

## رضایت‌مندی مراقبین سلامت شاغل در برنامه پزشک خانواده شهری ایران

محمدجواد کبیر<sup>۱</sup>، حسن اشرفیان امیری<sup>۲</sup>، سیدمظفر ربیعی<sup>۳</sup>، آناهیتا کشاورزی<sup>۴</sup>، سهیلا حسینی<sup>۵</sup>، سیدداود نصرالله‌پور شیروانی<sup>۶\*</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۱۰/۱۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۱۲/۱۸

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** مراقبین سلامت به‌عنوان دستیار، پزشک خانواده شهری را در ارائه خدمات سلامت یاری می‌رسانند. رضایت مراقبین سلامت می‌تواند عامل مهمی در ماندگاری و ارائه جامع‌تر و کیفی‌تر خدمات سلامت محسوب می‌شود. این مطالعه به‌منظور بررسی سطح رضایت مراقبین سلامت استان‌های فارس و مازندران از برنامه پزشک خانواده شهری انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه مقطعی در زمستان ۱۳۹۵ انجام گرفت. ۱۵ درصد مراقبین سلامت استان‌های فارس و مازندران به‌صورت تصادفی منظم انتخاب و مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه خودساخته شامل متغیرهای فردی با ۱۶ سؤال باز و بسته و رضایت‌مندی از برنامه پزشک خانواده شهری با ۱۳ سؤال بسته در مقیاس لیکرت بود که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت.

**یافته‌ها:** از ۲۲۸ مراقب سلامت مطالعه شده، ۱۳۳ نفر (۵۸/۳ درصد) شاغل استان فارس و ۲۱۹ نفر (۹۶/۱ درصد) زن بودند. میانگین سطح رضایت از پزشکان خانواده شهری از ۵ نمره،  $3/90 \pm 0/9$  و از رفتار جمعیت تحت پوشش  $3/22 \pm 1/0$  بود. رضایت کلی ۵۴/۸ درصد مراقبین سلامت بالاتر از حد متوسط (بالاتر از ۳/۵) بود. بین رضایت مراقبین سلامت و استان محل خدمت در هیچ‌کدام از موضوعات موردبررسی اختلاف معنی‌دار وجود نداشت ( $p > 0/05$ ). بین رضایت کلی مراقبین سلامت و تمایل به ماندگاری رابطه مستقیم معنی‌دار وجود داشت ( $r = 0/197$  و  $p = 0/000$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد که رضایت‌مندی مراقبین سلامت از عملکرد پزشکان خانواده بالاتر از حد متوسط و از جمعیت تحت پوشش در حد متوسط بود. پیشنهاد می‌گردد برنامه‌های مداخله‌ای به‌منظور ارتقای رضایت‌مندی در سطوح مختلف طراحی و اجرا گردد.

**کلیدواژه‌ها:** رضایت‌مندی، مراقبین سلامت، پزشک خانواده شهری، استان فارس، استان مازندران

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره دوم، پیاپی ۱۰۳، اردیبهشت ۱۳۹۷، ص ۹۲-۱۰۰

آدرس مکاتبه: بابل، خیابان گنج افروز، دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشکده پزشکی، گروه آموزش عمومی، تلفن: ۰۹۱۱۲۱۶۵۴۶۸

Email: dnshirvani@gmail.com

## مقدمه

مدیریت سلامت، همکاری برون‌بخشی و جلب مشارکت جامعه، آموزش و ارتقای سلامت، ارائه خدمات پیشگیری و درمانی با تأکید بر نظام ارجاع ایفای نقش نماید (۱). در برنامه پزشک خانواده رضایت کارکنان موضوع مهمی است که می‌تواند در کمیت و کیفیت تولید خدمات، خصوصاً خدمات پیشگیری عامل تعیین‌کننده محسوب شود. بررسی جامعه پزشکان نشان می‌دهد که عواملی همچون جذاب بودن شغل، شرایط مناسب کار، امکان پیشرفت،

نظام مراقبت سلامت در اکثر کشورها به‌منظور کارایی و اثربخشی بیشتر و همچنین ایجاد عدالت و امکان دسترسی آحاد مردم به سه سطح اول، دوم و سوم سازمان‌دهی می‌شود که برنامه پزشک خانواده در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی درمانی به اجرا در می‌آید. در برنامه پزشک خانواده، پزشک به‌عنوان مسئول تیم کاری وظیفه دارد با هدایت اعضای تیم سلامت در پنج حیطه

<sup>۱</sup> استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

<sup>۲</sup> متخصص داخلی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

<sup>۳</sup> دانشیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

<sup>۴</sup> دکتری حرفه‌ای، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران

<sup>۵</sup> دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران

<sup>۶</sup> استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران. (نویسنده مسئول)

مراقبت‌ها، پرونده سلامت و پوشش بیمه روستاییان از عوامل تأثیرگذار در زمینه‌های مختلف شغلی و رفاهی مامای شاغل در برنامه پزشک خانواده عنوان شد (۱۲). در مطالعه اشرفیان امیری و همکاران که رضایت‌مندی ۵۶۱ عضو تیم سلامت از سطح عملکردی پزشکان خانواده روستایی شاغل در استان‌های شمالی ایران مورد بررسی قرار گرفت، میانگین سطح رضایت اعضای تیم سلامت از عملکرد پزشک خانواده از ۵ نمره در حیطه‌های مدیریت سلامت  $3/7 \pm 1$ ، همکاری‌های برون‌بخشی  $3/5 \pm 1$ ، ارتقای سلامت  $3/7 \pm 1$ ، خدمات پیشگیری و بهداشتی  $3/9 \pm 1/1$  و خدمات درمانی و ارجاع  $3/5 \pm 0/9$  بوده است. سطح رضایت اعضای تیم سلامت در میان استان‌های شمالی ایران، تفاوت معنی‌داری وجود داشت (۱۳).

