بودن ماندگاری پزشکان خانواده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد اجرا گردید.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع مطالعات تحلیلی می‌باشد. در این مطالعه ۱۵۶ نفر از پزشکان تیم سلامت شاغل در مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح پزشکی خانواده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۱ به صورت تصادفی ساده (Random Sampling) انتخاب و مورد پرسشگری قرار گرفتند. در این پژوهش از پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته که روایی و پایایی آن مورد ارزیابی قرار داده شده بود، جهت شناسایی دلایل انصراف پزشکان خانواده، استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS انجام پذیرفت.

یافته‌ها: بیش از نیمی از پزشکان خانواده (۵۹ درصد) مونث و سن حدود ۸۰ درصد از پزشکان بین ۲۵ تا ۴۲ سال با میانگین سنی 32.7 ± 6.06 سال بوده است. همچنین حدود ۸۲ درصد از پزشکان خانواده متأهل بوده‌اند. میانگین سابقه کار پزشکان خانواده در برنامه پزشکی خانواده ۱۶ ماه بوده است. پزشکان مهمترین دلایل انصراف از ادامه‌ی فعالیت در برنامه را پایین بودن مبلغ قرارداد (۲۶/۷ درصد)، تاثیر نمره پایش در حقوق دریافتی (۱۱/۷ درصد) و تعدد مسؤولیت‌های محوله به پزشک (۹/۹ درصد) اعلام نموده‌اند.

نتیجه‌گیری: عامل میزان حقوق دریافتی و تاثیر نمره پایش در میزان پرداختی با بیش از ۳۸ درصد مهمترین دلیل خروج پزشکان از برنامه بوده است. براساس نتایج این پژوهش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می‌بایست نسبت به ایجاد تغییرات جدی در شیوه‌نامه‌ی پرداخت به پزشکان تیم سلامت بپردازد.

واژه‌های کلیدی: ارزیابی؛ پزشک خانواده؛ دانشگاه‌ها.

پذیرش مقاله: ۹۳/۴/۸

اصلاح نهایی: ۹۳/۴/۱

دریافت مقاله: ۹۲/۹/۲۸

ارجاع: موسی فرخانی احسان، خوبان حسین، دهرآزما بهروز، عارفی وحید رضا، سعادت فریبا. **علل پائین بودن ماندگاری پزشکان خانواده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۴؛ ۱۲(۱): ۱۱۷-۱۲۴.

Archives

*- این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی به شماری ۹۰۰۵۷۵ می‌باشد که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد حمایت شده است.
۱- کارشناس ارشد، اپیدمیولوژی، مدیریت توسعه شبکه و ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسؤول) Email: farkhanye1@mums.ac.ir
۲- دکتری، داروسازی، مدیریت توسعه شبکه و ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳- دکتری پزشکی عمومی، مدیریت توسعه شبکه و ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴- کارشناس، مدیریت دولتی، مدیریت توسعه شبکه و ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

مقدمه

سلامت محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و دارای اهمیت ویژه‌ای در توسعه زیرساخت بخش‌های مختلف جامعه می‌باشد (۱). هدف نهایی نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی هر کشوری، ارتقا سطح سلامت آحاد مردم است، تا بتوانند با برخورداری از سلامت کافی در فعالیت‌های اقتصادی، اجتماعی سهیم شوند (۲). به منظور دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی، وزارت بهداشت و درمان، مراقبت‌های اولیه بهداشتی را به عنوان درون مایه شبکه‌های بهداشتی و درمان جاری نمود. سیاست‌های دولت در نظام شبکه درمانی به طور عمده بر سه اصل اولویت 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 دهه ۱۳۶۰ خورشیدی نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در قالب شبکه‌های بهداشتی درمانی شکل گرفت (۳). پیش‌بینی سطوح مختلف ارایه خدمات بهداشتی درمانی و سطح‌بندی خدمات و سیستم ارجاع با هدف کنترل هزینه‌ها و جلوگیری از اتلاف منابع مادی و انسانی در ساختار نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی شکل گرفت (۴، ۵). مناسب‌ترین استراتژی اجرای برنامه بیمه روستایی در قالب نظام ارجاع، برنامه پزشک خانواده است. در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، پزشک عمومی و تیم وی مسؤولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را بعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسؤولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز بعهده دارند (۶). از طرفی ارجاع بیماران به سطوح بالاتر فرصتی برای آموزش مداوم پزشکان خانواده است (۷). پزشک خانواده دارای مدرک دکتری حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار و در نخستین سطح خدمات، عهده‌دار خدمات درمانی است و مسؤولیت‌هایی از قبیل مدیریت سلامت، پژوهش، توجه به جامعیت و تداوم خدمات و هماهنگی با سایر بخش‌ها را بر عهده دارد (۸). در طرح پزشک خانواده سلامت نگر محور فعالیت‌های پزشک محسوب شده و هدف کلی طرح حفظ و ارتقای سلامت جامعه و ارایه خدمات سلامت در حدود بسته تعریف شده، به