برنامه پزشک خانواده شهری که از تیرماه سال ۱۳۹۱ صرفاً در مناطق شهری شهرهای بالاتر از ۲۰۰۰۰ نفر دو استان فارس و مازندران اجرا شده است، کمی متفاوت با ساختار پزشک خانواده و بیمه روستایی از جمله ساعات کار، رایگان بودن خدمات، پوشش بسته‌های خدمت بدون وجود خانه بهداشت و بهورز، استقرار عمده پزشکان در بخش خصوصی می‌باشد (۱۵-۱۴). در برنامه پزشک خانواده شهری، هر پزشک باید حداقل یک نفر با مدرک تحصیلی کاردانی یا کارشناسی فارغ‌التحصیل رشته مامایی، پرستاری یا سایر رشته‌های مشابه را به‌عنوان دستیار جذب نماید. سوابق اجرای برنامه نشان می‌دهد که اکثر پزشکان یک کارشناس مامایی را به‌عنوان دستیار جذب نمودند. بعدها عنوان دستیار پزشک خانواده شهری به مراقب سلامت تغییر نام داده شد. بنابراین مراقبین سلامت گروهی از نیروهای فنی با تحصیلات دانشگاهی هستند که پزشک خانواده شهری را در راستای ارائه خدمات سلامت یاری می‌نمایند. هر مراقب سلامت به معمول کلیه جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده خود را پوشش می‌دهد و علاوه بر ارائه خدمات مامایی به گروه هدف، در ارائه خدمات پیشگیری، خدمات درمانی مثل انجام تزریقات و پانسمان، وصل سرم و سایر خدمات با پزشک خانواده همکاری می‌کند. موفقیت اجرای برنامه پزشک خانواده شهری به عوامل متعددی از جمله پشتیبانی و همکاری شبکه بهداشت و درمان شهرستان، سازمان‌های بیمه‌گر، پزشکان متخصص سطح ۲ و مردم و مشارکت و همکاری مراقبین سلامت بستگی دارد (۳). این مطالعه با توجه به گذشت نزدیک به ۵ سال از اجرای برنامه در استان‌های فارس و مازندران به‌منظور تعیین سطح رضایت‌مندی مراقبین سلامت از برنامه پزشک خانواده شهری انجام گرفت.

## مواد و روش کار

صداقت و همکاری در بین همکاران و وجود همدلی در برابر کار و به‌ویژه پسندیده بودن شغل پزشکی از نظر جامعه می‌تواند در رضایت شغلی افراد مؤثر باشد (۳-۲). رضایت شغلی یکی از عناصر اصلی عملکرد شغلی و حرفه‌ای کارکنان است که باعث افزایش کارایی، اثربخشی و بهره‌وری سازمان و احساس رضایت‌مندی فرد می‌شود (۵-۴). اهمیت رضایت شغلی از جهتی که بیشتر افراد تقریباً نیمی از ساعات فعال خود را در محیط کاری می‌گذرانند، بیشتر مورد تأکید قرار می‌گیرد (۶). عوامل متعدد و متنوعی بر رضایت‌مندی کارکنان سازمان‌های بهداشتی درمانی تأثیر دارند. کامبی<sup>۱</sup> و همکاران ایجاد محیط کاری قابل‌اعطاف و دخالت دادن کارکنان در تصمیم‌گیری‌ها را به‌عنوان عوامل اصلی متغیرهای سازمانی برای ارتقای رضایت‌مندی کارکنان خدمات بهداشتی درمانی ذکر کردند (۷). ما<sup>۲</sup> و همکاران نیز ضرورت اتخاذ سیاست‌های مدیریتی که به تأمین نیازهای مختلف پرسنل منجر می‌شود را مورد تأکید قرار دادند (۸). فارلی<sup>۳</sup> و همکار کنترل بر برنامه کاری، رضایت شغلی، وجود فرصت‌های پیشرفت، شرکت در تصمیم‌گیری‌ها، ارتباط با مشاورین حرفه‌ای، برگزاری جلسات مکرر بین مسئولین و کارکنان را جزء عوامل مؤثر بر ارائه کار فرد در سازمان مطرح نمودند (۹). رضایت سطح بالای شغلی می‌تواند رضایت گیرندگان خدمات سلامت و بیماران را به دنبال داشته باشد که این نوع رضایت در طول دهه گذشته به‌عنوان یک شاخص مهم در زمینه کیفیت و اثربخشی سیستم مراقبت‌های بهداشتی مطرح گردید (۱۰).