فرد، خانواده و جمعیت جامعه تحت پوشش، صرف نظر از تفاوت‌های سنی، جنسی و ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و خطر بیماری است. پزشک خانواده علاوه بر درمان بیماری، آموزش‌ها و مشاوره‌های ضروری برای پیشگیری از بیماری و رسیدن به یک سطح سلامت قابل قبول روحی و جسمی را ارایه می‌دهد (۶، ۹، ۱۰). دولت برای جوابگویی به نیازهای سلامت مردم همچنین برای مقابله با افزایش بی‌رویه هزینه‌های سلامت و جلوگیری از تاثیر سوء آن بر مردم راهی جز اجرای طرح پزشک خانواده نداشت. لذا از اوسط سال ۱۳۸۴ خورشیدی برنامه پزشک خانواده در تمامی نقاط روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر اجرایی گردید (۱۱). اکنون با گذشت ۸ سال از اجرای برنامه پزشک خانواده مهمترین چالش فراروی آن، کمبود پزشک و پایین بودن ماندگاری پزشکان می‌باشد. از آنجایی که پزشک خانواده، نیروی محوری در تیم سلامت و اجرای صحیح این برنامه می‌باشد، فقدان ماندگاری وی در منطقه با مفهوم پزشک خانواده که باید با وضعیت سلامتی جمعیت تحت پوشش خود آشنایی کامل داشته باشد تناقض ایجاد می‌کند. براساس اطلاعات موجود به طور میانگین حدود ۲۰ الی ۳۰ درصد کسری پزشک وجود دارد و میانگین ماندگاری پزشکان خانواده در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه در سطح استان خراسان رضوی ۲۶ ماه (۱۲) و در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی کشور ۳۲ ماه بوده است (۴). محققان عوامل مختلفی از جمله وضعیت نامناسب پرداخت‌ها، وضعیت نامناسب حقوق، ساعات کار زیاد، برخورد نامناسب مردم، کم‌ثباتی شغلی، ادامه تحصیل، مسایل محیطی و بار مراجعه زیاد را در پایین بودن ماندگاری پزشکان خانواده موثر می‌دانند (۱۳، ۱۴). از آنجایی که براساس قانون برنامه پنج ساله پنجم می‌بایست برنامه پزشک خانواده در کلیه شهرهای کشور اجرایی گردد و با عنایت به اینکه پایین بودن ماندگاری پزشکان در برنامه، عملاً اجرای آن را نه تنها در نقاط روستایی بلکه در نقاط شهری نیز مورد چالش قرار خواهد داد لذا این پژوهش با هدف تعیین علل پایین بودن ماندگاری پزشکان خانواده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۱ خورشیدی اجرا گردید.

استفاده از نرم افزار SPSS انجام گرفت. در این مطالعه از آمارهای توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و همچنین آزمون‌های X^2 ، و تی مستقل استفاده شد. سطح معناداری آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

حدود ۵۹ درصد از پزشکان خانواده انصرافی از برنامه مونث بوده‌اند. سن حدود ۸۰ درصد از کل پزشکان بین ۲۵ تا ۸۶ سال بوده است. میانگین سنی پزشکان $32/7 \pm 6/06$ سال بوده است. حدود ۸۲ درصد از پزشکان خانواده متاهل بوده‌اند. ۷۵ درصد از پزشکان فارغ التحصیل دانشگاه‌های دولتی و مابقی فارغ التحصیل از دانشگاه آزاد بوده‌اند. حدود ۴۱ درصد پزشکان خارج شده از برنامه طرحی، حدود ۴۰ درصد قراردادی و حدود ۶ درصد نیز استخدام سیستم بوده‌اند. میانگین مدت زمان سپری شده از هنگام فارغ التحصیلی در پزشکان ۱/۸ سال بوده است. حدود ۳۷ درصد از پزشکان تیم سلامت بومی شهر یا منطقه محل خدمت و باقیمانده بومی استان بوده‌اند. که این رابطه از لحاظ آماری معنادار نبوده است ($P=0/59$). بررسی محل سکونت پزشکان در دوران خدمت نشان داد که فقط ۲۳ درصد از پزشکان در محل خدمت بیتوته داشته‌اند.

بررسی محل خدمت همسر پزشکان نشان داد که در ۶/۴ درصد از موارد همسر فرد پزشک بوده و در همان مرکز مشغول بکار بوده است. ۳۷/۸ درصد از موارد محل کار همسر در همان شهرستان، در ۱۳/۵ درصد موارد در سایر شهرهای استان، ۱۷/۵ درصد مجرد و الباقی مشغول بکار نبوده‌اند.

میانگین سابقه کار پزشکان خانواده در برنامه پزشک خانواده ۱۶ ماه بوده است. بررسی نشان داد که حدود ۵۸ درصد از پزشکان در مدت خدمت تنها در یک شهرستان مشغول به خدمت بوده‌اند و الباقی در دو یا بیشتر از دو شهرستان خدمت نموده‌اند. حدود ۳۱ درصد از پزشکان در مدت خدمت فقط در یک مرکز فعالیت داشته‌اند، حدود ۳۳ درصد در دو مرکز و الباقی در بیش از دو مرکز فعالیت کرده‌اند. در جدول ۱ برخی از خصوصیات دموگرافیک پزشکان شرکت کننده در پژوهش آورده شده است. اگرچه میانگین حضور پزشکان زن در برنامه

روش بررسی

هدف از این مطالعه تعیین علل پایین بودن ماندگاری پزشکان خانواده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۱ خورشیدی بوده است. مطالعه حاضر نوعی از مطالعات تحلیلی (Cross-sectional) می‌باشد. حجم نمونه لازم از آزمون فرض میانگین جامعه با توجه به برآوردهای اولیه در مورد تعداد ماه ماندگاری پزشکان (۱۲)، با احتمال ۹۰ درصد در سطح معناداری ۵ درصد، با در نظر گرفتن پراش ۲۰ تعداد ۱۵۶ نفر در نظر گرفته شد که در نهایت تعداد ۱۵۵ پرسش‌نامه تکمیل گردید.

برای انتخاب پزشکان تیم سلامت ابتدا با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای با توجه به تعداد پزشکان شاغل در هر شهرستان، تعداد مورد نیاز تعیین و سپس از بین کلیه پزشکان آن شهرستان به صورت تصادفی ساده (Random Sampling) انتخاب و پرسشگری بعمل آمد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته مشتمل بر دو بخش بود که بخش نخست شامل اطلاعات دموگرافیک پزشک و بخش دوم شامل یک سؤال نیمه باز بود که در آن از پزشکان درخواست شد، حداکثر ۵ مورد از دلایل انصراف خود از ادامه همکاری در برنامه پزشک خانواده را بیان نمایند.

جهت تعیین روایی پرسش‌نامه، در تهیه آن از نظرات مجریان طرح، مدیران، صاحب نظران حوزه معاونت بهداشتی و پزشکان خانواده استفاده شد. پرسش‌نامه‌ها پس از اعمال پیشنهادات و نظریه‌های اصلاحی مورد بازنگری قرار گرفتند. پایایی پرسش‌نامه با بهره‌گیری از روش Test-retest با اجرا بر روی ۲۰ پزشک و تکرار آن در فاصله ۱۵ روز انجام پذیرفت که پایایی آن ۸۹ درصد محاسبه گردید. روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت مصاحبه تلفنی بود به گونه‌ای که پس از تماس با پزشکان و توضیح علت تماس و اهداف پژوهش، زمان مورد نیاز جهت تکمیل پرسشنامه و با اطمینان بخشیدن به آنان در مورد محرمانه بودن اطلاعات، زمان انجام مصاحبه با نظر خود آنان انتخاب و سپس در زمان مذکور طی تماس تلفنی اطلاعات مورد نظر اخذ گردید. تحلیل داده‌ها با