مفتون و همکاران که به‌منظور تعیین رضایت‌مندی ماماها شاغل در نظام ارجاع و پزشک خانواده، ۱۷۷۲ مامای خانواده را در سطح کشور مورد بررسی قرار دادند، یافته‌ها نشان داد که فراوانی «مجموع رضایت‌مندی زیاد و بسیار زیاد»، زیر ۲۰ درصد و کمترین رضایت‌مندی مربوط به میزان دریافتی و درآمد بود. در زمینه شرایط و امکانات طرح، فراوانی «مجموع رضایت‌مندی زیاد و بسیار زیاد» بین ۰/۱۶ تا ۶/۲۷ درصد و کمترین آن‌ها مربوط به بازخورد متخصصان در رابطه با بیماران ارجاعی بود (۱۱). در مطالعه‌ای که باهدف تبیین تجارب ماماها عضو تیم سلامت در مورد برنامه پزشک خانواده انجام گرفت، بر اساس دیدگاه ماماها شاغل، عوامل مدیریتی شامل سازمان‌دهی (سیستم ارجاع، نقش بهورزان، سیاری)، برنامه‌ریزی نیروی انسانی (دسترسی به پزشکان)، فرایند ارائه خدمات (حجم کار، مرخصی، فضای فیزیکی، امنیت شغلی، حقوق و مزایا)، ارزشیابی (بازدید کارشناسان) آشناسازی (آموزش ناکافی تیم سلامت، عدم توجیه بخش خصوصی) و منافع بهداشتی درمانی و اقتصادی شامل بهبود شاخص‌های بهداشت عمومی، بهبود

<sup>3</sup> Farley

<sup>1</sup> Cumbey

<sup>2</sup> Ma

آن با استناد به منابع (۱۴-۱۳) و نظرخواهی از شش نفر از مدیران و کارشناسان سازمان بیمه سلامت ایران، دو نفر از کارشناسان پایشگر برنامه پزشک خانواده شهری و سه از پزشکان خانواده شهری و دو نفر از مراقبین سلامت در استان مازندران و اعمال اصلاحات پیشنهادی به شکل صورتی به تأیید خبرگان رسیده و پایایی آن با آزمون کرونباخ ۹۲ درصد محاسبه شد.

برای امتیازدهی به پاسخ سؤالات بسته مربوط به متغیرهای فردی و سازمانی با کدگذاری و سؤالات اصلی در مقیاس ۵ رتبه‌ای لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم) به ترتیب نمره ۵ تا ۱ داده شد. سؤالات باز هم به همان صورت (کمی گسسته) وارد اکسل شد. برای قضاوت راضی بودن مراقبین سلامت از موضوعات مورد مطالعه، میانگین وزنی با وزن بالاتر از ۳/۵ (از ۵ نمره حداکثر) ملاک عمل قرار گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون‌های اسپیرمن و کیندالز برای تعیین همبستگی بین متغیرهای رتبه‌ای، با آزمون‌های من‌ویتنی و کراسکل والیس برای مقایسه میانگین‌ها و مجذور کای ۲ برای متغیرهای کیفی در نرم‌افزار SPSS-23 در سطح معنی‌داری  $\alpha < 0/05$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### یافته‌ها

از بین ۲۲۸ مراقب سلامت مورد بررسی، سن مراقبین سلامت با میانگین  $32/7 \pm 9/0$  از حداقل ۲۲ تا حداکثر ۷۱ سال متغیر بود. جدول یک مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

این مطالعه توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی در زمستان ۱۳۹۵ انجام گرفت. محیط پژوهش مناطق شهری شهرهای بالای ۲۰۰۰۰ نفر استان‌های فارس و مازندران و جامعه پژوهش مراقبین سلامت شاغل در برنامه پزشک خانواده شهری بودند. حجم نمونه با توجه به حجم جامعه پژوهش در دو استان فارس و مازندران از طریق برآورد و فرمول محاسبه حجم نمونه، در استان مازندران ۹۶ نفر و در استان فارس ۱۱۴ نفر که برای ساده‌تر شدن کار ۱۸ درصد مراقبین سلامت استان مازندران و ۱۲ درصد مراقبین سلامت استان فارس به عنوان نمونه پژوهش تعیین و با استفاده از لیست مراقبین سلامت هر استان به روش تصادفی منظم انتخاب شدند. ملاک ورود به مطالعه داشتن حداقل ۶ ماه سابقه خدمت در برنامه پزشک خانواده شهری و اعلام رضایت شفاهی جهت تکمیل پرسشنامه و فقدان یکی از شروط مذکور معیار خروج بود. با مراجعه حضوری به محل کار مراقبین سلامت منتخب (مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده شهری و پایگاه سلامت شهری طرف قرارداد) و توضیح مختصر در خصوص هدف و چگونگی اجرای مطالعه و ایجاد اطمینان خاطر مبنی بر حفظ رازداری و عدم انتشار داده‌ها با نام و نشان فردی، پرسشگری انجام گرفت.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه محقق‌ساخته حاوی دو بخش شامل: متغیرهای فردی و سازمانی با ۱۶ سؤال باز و بسته و ۱۳ سؤال بسته (رضایت‌مندی از پزشکان خانواده با ۹ سؤال و رضایت‌مندی از همکاری و مشارکت جمعیت تحت پوشش در اجرای مطلوب بسته‌های خدمت با ۴ سؤال) در مقیاس لیکرت بود که روایی

جدول (۱): مشخصات دموگرافیک مراقبین سلامت استان‌های فارس و مازندران در برنامه پزشک خانواده شهری

ردیف	نام متغیر	تعداد	درصد	ردیف	نام متغیر	تعداد	درصد		
۱	استان محل خدمت	فارس	۱۳۳	۵۸/۳	۵	رشته تحصیلی	مامایی	۱۶۲	۷۵/۷
		مازندران	۹۵	۴۱/۷			پرستاری	۲۲	۱۰/۳
۲	جنس	زن	۲۱۹	۹۶/۱	۶	موظفی	بهداشت خانواده <sup>xx</sup>	۳۰	۱۴/۰
		مرد	۹	۳/۹			صبح و عصر	۱۲۴	۵۴/۹
۳	وضعیت تأهل	متأهل	۱۵۱	۶۶/۲	۷	محل خدمت	شیفت یا ساعات کار	۴۴	۱۹/۵
		مجرد	۷۷	۳۳/۸			صبح	۲۸	۱۲/۴
۴	مقطع تحصیلی	کاردانی <sup>x</sup>	۶۰	۲۶/۳	۷	محل خدمت	موظفی	۳۰	۱۳/۲
		کارشناسی	۱۶۱	۷۰/۶			تا ساعت ۱۴	۵۵	۲۴/۸
	ارشد	۷	۳/۱			خصوصی	۱۶۷	۷۵/۲	