انصراف از ادامه فعالیت در مراکز بهداشتی درمانی تحت عنوان پزشک خانواده را به ترتیب، پایین بودن مبلغ قرارداد (۲۶/۷ درصد)، تاثیر نمره پایش در حقوق دریافتی (۱۱/۷ درصد) و تعدد مسؤلیت‌های محوله به پزشک (۹/۹ درصد) ذکر نموده‌اند. بررسی انگیزه پزشکان در هنگام شروع بکار در مراکز بهداشتی درمانی نشان داد که مهمترین دلایل حضور پزشکان در برنامه به ترتیب شامل کسب درآمد (۳۳/۳ درصد)، اجبار به گذاراندن طرح و لایحه (۲۷/۶ درصد)، خدمت به مردم محروم (۲۱/۸ درصد)، نبود فرصت‌های شغلی مناسب دیگر (۹/۶ درصد) و سایر موارد نیز ۷/۷ درصد بوده است.

پزشک خانواده بیشتر از پزشکان مرد بوده است ولی این رابطه از لحاظ آماری معنادار نبوده است ($P=0/33$). بین سن پزشکان و سال فارغ التحصیلی از دانشگاه با مدت همکاری آنها از برنامه همبستگی وجود نداشته است. بین نوع رابطه استخدامی پزشکان با مدت همکاری آنان در برنامه پزشک خانواده ارتباط معناداری وجود دارد ($P=0/00$). بیشترین مدت همکاری در افرادی بوده که به صورت قراردادی مشغول بکار بوده‌اند و کمترین مدت همکاری نیز در افرادی بوده که به صورت طرحی در برنامه حضور داشته‌اند. همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است پزشکان مهمترین دلایل

جدول ۱: خصوصیات دموگرافیک پزشکان شرکت کننده در پژوهش

| متغیر | میانگین و انحراف معیار یا n(%) |
|---|--------------------------------|
| جنسیت | |
| مرد | ۶۴(۴۱) |
| زن | ۹۲(۵۹) |
| سن | ۳۲/۷۸±۶/۰۶ |
| وضعیت تاهل | |
| متاهل | ۱۲۸(۸۲/۱) |
| مجرد | ۲۸(۱۷/۹) |
| تعداد فرزند | ۰/۹۴±۰/۹۶ |
| سابقه کار در پزشک خانواده (به ماه) | ۱۶±۱۴ |
| زمان سپری شده از فارغ التحصیلی (به سال) | ۱/۸±۱/۱ |
| دانشگاه تحصیلی | |
| دولتی | ۱۱۷(۷۵) |
| آزاد | ۳۹(۲۵) |
| رابطه استخدامی فرد با سیستم | |
| استخدام پیمانی یا رسمی | ۹(۵/۸) |
| طرح و لایحه | ۶۳(۴۰/۴) |
| قراردی | ۸۴(۵۳/۸) |

جدول ۲: درصد علل خروج پزشکان از برنامه پزشک خانواده

| درصد | علت خروج | ردیف |
|------|--|------|
| ۲۶/۷ | پائین بودن مبلغ قرارداد | ۱ |
| ۱۱/۷ | تاثیر نمره پایش در حقوق دریافتی | ۲ |
| ۹/۹ | تعدد مسئولیت های محوله به پزشک | ۳ |
| ۸/۹ | محروم بودن و دوری از خانواده و کم بودن امکانات رفاهی در منطقه محل خدمت | ۴ |
| ۸/۲ | پرداخت های با تاخیر از سوی شبکه ها | ۵ |
| ۷/۴ | ساعات کار طولانی | ۶ |
| ۷/۳ | عدم وجود امنیت شغلی برای شاغلین در برنامه | ۷ |
| ۵/۱ | برخورد نامناسب مسئولین شهرستانی | ۸ |
| ۴/۲ | ادامه تحصیل | ۹ |
| ۳/۹ | تعدد مراجعات مردم برای دریافت خدمات | ۱۰ |
| ۲/۴ | برخورد نامناسب مردم | ۱۱ |
| ۲/۴ | وجود بیتوته اجباری | ۱۲ |
| ۱/۹ | مشکلات مربوط به مرخصی گرفتن | ۱۳ |

مشابه‌ای بدست آمده است. پایین بودن سطح رضایت اعضا تیم سلامت (پزشک و ماما) از میزان مبلغ دریافتی در اکثر این مطالعات مشاهده شده است که نشانگر اهمیت میزان دستمزد در ماندگاری پزشکان می‌باشد. به نظر می‌رسد اصلی‌ترین راهکار در حیطه حقوق و مزایای دریافتی افزایش قابل توجه سرانه و به تبع آن افزایش حقوق شاغلین در برنامه می‌باشد. تعدد مسئولیت‌های محوله به پزشک یکی دیگر از عوامل مهم در پایین بودن ماندگاری پزشکان می‌باشد. یکی از علل اصلی بالا بودن حجم کاری پزشکان خانواده نسبت پزشک به جمعیت می‌باشد. پور شیروانی (۱۷) در مطالعه خود گزارش کرده که ۴۰ درصد پزشکان خانواده کشور جمعیتی بیش از ۴۰۰۰ نفر را تحت پوشش دارند. این درحالی است که طبق استانداردهای جهانی برای هر پزشک ۱۰۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر تعیین شده است (۱۸). اگرچه افزایش جمعیت تحت پوشش هر پزشک به دلیل کمبود پزشک و همچنین افزایش رضایت پزشکان از میزان دریافتی صورت گرفته است ولی بدلیل گستردگی وظایف و میزان درگیر بودن پزشکان خانواده در مسایل بهداشتی جمعیت تحت پوشش، عملاً علاوه بر افزایش نارضایتی وی بدلیل بالا رفتن حجم کاری، منجر به چالش در

بحث

یکی از مهمترین مشکلات اجرایی برنامه پزشک خانواده، انصراف پزشکان از ادامه همکاری و ماندگار نبودن آنها در نظام سلامت کشور می‌باشد. با توجه به نتایج این پژوهش به نظر می‌رسد عامل میزان حقوق دریافتی و تاثیر نمره پایش در میزان پرداختی با بیش از ۳۸ درصد مهمترین دلیل خروج پزشکان از برنامه بوده است.

در مطالعه عاطفی و همکارانش (۱۳) که در خصوص بررسی عوامل موثر بر ترک خدمت پزشکان خانواده به انجام رسید، تاخیر در پرداخت‌ها با ۱۹ درصد و پایین بودن حقوق با ۱۸ درصد، اولین عوامل پایین بودن ماندگاری پزشکان خانواده شناخته شدند. یافته‌های پژوهشی که برای بررسی رضایتمندی در اعضا تیم سلامت در دانشگاه مشهد به انجام رسیده نشان داد که پزشکان شاغل در گروه‌های سلامت در درجه نخست از حقوق و مزایای پرداختی و سپس از مدیریت بیشترین نارضایتی را داشته‌اند. اولین علت نارضایتی ماماها نیز حقوق و مزایای دریافتی و سپس ضوابط و شرایط حاکم بر کار و حجم کار بوده است (۱۵). در مطالعه مطلق و همکارانش (۴) رئیسی و همکارانش (۸) و جباری و همکارانش (۱۶) نیز نتایج

۲۱/۸ درصد)، نبود فرصت‌های شغلی مناسب دیگر (۹/۶ درصد) بوده است. واقعیت این است که بیشتر پزشکان علاوه بر اینکه انگیزه‌های انسانی برای خدمت به مردم دارند ولی کسب درآمد قابل قبول نیز مهمترین دلیل حضورش در منطقه‌ای محروم و به دور امکانات بوده است.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این پژوهش به نظر می‌رسد عامل میزان حقوق دریافتی و تاثیر نمره پایش در میزان پرداختی با بیش از ۳۸ درصد مهمترین دلیل خروج پزشکان از برنامه بوده است. براساس نتایج این پژوهش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می‌بایست نسبت به افزایش سرانه سالیانه و اعتبارات برنامه پزشک خانواده روستایی اقدام جدی نموده و همچنین بازنگری لازم جهت کاستن از شرح وظایف اعضا تیم سلامت صورت پذیرد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که طرح حاضر را مورد تصویب و حمایت مالی قرار داده و همچنین کلیه پزشکان محترم شرکت‌کننده در طرح تقدیر و تشکر می‌گردد.