میانگین جمعیت تحت پوشش مراقبین سلامت به تفکیک شیفت‌های موظفی (جدول ۱) به ترتیب  $2939 \pm 503$ ،  $2939 \pm 503$  و  $1966 \pm 858$ ،  $2374 \pm 1175$  و  $1545 \pm 394$  نفر بود. میانگین حقوق دریافتی مراقبین سلامت هم به تفکیک شیفت‌های موظفی به ترتیب

$36/1 \times$  درصد مراقبین سلامت استان فارس دارای مدرک کاردانی بودند، این میزان در استان مازندران  $12/6$  درصد یا تقریباً یک‌سوم بود.  $xx$  همه ۳۰ نفر دارای مدرک بهداشت خانواده یا بهداشت عمومی شاغل استان فارس بودند.

خانواده شهری و ۲۹/۴ درصد از مشارکت و همکاری جمعیت تحت پوشش و ۵۴/۸ درصد مراقبین سلامت از کل موارد موردبررسی راضی (بالتر از ۳/۵ از کل ۵ نمره) بودند. جدول ۲ میانگین رضایت مراقبین سلامت را به تفکیک موضوعات موردبررسی و استان محل خدمت نشان می‌دهد.

۶۵۸۱۴۸±۱۹۵۳۹۴، ۶۲۲۱۴۵±۱۷۱۱۱۵، ۱۰۸۸۹۰۶±۳۰۰۹۰۰ و ۹۶۸۵۵۵±۳۱۷۸۵۵ تومان بود. میانگین رضایت کلی مراقبین سلامت (از ۵ نمره) در استان فارس ۳/۵۱±۰/۶ و در استان مازندران ۳/۷۵±۰/۶ بود و بین رضایت کلی مراقبین سلامت و استان محل خدمت تفاوت معنی‌دار وجود نداشت (p=۰/۰۷۳). ۷۴/۶ درصد مراقبین سلامت از کارکرد پزشکان

جدول (۲): میانگین رضایت مراقبین سلامت استان‌های فارس و مازندران در برنامه پزشک خانواده شهری

ردیف	استان محل خدمت سطح رضایت از	فارس		مازندران		کل		P
		میانگین	میانه	میانگین	میانه	میانگین	میانه	
۱	رعایت نظم و انضباط پزشک خانواده خود و میزان حضور در محل کار	۴/۴۲	۵	۴/۳۱	۵	۴/۳۷	۵	۰/۳۵۶
۲	همکاری و مشارکت پزشک خانواده در انجام کارهای تیمی و پوشش مطلوب بسته‌های خدمت دانش و مهارت پزشک خانواده برای انجام وظایف تعیین‌شده	۴/۰۳	۴	۴/۲۲	۴	۴/۱۱	۴	۰/۰۹۴
۳	نحوه برخورد پزشک خانواده با مردم و بیماران	۴/۲۶	۴	۴/۲۶	۴	۴/۲۶	۴	۰/۹۱۱
۴	نحوه برخورد پزشک خانواده در محل کار با مراقب سلامت	۴/۴۷	۵	۴/۵۸	۵	۴/۵۲	۵	۰/۲۷۵
۵	تأمین به‌موقع وسایل موردنیاز محل کار و رفع خرابی‌های احتمالی	۴/۵۵	۵	۴/۶۰	۵	۴/۵۷	۵	۰/۳۶۸
۶	میزان حقوق ماهانه دریافتی با توجه به ۱۲ درصد سهم سرانه	۴/۱۱	۴	۴/۲۵	۵	۴/۱۶	۴	۰/۱۹۰
۷	میزان حقوق ماهانه دریافتی با توجه به ساعات کار و وظایف شغلی	۳/۰۸	۳	۳/۲۳	۳/۵	۳/۱۴	۳	۰/۳۰۱
۸	محدوده زمانی دریافت حقوق ماهانه کل	۲/۴۵	۳	۲/۵۶	۲	۲/۵	۳	۰/۶۳۶
۹	برای انجام ویزیت پایه و تشکیل پرونده سلامت برای انجام معاینات دوره‌ای	۳/۷۵	۴	۳/۷۹	۴	۳/۷۵	۴	۰/۴۳۷
۱۰	برای انجام مراقبت‌های به‌موقع و رعایت موارد توصیه‌شده	۳/۸۵	۴	۳/۹۹	۴	۳/۹۰	۴	۰/۰۸۰
۱۱	در اجرای اصول و قواعد درمانی و ارجاع کل	۳/۲۳	۳	۳/۳۹	۳	۳/۳۰	۳	۰/۲۲۰
۱۲	از میزان همکاری و مشارکت	۳/۰۸	۳	۳/۱۹	۳	۳/۱۲	۳	۰/۳۲۷
۱۳	در اجرای اصول و قواعد درمانی و ارجاع کل	۳/۰۹	۳	۳/۲۷	۳	۳/۱۷	۳	۰/۱۸۰
		۳/۲۸	۳	۳/۲۹	۳	۳/۲۹	۳	۰/۶۲۴
		۳/۱۷	۳	۳/۲۹	۳	۳/۲۲	۳/۲۵	۰/۳۷۳

شهرستان‌ها (میزان حقوق مراقبین سلامت در شهرستان‌های کوچک‌تر بیشتر از شهرستان‌های بزرگ‌تر بود) رابطه معکوس معنی‌دار وجود داشت (I=-۰/۱۹۴ و p=۰/۰۰۰). بین میزان رضایت کلی و وضعیت تأهل، سن، سابقه فارغ‌التحصیلی، مدت خدمت در برنامه پزشک خانواده شهری، سابقه کار در قبل از اشتغال در برنامه پزشک خانواده، تعداد جمعیت تحت پوشش، ساعات کار موظفی، رشته و مقطع تحصیلی، انجام کار غیرفنی، نوع محل اشتغال (دولتی و خصوصی) رابطه معنی‌دار وجود نداشت (p>۰/۰۵).

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد از بین ۱۳ موضوع موردبررسی، مراقبین سلامت از ۸ موضوع موردبررسی راضی (میانگین رضایت بالاتر از ۳/۵) بودند. بین رضایت مراقبین سلامت و استان محل خدمت در هیچ‌کدام از موضوعات موردبررسی اختلاف معنی‌دار وجود نداشت (p>۰/۰۵). بین تعداد جمعیت تحت پوشش مراقبین سلامت و جمعیت شهری شهرستان‌ها (تعداد جمعیت تحت پوشش مراقبین سلامت در شهرستان‌های کوچک‌تر بیشتر از شهرستان‌های بزرگ‌تر بود) رابطه معکوس معنی‌دار وجود داشت (I=-۰/۲۵۵ و p=۰/۰۰۰)، به همین خاطر بین حقوق مراقبین سلامت و جمعیت شهری

که رفتار مؤدبانه و مناسب نه تنها زمینه جذب بیماران را در هر یک از مراحل درمان و پی گیری فراهم می کند، بلکه رفع نیازهای فردی مراجعان، انگیزه لازم را برای پیشنهاد به دیگر بیماران، بستگان و آشنایان ایجاد خواهد کرد (۲۱-۲۰).

یافته های این مطالعه نشان می دهد که کم ترین رضایت مراقبین سلامت به میزان حقوق دریافتی شان متمرکز بود. ناراضی تری دستیاران پزشکان خانواده از میزان حقوق، تقریباً در همه مطالعات گزارش شده است. در مطالعه مفتون و همکاران فقط ۸/۷ درصد از ۱۷۷۲ مامای خانواده مورد بررسی در سطح زیاد و خیلی زیاد از میزان حقوق دریافتی با توجه به حجم و ساعات کار، راضی بودند (۱۱). ماما های مصاحبه شده در مطالعه بیاتی هم اظهار نمودند که نسبت به کارهای متعددی که به ماما محول کرده اند مانند دارو یاری، تزریقات و پانسمان و ... حقوق دریافتی خیلی پایین است و مقدار زیادی از آن صرف ایاب و ذهاب می شود (۱۲). عدم بالانس پرداختی یکی از مشکلات نظام سلامت ایران و احتمالاً بعضی از کشورهای دیگر می باشد. در برنامه پزشک خانواده شهری بر خلاف برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، کل سرانه جمعیت تحت پوشش به حساب پزشک خانواده واریز و پزشک خانواده باید ۱۲ درصد سهم دریافتی را به عنوان حقوق ماهانه به مراقب سلامت پرداخت نماید. بنابراین به خاطر این که ممکن است درصد قابل ملاحظه ای از پزشکان خانواده حقوق مراقبین سلامت را تا سقف ۱۲ درصد کل سرانه پرداخت ننمایند، شاید این ناراضی تری و عدم بالانس پرداختی کمی ملموس تر باشد. چرا که اگر بر اساس یافته های همین مطالعه متوسط جمعیت تحت پوشش برای پزشکان دوشیفته صبح و عصر حدود ۲۹۰۰ نفر با سرانه سال ۱۳۹۴، ماهانه ۴۲۰۰ تومان منظور گردد. یک پزشک خانواده شهری بیش از ۱۲ میلیون تومان دریافتی خواهد داشت که سهم ماما حدوداً ۱۴۶۰۰۰۰ تومان خواهد بود. در صورتی که یافته های این مطالعه نشان می دهد برابر با پرداختی دی ماه ۱۳۹۵، مراقبین سلامت بطور متوسط کم تر از ۱۱۰۰۰۰۰ تومان (بیش از ۳۵۰۰۰۰ تومان کم تر از سهم واقعی خود) دریافت نمودند. در خصوص بالانس پرداختی، بر اساس محاسبه فوق چنانچه یک پزشک خانواده شهری در بخش خصوصی حدود ۲ میلیون تومان را بابت اجاره بهاء، تأمین تجهیزات مورد نیاز و مصرف آب، برق، تلفن هزینه نماید. ۱۰ میلیون تومان می ماند که به طور متوسط ۱۱۰۰۰۰۰ تومان به ماما و اگر هم منشی داشته باشد، ۶۰۰۰۰۰ تومان را هم به منشی پرداخت نماید، ماهانه بیش از ۸ میلیون تومان درآمد خالص خواهد داشت. بدین ترتیب نسبت درآمد یک ماما یا پرستار با مدرک لیسانس و پزشک خانواده حدود ۱ به ۸ خواهد شد. حال سیاست گذاران قضاوت نمایند اگر نسبت فوق برقرار باشد بالانس پرداختی بین ارائه دهندگان خدمات در برنامه پزشک خانواده