ارایه صحیح خدمات بهداشتی گردیده است. از این رو بازیابی در جمعیت تحت پوشش هر پزشک می‌تواند یکی از راهکارهای کاهش حجم کاری پزشکان باشد. یکی دیگر از عوامل تاثیرگذار در انصراف پزشکان از ادامه همکاری، محروم بودن، دوری از خانواده و کم بودن امکانات رفاهی در منطقه محل خدمت می‌باشد. در مطالعه عاطفی و همکارانش (۱۳) نیز از اقامت در مناطق دور افتاده و محروم به عنوان یکی از دلایل ترک خدمت پزشکان نام برده شده است. در بررسی ونگ و همکارانش (۱۹) در خصوص وضعیت عملکرد پزشکان خانواده در کانادا نیز مشاهده شده که عوامل مرتبط با ناحیه جغرافیایی و امکانات فیزیکی از عوامل اصلی تعیین کننده حضور پزشکان بوده است. از دیگر عوامل تاثیر گذار در ماندگاری پزشکان خانواده ساعات کار طولانی، عدم وجود امنیت شغلی برای شاغلین در برنامه، برخورد نامناسب مسؤولین شهرستانی و ادامه تحصیل بوده است. بررسی انگیزه پزشکان در هنگام شروع بکار در مراکز بهداشتی درمانی نشان داد که مهمترین دلایل حضور پزشکان در برنامه به ترتیب شامل کسب درآمد (۳۳/۳ درصد)، اجبار به گذراندن طرح و لایحه (۲۷/۶ درصد)، خدمت به مردم محروم

References

1. Abolghassemi S. Effectiveness of Stress Inoculation Training (SIT) and Assertive Training in Job Burnout and Job Satisfaction. *Journal of Modern Industrial Organizational Psychology* 2010; 1(2):49-58. [In Persian]
2. Irannejad Parizi M, Sasangohar P. Organization and management: theory and practice. Tehran: Central Bank of the Islamic Republic of Iran Publication; 2004. [In Persian]
3. Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: The mutual satisfaction of physicians and health care team members. *Razi Journal of Medical Sciences* 2012;18(92):23-30.
4. Motlagh M, Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Kabir M, Shabestani Mounfared A, Mohoudi S, et al. Satisfaction of Family Physicians (FPs) about Effective Factors on Activation of FP Program in Medical Universities. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2010; 76: 48-55. [In Persian]
5. Motlagh M, Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Kabir M, Shabestani Mounfared A, Mohoudi S, et al. Satisfaction of health teams about the function of family physician in medical universities of northern provinces, IRAN. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty* 2011; 9(3):180-7.
6. Amiri M, Bagheri H. Job Satisfaction and Its Influential Factors in Shahroud University of Medical Sciences. [Research Project]. Shahroud: Iran, Shahroud University of Medical Sciences; 2006. [In Persian]
7. Spector PE. Measurement of human service staff satisfaction: development of the Job Satisfaction Survey. *Am J Community Psychol* 1985; 13(6):693-713.
8. Raeesi P, Nasrollahpour Shirvani D, Kabir M. To evaluate the quality of family physician program in Iran University of Medical Sciences. [Research Report]. Tehran: Iran, Iran University of Medical Sciences; 2009. [In Persian]
9. Janati A, Gholaamzade-Nikjo R, Portalleb A, Gholizade M. Survey of Mashhad family physicians satisfaction with family medicine programme. *Zahedan J Res Med Sci*. 2012;13((suppl 1)):39. [In Persian]