از نظر تمایل به ماندگاری در برنامه پزشک خانواده شهری با همین شرایط فعلی، ۷ نفر (۷/۸ درصد) تمایل خیلی کم، ۲۱ نفر (۹/۶ درصد) تمایل کم، ۶۴ نفر (۲۹/۴ درصد)، تمایل در حد متوسط، ۵۶ نفر (۲۵/۷ درصد) تمایل زیاد و ۶۰ نفر (۲۷/۵ درصد) تمایل خیلی زیاد برای ماندن در برنامه پزشک خانواده شهری را داشتند. بین تمایل به ماندگاری در برنامه پزشک خانواده شهری و رضایت از پزشکان خانواده، رضایت از جمعیت تحت پوشش و رضایت کلی رابطه مستقیم معنی دار وجود داشت ( $I=0/117$  و  $p=0/022$ )، ( $I=0/215$  و  $p=0/000$ )، ( $I=0/197$  و  $p=0/000$ ). میانگین تمایل به ماندگاری در استان فارس  $3/89 \pm 1/0$  و در استان مازندران  $3/11 \pm 1/2$  بود و بین تمایل به ماندگاری و استان محل خدمت رابطه معنی دار وجود داشت ( $p=0/001$ ).

## بحث و نتیجه گیری

یافته های این مطالعه نشان می دهد که مراقبین سلامت از پزشکان خانواده به جز در مورد میزان حقوق ماهانه در مابقی کارکردهای مؤثر در رسیدن به اهداف برنامه پزشک خانواده شهری رضایت داشتند که با مطالعه سایر پژوهشگران هم خوانی دارد (۱۷-۱۶). رضایتمندی از کارکردهای مؤثر پزشکان خانواده در رسیدن به اهداف برنامه می تواند انگیزش انجام کار گروهی را افزایش و بدین ترتیب یکی از زیرساخت های لازم را برای بقا و اثربخشی برنامه پزشک خانواده شهری مهیا نماید.

این پژوهش نشان می دهد که بیشترین میزان رضایت در خصوص کیفیت برقراری ارتباط پزشک با مردم و بیماران و همچنین با مراقبین سلامت بود. در پژوهش اشرفیان امیری و همکاران رضایت از پزشکان خانواده در برقراری ارتباط دوستانه، مؤدبانه و منصفانه با بیماران و سایر مراجعین مرکز و همچنین با اعضای تیم سلامت در سطح بالایی گزارش شد (۱۳). ارتباط مناسب پزشک به عنوان مسئول تیم سلامت با همکاران خود می تواند فضای با نشاطی را ایجاد و از کاهش انگیزه و خستگی مفرد جلوگیری نماید. مطالعه ای که اشتاین و آلن بر روی ۱۲۰۰ پرستار انجام دادند، نشان داد در صورت ارتقای کیفیت ارتباط بین پرستار و پزشک، رضایت خاطر آنان افزایش یافته و به دنبال آن امکان ابقای پرستاران در حرفه شان نیز افزایش می یابد (۱۸). تحقیق دیگری که در کارولینای شمالی انجام شد، نشان داد داشتن استقلال کاری و ارتباط مناسب پرستار و پزشک موجب افزایش رضایت شغلی پرستاران و طولانی شدن اقامت آن ها در حرفه و شغل پرستاری می گردد (۱۹). بسیاری از پژوهشگران در خصوص با اهمیت بودن کیفیت ارتباط با بیماران، میزان رضایت بیماران را با طریقه برخورد کارکنان، تشخیص بموقع بیماری توسط پزشک و اطلاع رسانی پزشک، مرتبط دانسته اند چرا

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد علی‌رغم نارضایتی از یکی از فاکتور تعیین‌کننده ماندگاری یعنی مزایای مالی و سازمانی، بیش از ۵۰ درصد مراقبین سلامت در سطح زیاد و خیلی زیاد تمایل به ماندن در برنامه را داشتند. این سطح بالای تمایل می‌تواند دلایلی از قبیل عدم شغل جایگزین، تمایل زیاد به کار کردن و بهره‌برداری از حرفه کسب شده، مفید بودن در جامعه و ایجاد پویایی در زندگی شخصی و موارد دیگر را مطرح نماید. در هر صورت تمایل زیاد به ماندگاری می‌تواند یکی از زیرساخت‌های لازم برای ادامه و ابقاء برنامه محسوب شود.

در مطالعه حاضر رابطه معنی‌داری بین جنس، سن، تأهل، مقطع و رشته تحصیلی، سال فارغ‌التحصیلی با رضایت‌مندی مراقبین سلامت مشاهده نگردید که مشابه نتایج مطالعه اشرفیان امیری و همکاران و هزاوه‌ای و همکاران بوده است (۱۳ و ۲۳).

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر انجام پرسشگری در محل کار افراد بوده که تقریباً در همه موارد با مطلع شدن پزشکان خانواده و در بعضی موارد در حضور یا نزدیکی پزشک خانواده انجام می‌گرفت و این جو پرسشگری ممکن بود تعدادی از افراد مورد مطالعه را در معذوریت و یا نگرانی قرار داده و احتمال دارد که بعضی از پرسش‌شوندگان از نوشتن اطلاعات درست و واقعی امتناع نموده باشند.

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری نمود که بالاترین سطح رضایت‌مندی مراقبین سلامت از کارکردهای پزشکان خانواده (به جز در مورد حقوق ماهانه) مناسب و از میزان همکاری و مشارکت جمعیت تحت پوشش در سطح متوسط بود. لذا پیشنهاد می‌گردد سطح ملی و شبکه بهداشت و درمان و سازمان‌های بیمه‌گر با طراحی و اجرای پروژه‌های بهبود، نسبت به ارتقای مزایای مالی و سازمانی مراقبین سلامت و فرهنگ‌سازی در سطح جامعه اقدام نمایند.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مدیران و کارشناسان استانی و شهرستانی بیمه سلامت استان‌های فارس و مازندران به جهت مساعدت‌های مطلوب، از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، بابل، شیراز، جهرم، فسا، لارستان و همچنین شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها به جهت ایجاد هماهنگی‌های لازم، از کلیه مراقبین سلامت و پرسشگران به جهت همکاری‌های لازم صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد.

شهری وجود دارد؟ در راستای همین مطالعه یکی از پزشکان خانواده شهری در یکی از شهرستان‌های شرق استان مازندران که درآمد خود را با پزشکان متخصص در ایران مقایسه می‌کرد بسیار با عصبانیت می‌گفت که در ایران هیچ تعادل منطقی بین درآمد پزشکان خانواده و پزشکان متخصص وجود ندارد در صورتیکه در چند کشور توسعه یافته که نام می‌برد درآمد پزشکان متخصص حدوداً ۳۰ درصد بیشتر از پزشکان خانواده می‌باشد. حال باید از پزشک مذکور و سایر افراد با دیدگاه مشابه سؤال کرد که در همان کشورها، درآمد پزشکان خانواده چند درصد بیشتر از دستیارشان است؟ آیا مثل ایران حدود ۸ برابر؟ ظاهراً مشکلات مالی مراقبین سلامت تنها به حقوق ماهانه ختم نمی‌شود. یکی از پزشکان خانواده شهری شهرستان نورآباد ممسنی می‌گفت ما از مزایای نامناسب شغلی مراقبین سلامت نگران هستیم، این‌ها در مقایسه با هم‌تایان استخدام شده خود در بخش دولتی، نه پول لباس می‌گیرند، نه عیدی دارند، نه می‌توانند از مزایای مرخصی زایمان استفاده کنند (همین مطالعه نشان داد که ۹۶/۱ درصد از مراقبین سلامت زن و ۶۶/۲ درصد متأهل بودند) و اگر یکی از آن‌ها با پزشکی که همکاری می‌کند و آن پزشک به هر دلیلی با برنامه لغو قرارداد نماید و مراقب سلامت ایشان نتواند در پایگاه دیگری جذب شود، برخلاف سایر بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی، بیمه بیکاری هم نخواهد داشت. بنابراین موارد مذکور بخشی از مشکلات مربوط به مزایای شغلی مراقبین سلامت است که در بازنگری‌های آتی برنامه پزشک خانواده شهری باید به آن توجه ویژه شود.

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مراقبین سلامت از میزان همکاری و مشارکت جمعیت تحت پوشش در رسیدن به اهداف برنامه پزشک خانواده شهری در سطح متوسطی رضایت داشتند که با مطالعه بیاتی و همکاران و میکائیکی و همکاران هم‌خوانی دارد (۳ و ۱۲). همکاری ناکافی مردم در انجام ویزیت پایه و تشکیل پرونده سلامت، معاینات دوره‌ای، مراقبت از بیماری‌های مزمن و عدم رعایت اصول و قواعد درمانی و ارجاع از موارد مهمی هستند که تحقق اهداف برنامه پزشک خانواده را با مشکل جدی مواجه می‌نماید. به همین خاطر صاحب‌نظر اذعان می‌نمایند که موفقیت برنامه‌های بزرگ و ملی نظام سلامت بدون مشارکت جامعه و مصرف‌کنندگان معمولاً پرهزینه و بعضاً دست‌نیافتنی است. بنابراین فرهنگ‌سازی جامعه قبل و حین اجرای برنامه ضرورتی غیرقابل اجتناب خواهد بود (۲۲).

### References

1. Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafiyan Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, Shabestani

- Monfared A, 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. (Persian)
2. Demir C, Ozaltin H, Celik Y. Determining the level of job satisfaction of nurses working at Turkish military forces hospitals. *Military Medicine* 2002; 167(5): 402-5.
  3. Mikaniki E, Ashrafiyan Amiri H, Nasrollahpour Shirvani S, Kabir M, Jafari N, Nahimi Tabiei M, 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. (Persian)
  4. Liu C, Chien C, Chou P, Liu J, Chen V, Wei J, et al. An analysis of job satisfaction among physician assistants in Taiwan. *Health Policy* 2005; 73(1): 66-77.
  5. Ziaee V, Ahmadinejad Z, Morravedje AR. An evaluation of medical students' satisfaction with clinical education and its effective factors. 1rd ed. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2006. (Persian)
  6. Amiri M, Khosravi A, Mokhtari AA. Job satisfaction and its influential factors. *JRHS* 2010; 10(1): 42-6.
  7. Cumbey DA, Alexander JW. The relationship of job satisfaction with organization of variables in public health nursing. *J Nurs Adm* 1998; 28(5): 39- 46.
  8. Ma CC, Samuels ME, Alexander JW. Factors that influence nurses' job satisfaction. *J Nurs Adm* 2003; 33(5): 12-22.
  9. Farley MJ, Neyberg J. Environment as a major element in nursing administration practice theory development. *Nursing Health Care* 1990; 11(11): 532-5.
  10. Oterhals K, HanestadBR, Eide GE, Hanssen TA. The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006; 5(4): 303-10.
  11. Maftoon F, Aeenparast A, Montazeri A, Mohammad M, Farzadi F, Jahangiri K, Mirshahvalad SM. Midwives' satisfaction in family physician and referral system: a national study. *payesh* 2015; 14(3): 343-9. (Persian)
  12. Bayati A, Ghanbari F, Maleki A, Hosseini S, Shamsi M. Exploring the experiences of midwife regarding the family medicine program. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2016; 13 (10): 843-52. (Persian)
  13. Ashrafiyan Amiri H, Mikaniiki E, Nasrollahpour Shirvani SD, kabir MJ, Jafari N, Dadashi A, et al. Satisfaction of Healthcare Team from the Performance of Rural Family Physicians in Northern Provinces of Iran. *JHC* 2015; 1(1): 1-10. (Persian)
  14. Family Physician and Referral System Instruction in urban areas. Ministry of Health and Medical Education; version 02. 2011. (Persian)
  15. Nasrollahpour Shirvani S, Mikanik E, Ashrafiyan Amiri H, Kabir M, Jafari N, Tahmasbi B, et al. Evaluation of the Referral System Situation in Family Physician Program in Northern Provinces of Iran: 2012-2013. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014; 23 (109): 27-35. (Persian)
  16. Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafiyan Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Mohoudi S, et al. Satisfaction in health teams about the function of family physician (FPs) in medical Universities of northern provinces of Iran. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2011; 9(3): 180-7. (Persian)
  17. Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: The mutual satisfaction of physicians and health care team members. *RJMS* 2012; 18(92): 24-30. (Persian)

18. Eshtein R, Alan H. Nurse- Physician Relation: Impact on nurse satisfaction and retention. *AJN* 2002; 102(6): 26- 39.
19. Foley BU, Kee CC, Mirick p, Haney SS, Jennings BM. Characteristics of nurses and hospital work environments that foster satisfaction on clinical expertise. *J Nurs Adm* 2002; 32(5): 273- 82.
20. Liang W, Burner CB, Rowland JH, Mcropot NJ, Eggert H, Hwang YT, et al. Communication between Physicians and Older women with Localized breast Cancer: Implications for Treatment and Patient Satisfaction. *J Clin Oncol* 2002; 20(4): 1008-16.
21. Butow PN, Dowestt S, Hagerty R, Tattersall MH, Communicating Prognosis to Patients with Metastatic Disease: what do they Really Want to know?. *Supportive Care Cancer* 2002; 10(2): 161-8.
22. Nasrollahpour Shirvani SD, Mohoudi S. Evidence-based policymaking in health system and its achievements and challenge in Iran. 1<sup>st</sup> Ed. Babol: Babol University of Medical Sciences; 2013. P. 159-69. (Persian)
23. Hazavehei MM, Samadi A. Factors contributing in job satisfaction in employees of Hamedan Governmental Organizations. *J Sci Behav Res* 2007; 5(1): 47-54. (Persian)



## HEALTH CARE PROVIDERS' SATISFACTION IN THE URBAN FAMILY PHYSICIAN PROGRAM OF IRAN

Mohammad Javad Kabir<sup>1</sup>, Hasan Ashrafiyan Amiri<sup>2</sup>, Seyed Mozafar Rabiee<sup>3</sup>, Anahita Keshavarzi<sup>4</sup>, Sohila Hoseini<sup>5</sup>, Seiyed Davoud Nasrollahpour Shirvani<sup>\*6</sup>

Received: 07 Jan, 2018; Accepted: 09 Mar, 2018

### Abstract

**Background & Aims:** Health care providers assist the family physicians in providing health services. Satisfaction of health care providers will play a significant role in sustaining and providing more comprehensive and qualitative services. This study was conducted to determine the level of satisfaction of health care providers in Fars and Mazandaran provinces from the urban family physician program.

**Materials & Methods:** This cross-sectional study was carried out in winter 2016. 15% of health care providers in Fars and Mazandaran provinces were randomly selected and studied. The data collection tool was a researcher-made questionnaire including personal variables with 16 open and closed questions; satisfaction from the family physician program was analyzed by 13 closed questions in Likert scale; the validity and reliability of questionnaire were confirmed.

**Results:** Among 228 health care workers, 133 cases (58.3%) were employed in Fars province and 219 cases (96.1%) were female. The average satisfaction level of the urban family physicians was  $3.90 \pm 0.9$  from 5 score and  $3.22 \pm 1.0$  of population under coverage. Overall satisfaction of 54.8% of health care providers was higher than the average (above 3.5 from the total 5 score). There was no significant difference between the satisfaction of health care providers and the province of service place in any of the variables ( $p < 0.05$ ). There was a significant relationship between the overall satisfaction of health care providers and the willingness to survive ( $p = 0.000$ ,  $r = 0/197$ ).

**Conclusion:** The results of this study showed that satisfaction of health care providers with family physicians' performance was higher than the average and moderate for the population under coverage. It is suggested to design and implement interventional programs for different levels in order to improve satisfaction.

**Keywords:** Satisfaction, Health care providers, Family physician, Fars, Mazandaran

**Address:** Babol, Ganj Afrouz Street, Babol University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, Department of General Education

**Tel:** +98 9112165468

**Email:** dnshirvani@gmail.com

<sup>1</sup> Assistant Professor Health Management, Health Management & Social Determinants Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

<sup>2</sup> Internal Disease Specialist, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Science, Babol, Iran

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Anesthesiology and Intensive Care, School of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

<sup>4</sup> MD, Health Insurance Organization of Iran, Tehran, Iran

<sup>5</sup> Ph.D. in Health Management, Health Insurance Organization of Iran, Tehran, Iran

<sup>6</sup> Assistant Professor Health Management, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Science, Babol, Iran (Corresponding Author)