10. Masoudi I. Study conceptions of family physician having an Imam Khomeini's Relief Committee on family physician system. Tehran; Islamic University of free; 2003. [In Persian]
11. Ebadi M, Montazeri A, Azin S. GP Job Satisfaction in Tehran City. J of Payesh 2005;3(4):193-9. [In Persian]
12. Mashhad University of Medical Sciences- Center for Health Network Management. Reports of Family Physician departman; 2011.
13. Atefi A, Aghamohamadi S, JamshidBeygi E, Zarabi M, Poor Reza A, Shariati M. Factors Influencing Desertion of Family Physicians Working in Rural Areas with Deprivation Index Less than 1.4 (Prosperous) in 2010. Hakim Research Journal 2014;17(1):44-7. [In Persian]
14. Khosravi S AM, Yazdi Feyzabadi V. Performance evaluation and insurance plans of rural family physicians: case study of Kerm Medical Sciences University. Proceedings of the Role of Family Physicians in Health Systems Congress; 2012, Mashhad, Iran. [In Persian]
15. Khooban H, Dahrazma B, Mousa Farkhani E. Was the Iranian Family Physician Program Successful in Satisfying Healthcare Team?: A Study from Mashhad University of Medical Sciences. Journal of Mashhad Medical Council (JMMC) 2014;17(3): 121-4. [In Persian]
16. Jabari A SG, Shokri A, Bahmanziari N, Kordi A. Overview of the Performance of Rural Family Physician in Iran. Health Information Management 2013;9(7):1145. [In Persian]
17. Nasrollahpour Shirvani SD, Raieese 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 Research Journal 2010; 13(1):19-25. [In Persian]
18. Reiesian S, Eslamian M, Azmal M, Bastani P, Kalhor R. Assessment Of Urban Family Physician Program In Pilot Centers Covered By Ahvaz Jundishapur University Of Medical Sciences. Payavard Salamat 2013;7(1):11-20. [In Persian]
19. Wong E, Stewart M. Predicting the scope of practice of family physicians. Can Fam Physician 2010; 56(6):e219-25.

Determining the Causes of Discontinuation of Family Physicians Working in Mashhad University of Medical Sciences*

Ehsan Mosa Farkhany¹, Hosein Khooban², Behruz Dahrazama³, Vahid Reza Arefi³, Fariba Saadati⁴

Original Article

Abstract

Introduction: The goal of health system reform in Iran is embarking on a series of continued changes for improving efficiency, fixing justice for people's use of health services, protecting people against financing dangers due to disease, and reforming payment system. Family physician program is selected as the base of health system reform. The aim of this study is to determining the causes of discontinuation of family physicians working in Mashhad University of medical sciences

Methods: In this cross-sectional study 156 of family physician working in Mashhad University of medical sciences randomly selected and self-constructed Questionnaire completed for them. The statistical analysis was performed by using the Statistical Package for Social Sciences [SPSS version19].

Results: More than half of family physicians (59%) were female. about 80% of family physician ages being between 25 to 42 years. Mean age of family physician was 32.7 ± 6.06 years. About 82% of family physicians were married. The average work experience in family physicians was 16 months. The main reason of discontinuation of family physicians was; low salary (26.7%), effect of monitoring score on the salary (11.7%), and high responsibilities of the physician (9/9%).

Conclusion: factor related to the salary and effect of monitoring score on the salary with more than 38% was the most important reason of discontinuation in family physicians. According result of this study the ministry of health and medical education must create dramatic changes in the physician payment.

Keywords: Evaluation; Physician, Family; Universities.

Received: 22 Nov, 2013

Accepted: 1 Jun, 2014

Citation: MosaFarkhany E, Khooban H, Dahrazama B, Arefi VR, Saadati F. **Determining the Causes of Discontinuation of Family Physicians Working in Mashhad University of Medical Sciences.** Health Inf Manage 2015; 12(1):124.

*- This article resulted from research project No 900575, funded by deputy of research, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
 1- MSc, Epidemiology, Center for Health Network Management, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (Corresponding Author) Email:farkhanye1@mums.ac.ir
 2- PhD, Pharmacologist, Center for Health Network Management, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
 3- MD, Medicine, Center for Health Network Management, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
 4- BSc, Public Administration, Center for Health Network Management, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran