

Original article

Satisfaction of Healthcare Team from the Performance of Rural Family Physicians in Northern Provinces of Iran

Ashrafian Amiri H¹Mikaniki E²Nasrollahpour Shirvani D^{3*}Kabir MJ⁴Jafari N⁵Dadashi A⁶Ovis GH⁷Naeimi Tabiei M⁸

1- Social Determinants of Health Research Center, Babul University of Medical Sciences, Babol Iran.

2- Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Babul University of Medical Sciences, Babol Iran

3- Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Babul University of Medical Sciences, Babol Iran

4- Assistant Professor, Health Management & Social Determinants Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

5- Assistant Professor, Department of Health, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

6- Vice -Chancellery for Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

7- Vice -Chancellery for Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

8- Vice -Chancellery for Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

*Corresponding author: Nasrollahpour Shirvani SD. Social Determinants of Health Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

Email: dnshirvani@gmail.com

Received: 22 December 2014

Accepted: 5 May 2015

ABSTRACT

Introduction & Purpose: Family physicians (FP) are responsible for providing services through the appropriate management of the personnel in the healthcare team. This study evaluated the satisfaction of healthcare personnel from the performance of rural family physicians in the northern provinces of Iran.

Methods: This cross-sectional study was carried out in winter 2013 and 25% of centers providing rural insurance and family physician program (139 centers) in three provinces of Golestan, Mazandaran and Guilan were selected by systematic random sampling. All healthcare staffs with at least one-year work experience were enrolled by census method. For data collection a researcher-made questionnaire was used that validity and reliability of it was confirmed in advance. Data were analyzed using SPSS 17 at $p < 0.05$ as the significant level.

Results: From the 561 subjects, 380 (67.7%) were females. The majority of the participants (48%) had a bachelor's degree. The average level of satisfaction scores from FPs performance were 3.7 ± 1 , 3.5 ± 1 , 3.7 ± 1 , 3.9 ± 1.1 and 3.5 ± 0.9 in the field of health management (of 5 score), external cooperation, health promotion, prevention and health service provision and health care referral, respectively. There was a significant difference between the level of satisfaction of healthcare staffs among the northern provinces of Iran ($P = 0.006$).

Conclusion: The satisfaction of healthcare staffs from FPs performance has been slightly higher than the average level, so appropriate interventional programs should be established and implemented to maintain and improve the functional level of the FPs.

Keywords: Satisfaction, Family physician, Rural insurance

► **Citation:** Ashrafian Amiri H, Mikaniki E, Nasrollahpour Shirvani D, Kabir MJ, Jafari N, Dadashi A, Ovis GH, Naeimi Tabiei M. Satisfaction of Healthcare Team from the Performance of Rural Family Physicians in Northern Provinces of Iran. Journal of Health Research in Community. Spring 2015;1(1):1-10.

مقاله پژوهشی

بررسی رضایت‌مندی اعضای گروه سلامت از سطح عملکردی پزشکان خانواده روستایی، در استان‌های شمالی ایران

چکیده

حسن اشرفیان امیری^۱
ابراهیم مکانیکی^۲
سید داود نصرالله‌پور شیروانی^{۳*}
محمدجواد کبیر^۴
ناهید جعفری^۵
ارسلان داداشی^۶
قاسم اویس^۷
محمد نعیمی طبیعی^۸

۱- متخصص بیماری‌های داخلی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۲- دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۳- استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۴- استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۵- استادیار، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
۶- معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان
۷- معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۸- معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

*نویسنده مسئول: سید داود نصرالله‌پور شیروانی دانشگاه علوم پزشکی بابل، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

Email: dnshirvani@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۱۵

کلمات کلیدی: رضایت‌مندی، پزشک خانواده، بیمه روستایی

مقدمه و هدف: پزشکان خانواده موظف‌اند با استفاده بهینه از ظرفیت‌های اعضای گروه سلامت که متشکل از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی‌اند، بسته خدمات سطح اول را در اختیار جمعیت تعریف شده بگذارند. این مطالعه به منظور بررسی سطح رضایت‌مندی اعضای گروه سلامت، از عملکرد پزشکان خانواده در استان‌های شمالی ایران انجام شده است.

روش کار: مطالعه از نوع مقطعی بوده که در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۱ انجام گرفته است. ۲۵ درصد مراکز معرجی طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی (۱۳۹ مرکز) در سه استان گلستان، مازندران و گیلان به صورت تصادفی سیستماتیک، به عنوان خوشه‌های پژوهش انتخاب شدند. در هر مرکز منتخب، همه اعضای گروه سلامت در دسترس که حداقل یک سال سابقه خدمت در مرکز را داشتند، به صورت سرشماری مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته بوده که روایی و پایایی آن تأیید شد. داده‌ها در SPSS 17 در سطح معنی‌داری ($P < 0/05$) تحلیل شدند.

یافته‌ها: از ۵۶۱ عضو گروه سلامت مطالعه‌شده، ۳۸۰ نفر (۶۷/۷ درصد) زن و از نظر تحصیلات، بیشتر افراد (۴۸ درصد) لیسانس داشتند. میانگین سطح رضایت‌مندی اعضای گروه 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. در سطح رضایت‌مندی اعضای گروه سلامت در میان استان‌های شمالی ایران، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P = 0/006$).

نتیجه‌گیری: رضایت‌مندی اعضای گروه سلامت از عملکرد پزشکان خانواده، بیش از اندازه متوسط بود. پیشنهاد می‌شود برای حفظ و ارتقای سطح عملکردی، برنامه‌های متناسب مداخله‌ای طراحی و اجرا شود.

مقدمه

فعالیت دارد که به‌عنوان مسئول گروه کاری وظیفه دارد با هدایت مناسب اعضای گروه سلامت و به‌کارگیری بهینه منابع فیزیکی موجود در پنج حیطه مدیریت سلامت، همکاری برون‌بخشی و جلب مشارکت جامعه، آموزش و ارتقای سلامت، ارائه خدمات

در نظام سطح‌بندی شده مراقبت سلامت عمده کشورها از جمله ایران، پزشک خانواده در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی درمانی

بهداشتی و پیشگیری و ارائه خدمات درمانی با تأکید بر نظام ارجاع، ایفای نقش کند [۱]. رضایت شغلی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، از عواملی مهمی است که در موفقیت همه برنامه‌های نظام سلامت نقش مؤثری دارد [۲]. رضایت شغلی یکی از عناصر اصلی عملکرد شغلی و حرفه‌ای کارکنان است که سبب افزایش کارایی، اثربخشی و بهره‌وری سازمان و احساس رضایت‌مندی فرد می‌شود [۳، ۴]. اهمیت رضایت شغلی از جهتی که بیشتر افراد تقریباً نیمی از ساعات بیداری خود را در محیط کاری می‌گذرانند، بیشتر مورد تأکید است [۵]. عوامل متعدد و متنوعی بر رضایت‌مندی کارکنان سازمان‌های بهداشتی درمانی تأثیر دارند. Cumbey و همکاران، ایجاد محیط کاری انعطاف‌پذیر و دخالت دادن کارکنان در تصمیم‌گیری‌ها را عوامل اصلی متغیرهای سازمانی برای ارتقای رضایت‌مندی کارکنان خدمات بهداشتی درمانی بیان کرده‌اند [۶]. Ma و همکاران نیز بر ضرورت اتخاذ سیاست‌های مدیریتی که سبب تأمین نیازهای گوناگون کارکنان می‌شود، تأکید کرده‌اند [۷]. فارلی و نیبرگ کنترل بر برنامه کاری، رضایت شغلی، وجود فرصت‌های پیشرفت، شرکت در تصمیم‌گیری‌ها، ارتباط با مشاورین حرفه‌ای، برگزاری جلسات پیاپی بین مسئولان و کارکنان را جزء عوامل مؤثر بر ارائه کار فرد در سازمان مطرح کردند [۸]. رضایت سطح بالای شغلی می‌تواند رضایت گیرندگان خدمات سلامت و بیماران را در پی داشته باشد که این نوع رضایت در طول دهه گذشته، شاخص مهمی در زمینه کیفیت و اثربخشی سیستم مراقبت‌های بهداشتی مطرح شده است [۹].

در مطالعه مطلق و همکاران در سال ۱۳۸۷ که ۳۹۸ نفر از کاردانان و کارشناسان بهداشتی و دندان‌پزشک و ۵۶۱ نفر از بهورزان شاغل در مراکز مجری، برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی را مطالعه کردند، گزارش دادند میانگین نمره رضایت کاردانان و کارشناسان بهداشتی و دندان‌پزشک، از ۵ نمره عملکردهای فنی پزشکان خانواده ۴/۲۸ و از عوامل مدیریتی ۳/۴۳ بوده است. میانگین نمره رضایت بهورزان از عملکردهای فنی پزشکان خانواده ۴/۱۷ و از

عوامل مدیریتی ۳/۲۹ بوده است. سطح رضایت اعضای گروه سلامت داخل مرکز در استان‌های مطالعه‌شده، تفاوت معنی‌داری وجود داشت؛ ولی با جنس، سن، سابقه خدمت، تأهل و رشته تحصیلی اعضای گروه سلامت ارتباط معنی‌دار وجود نداشت [۱۰]. در مطالعه امیری و همکاران که در سال ۱۳۸۸ انجام شد، ۵۹ درصد اعضای گروه سلامت از پزشکان خانواده رضایت کامل و ۳۶ درصد رضایت نسبی داشتند و ۵ درصد افراد هم از عملکرد پزشکان خانواده ناراضی بودند. میانگین کل نمره رضایت اعضای گروه سلامت از عملکرد پزشکان خانواده $30/5 \pm 6/6$ بوده که حاکی از رضایت نسبتاً مطلوب آنان است. اختلاف میانگین نمرات مربوط به سطح رضایت اعضای گروه سلامت از پزشکان خانواده در گروه‌های مختلف سنی، سابقه کار، تأهل و جنس از نظر آماری معنی‌دار، نبود [۱۱]. در مطالعه رئیسی و همکاران که در سال ۱۳۸۷ در ۵۰ درصد مراکز مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در شهرستان‌های شهریار، رباط کریم، کرج، نظرآباد، ساوجبلاغ از دانشگاه علوم پزشکی ایران (وقت انجام شد، ۸۹ عضو گروه سلامت (غیر از بهورزان) بررسی شدند که رضایت‌مندی ۵۴ درصد مطلوب و ۴۶ درصد نسبتاً مطلوب بوده است. بین جنس، تأهل، نوع استخدام اعضای گروه سلامت و رضایت‌مندی کلی، رابطه معنی‌دار وجود نداشت [۱۲].

در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی که از سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت کشور اجرا شد، پزشکان کم‌ویش جوانی که اصلاً سابقه کار نداشتند یا در مطب‌های شخصی بدون همراهی گروه پیراپزشک کار کلینیکی می‌کردند، وارد نظام شبکه شده و در مراکز بهداشتی درمانی مجری به‌عنوان سرپرست گروه سلامت و مسئول اصلی سلامت جمعیت تحت پوشش، دو نوع وظیفه مدیریتی و فنی را به عهده گرفتند. پزشکان خانواده باید با استفاده بهینه از ظرفیت‌های اعضای گروه سلامت که متشکل از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی هستند، بسته خدمات سطح اول را

در اختیار جمعیت تعریف‌شده بگذارند [۱۳]. از آنجا که رضایت اعضای گروه سلامت از کارکرد مدیریتی و فنی پزشکان خانواده در موفقیت و دستیابی به اهداف برنامه‌های سلامت مؤثر است و از طرفی، سنجش کارایی و کیفیت خدمات ارائه‌شده به مردم در بخش سلامت از اولویت‌های مهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سنجش میزان رضایت‌مندی ارائه‌دهندگان و گیرندگان یکی از روش‌های مهم ارزیابی کیفیت خدمات است [۱۴]. این مطالعه به منظور بررسی سطح رضایت‌مندی اعضای گروه سلامت از عملکرد پزشکان خانواده و بیمه روستایی در استان‌های شمالی کشور انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بوده که به صورت مقطعی در نیمسال دوم ۱۳۹۱ انجام گرفته است. محیط پژوهش مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر، در سه استان گیلان (با ۱۶ شهرستان)، مازندران (با ۱۷ شهرستان) و گلستان (با ۱۴ شهرستان) بوده است. جامعه پژوهش پزشکان خانواده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی، مجری طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی بودند. برای نمونه‌گیری، ابتدا برای لحاظ کردن پراکندگی مراکز مجری و با توجه به مطالعه مشابه (۱۰) با برآورد $p=0/08$ ، $d=0/08$ و ضریب اطمینان ۹۵ درصد (۱۴۲ مرکز به عنوان محل دسترسی به نمونه پژوهش برآورد شده است. برای ساده‌تر شدن کار، ۲۵ درصد مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه در هر استان به‌عنوان مراکز منتخب تعیین شدند که برای انتخاب آنها، ابتدا نام مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی مجری برنامه مستقر در شهرستان‌های هر استان از غرب به شرق فهرست گردید. سپس به روش تصادفی منظم (به فاصله هر ۴ مرکز یکی به‌عنوان مرکز منتخب) ۴۲ مرکز بهداشتی درمانی از استان گیلان، ۵۵ مرکز بهداشتی درمانی از استان مازندران و ۴۲ مرکز بهداشتی درمانی از

استان گلستان و در مجموع، ۱۳۹ مرکز از کل ۵۵۲ مرکز مجری در ۴۷ شهرستان مشخص شدند. با مراجعه به مرکز منتخب، همه اعضای گروه سلامت شاغل در مرکز شامل کاردانان، کارشناسان بهداشتی و پیراپزشکی و دندان‌پزشک در دسترس که حداقل یک سال در آن مرکز سابقه خدمت داشتند، به روش سرشماری مطالعه شدند. در هر مرکز منتخب، ابتدا با مراجعه به پزشک مسئول مرکز و پس از مشخص شدن تعداد اعضای گروه سلامت حاضر در روز پرسشگری و برگزاری یک جلسه کوتاه توجیهی و توضیح مختصر در خصوص اهداف و اهمیت طرح و روش تکمیل پرسشنامه، در نهایت به پرسش‌شوندگان اطمینان داده شد که پرسشنامه بدون نام بوده و در هیچ شرایطی استفاده فردی و موردی نخواهد شد. پرسش‌شوندگان پس از اعلام رضایت شفاهی نسبت به تکمیل پرسشنامه، به صورت خودایفاد اقدام کردند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه خودساخته حاوی ۷ بخش شامل: ۱- متغیرهای فردی با ۶ پرسش، ۲- رضایت‌مندی از عملکرد مدیریتی با ۵ پرسش، ۳- رضایت‌مندی از همکاری برون‌بخشی و جلب مشارکت جامعه با ۲ پرسش، ۴- رضایت‌مندی از ایفای نقش در حیطه آموزش و ارتقای سلامت با ۲ پرسش، ۵- رضایت‌مندی از ارائه خدمات بهداشتی و پیشگیری با ۵ پرسش، ۶- رضایت‌مندی از ارائه خدمات درمانی و ارجاع و پیگیری بیماران با ۴ پرسش و ۷- رضایت از کیفیت ارتباطات پزشک با اعضای گروه سلامت و بیماران با ۲ پرسش و یک پرسش کلی در خصوص تأثیر اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در اثربخشی خدمات سلامت بود. همچنین، روایی آن با استناد به منابع (۹، ۱۱، ۱۲) با اعمال نظر ۸ نفر از مدیران اجرایی استانی و شهرستانی و ۳ نفر از استادان گروه پزشکی اجتماعی، به شکل صوری توسط خبرگان تأیید شده و پایایی آن نیز با پرسشگری از ۱۵ عضو گروه سلامت در دو مرحله به فاصله ۳ هفته انجام شد که با آزمون آلفای کرونباخ ۸۵ درصد تعیین شده است. پرسش‌های بخش اول از نوع باز و بسته بوده که پاسخ پرسش‌های بسته با کدگذاری و پرسش‌های باز که کمی گسسته بوده، به همان شکل عددی وارد

دندان پزشکی، علوم آزمایشگاهی و پرستاری بودند.

میانگین سطح رضایت اعضای گروه سلامت از عملکرد پزشک خانواده در حیطه مدیریت سلامت $3/7 \pm 1$ ، در حیطه همکاری‌های برون‌بخشی $3/5 \pm 1$ ، در حیطه ارتقای سلامت $3/7 \pm 1$ ، در حیطه خدمات پیشگیری و بهداشتی $3/9 \pm 1/1$ و در حیطه خدمات درمانی و ارجاع $3/5 \pm 0/9$ بوده است. بین رضایت کلی اعضای گروه سلامت از عملکرد پزشک خانواده در استان‌های شمالی ایران، با بالاتر بودن سطح رضایت در استان مازندران و پایین‌تر بودن آن در استان گیلان رابطه معنی‌دار وجود داشت ($P=0/020$). ۳۹۸ نفر (۷۱ درصد) از روش برخورد پزشک خانواده با اعضای گروه سلامت و ۴۴۷ نفر (۷۹/۷ درصد) نیز از روش برخورد پزشک خانواده با بیماران راضی بودند. جدول ۱ میانگین و میانه رضایت اعضای گروه سلامت را از عملکرد پزشک خانواده در موارد موظفی نشان می‌دهد.

۳۱۶ نفری (۵۶ درصد) که با بیش از ۷ سال سابقه خدمت، پیش از اجرای برنامه پزشک خانواده هم در سطح اول شبکه کار می‌کردند، با یک پرسش کلی تأثیر اجرای برنامه پزشک خانواده را نسبت به قبل، به شرح جدول ۲ قضاوت کردند که بین سطح قضاوت اعضای گروه سلامت و استان‌های شمالی (با بالاتر بودن سطح قضاوت در استان مازندران) تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($P=0/006$).

بین رشته تحصیلی و رضایت کلی (با بالاتر بودن سطح رضایت ماماها و پرستاران) رابطه معنی‌دار وجود داشت ($P=0/001$). بین نوع جذب و رضایت کلی (با بالاتر بودن سطح رضایت افراد طرحی و قراردادی) رابطه معنی‌دار وجود داشت ($P=0/001$). بین سابقه خدمت و رضایت کلی، رابطه مستقیم معنی‌دار وجود داشت ($P=0/001$ & $r=+0/656$). بین جنس و وضعیت تأهل افراد مورد مطالعه و رضایت کلی، رابطه معنی‌دار وجود نداشت ($P=0/776$)، ($P=0/605$). بین سن و مقطع تحصیلی با رضایت کلی، رابطه معنی‌دار وجود نداشت ($P=0/149$)، ($P=0/388$).

نرم‌افزار شده است. همه پرسش‌های 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 پرسش‌های به ترتیب، نمره ۱ تا ۵ داده شد. برای قضاوت راضی بودن اعضای گروه سلامت از موضوعات مورد مطالعه، میانگین وزنی با وزن $3/5$ و بالاتر (از ۵ نمره حداکثر) ملاک عمل قرار گرفت. برای آزمودن فرضیه‌ها، همه پرسش‌های در نرم‌افزار SPSS 17 به‌طور جداگانه و تک‌تک با آزمون مجذور کای دو در سه استان مورد مطالعه و در سطح معناداری $P<0/05$ تحلیل شد. برای تعیین ارتباط بین رضایت کلی و متغیرهای فردی و سازمانی، همه ۱۸ پرسش از ۵ حیطه و ۲ پرسش مربوط به کیفیت روابط با هم جمع شد. سپس با میانگین آن با آزمون اسپیرمن برای تعیین ارتباط بین مقطع تحصیلی و رضایت کلی، با آزمون کیندال برای تعیین ارتباط بین سن، سابقه خدمت و رضایت کلی، با آزمون کروسکال وایس برای تعیین ارتباط بین رشته تحصیلی، نوع جذب و رضایت کلی و با آزمون من ویتنی برای تعیین ارتباط بین جنس، وضعیت تأهل و رضایت کلی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

از ۵۶۱ عضو گروه سلامت مطالعه شده، ۳۸۰ نفر (۶۷/۷ درصد) زن و ۴۵۳ نفر (۸۰/۷ درصد) متأهل بودند. میانگین و انحراف معیار سن و سابقه خدمت همه افراد، به ترتیب $34 \pm 6/5$ و $8/2 \pm 5/9$ سال بود. از نظر استخدامی ۲۹۳ نفر (۵۲/۳ درصد) رسمی/پیمانی، ۱۸۷ نفر (۳۳/۳ درصد) قرارداد با برنامه پزشک خانواده، ۴۵ نفر (۸ درصد) طرحی و مابقی دیگر موارد بودند. از نظر مقطع تحصیلی، ۲۴۷ نفر (۴۴ درصد) فوق‌دیپلم، ۲۷۱ نفر (۴۹ درصد) لیسانس، ۶ نفر (۱ درصد) فوق‌لیسانس و ۳۵ نفر (۶ درصد) مدرک دکتری حرفه‌ای داشتند. از نظر رشته تحصیلی ۲۱۱ نفر (۳۸ درصد) مامایی، ۹۳ نفر (۱۷ درصد) مبارزه با بیماری‌ها، ۹۲ نفر (۱۶ درصد) بهداشت محیط و حرفه‌ای، ۵۲ نفر (۹ درصد) بهداشت خانواده و دیگر رشته‌ها به ترتیب

جدول ۱: میانگین و میانه رضایت اعضای گروه سلامت شاغل در استان‌های شمالی کشور، از سطح عملکردی پزشکان خانواده

P	گلستان		گیلان		مازندران		رضایت‌مندی از کیفیت عملکرد پزشکان خانواده در خصوص	حیطه
	میانگین	میانه	میانگین	میانه	میانگین	میانه		
۰/۰۰۱	۳	۳/۱	۴	۳/۵	۳	۳/۴	رفع مشکلات و کمبودهای مربوط به ساختمان، تجهیزات و امکانات اداری	
۰/۰۰۱	۳	۳/۱	۴	۳/۶	۳	۳/۴	جلب مشارکت اعضای گروه سلامت در برنامه‌ریزی‌ها و مداخلات بهداشتی درمانی	
۰/۰۰۵	۴	۳/۶	۴	۳/۸	۴	۳/۹	اجرای مقررات اداری (برگزاری جلسات مورد نیاز، واکنش دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌ها)	مدیریت سلامت
۰/۰۰۶	۳	۳/۲	۴	۳/۵	۴	۳/۵	پایش و ارزشیابی عملکرد اعضای گروه سلامت داخل مرکز و خانه‌های بهداشت و تشویق یا تنبیه همکاران (در صورت لزوم)	
۰/۰۰۱	۳	۲/۴	۳	۳/۲	۳	۳	تقسیم کارانه و اضافه‌کاری و استفاده بهینه از خودرو و دیگر منابع با استفاده مشترک بین اعضای گروه سلامت	
۰/۰۶۲	۳	۳/۳	۴	۳/۵	۳	۳/۵	ایجاد ارتباط و تقویت همکاری‌های برون‌بخشی و جلب مشارکت جامعه	
۰/۱۰۵	۳	۳/۴	۴	۳/۶	۴	۳/۵	برگزاری منظم جلسات با نهادهای محلی و مردم و پیگیری مصوبات مرتبط	جلب مشارکت
۰/۰۰۱	۴	۳/۶	۴	۳/۸	۴	۳/۹	طراحی، اجرا، پایش و ارزشیابی برنامه‌های آموزشی برای گروه‌های مختلف جامعه	آموزش و ارتقای سلامت
۰/۰۰۱	۳	۳/۴	۴	۳/۷	۴	۳/۸	آموختن شیوه‌های سالم زیستن به عموم جامعه	
۰/۴۴۷	۴	۴	۴	۴	۴	۴/۱	افزایش کمی و کیفی مراقبت‌های کودکان	
۰/۰۱۶	۴	۳/۸	۴	۴	۵	۴/۱	افزایش کمی و کیفی مراقبت‌های دانش‌آموزان	
۰/۰۱۷	۴	۴/۳	۴	۴/۱	۵	۴/۳	افزایش کمی و کیفی مراقبت‌های مادران و واجدین تنظیم خانواده و مداخله به‌هنگام و مناسب پس از شناسایی افراد با شرایط ویژه	ارائه خدمات بهداشتی و پیشگیری
۰/۰۶۷	۴	۴/۲	۴	۴/۱	۴	۴/۳	افزایش کمی و کیفی مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مثل فشارخون بالا، دیابت و ..	
۰/۲۳۰	۴	۳/۷	۴	۳/۶	۴	۳/۸	افزایش کمی و کیفی مراقبت‌های گروه سالمندان	
۰/۰۰۸	۴	۳/۸	۴	۴	۴	۴/۱	کمیت و کیفیت ویزیت و درمان بیماران	
۰/۰۰۱	۲	۲/۳	۳	۲/۵	۳	۳/۱	انجام جراحی‌های محدود، سونداژ معده، احیای قلبی تنفسی، تهیه و تفسیر نوار قلب	ارائه خدمات درمانی و ارجاع و پیگیری بیماران
۰/۰۰۶	۳	۳/۴	۴	۳/۶	۴	۳/۷	ارجاع اصولی بیماران واقعاً نیازمند به خدمات سطح ۲ و پیگیری آنها و همچنین ارائه خدمات حمایتی پس از ارائه شدن خدمات سطح	
۰/۰۱۱	۴	۳/۵	۴	۳/۷	۴	۳/۸	ثبت اقدامات انجام‌شده در ویزیت‌های درمانی، ثبت ارجاع بیماران و نتایج آن در پرونده سلامت و دیگر فرم‌های مرتبط	
۰/۰۰۱	۴	۳/۶	۴	۴/۱	۴	۴	برقراری ارتباط دوستانه، مؤدبانه و منصفانه با اعضای گروه سلامت	
۰/۲۱۸	۴	۴/۱	۴	۴/۱	۴	۴/۲	برقراری ارتباط دوستانه، مؤدبانه و منصفانه با بیماران و دیگر مراجعان مرکز	

جدول ۲: قضاوت کلی اعضای گروه سلامت شاغل در استان‌های شمالی کشور، از تأثیر اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در اثربخشی خدمات سلامت

مورد قضاوت	سطح قضاوت	خیلی بهتر شده است	بهبتر شده است	فرقی نکرده است	بدتر شده است	خیلی بدتر شده است
در مجموع، با توجه به این که بیش از ۷ سال از اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی می‌گذرد، چه تغییری در ارائه کمتی و کیفی خدمات بهداشتی درمانی و توجه به رفع نیازهای واقعی مردم (نسبت به پیش از اجرای طرح پزشک خانواده) ایجاد شده است؟	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
	۱۳۱ (۴/۵)	۱۲۵ (۳/۶)	۴۷ (۱۵)	۸ (۲/۴)	۵ (۱/۵)	

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد اعضای گروه سلامت از کارکردهای پزشکان خانواده در همه حیطه‌ها، بیش از حد متوسط رضایت داشتند که با مطالعه دیگر پژوهشگران هم‌خوانی دارد [۱۰، ۱۲]. رضایت‌مندی بیش از حد متوسط اعضای گروه سلامت، می‌تواند انگیزش انجام کار گروهی را افزایش دهد و بدین ترتیب، ارائه خدمات سلامت را کامل‌تر و جامع‌تر کند. این موضوع، یکی از اهداف مهم برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی است.

یکی از یافته‌های این مطالعه، بالاتر بودن سطح رضایت‌مندی از عملکرد پزشکان خانواده در حیطه خدمات بهداشتی و پیشگیری است. یافته فوق با توجه به هم‌خوانی داشتن با نتایج مطالعه دیگر پژوهشگران، می‌تواند مواردی از قبیل همکاری متقابل پزشکان خانواده و اعضای گروه سلامت، پیگیری مسئولان و کارشناسان ستادی شهرستان در اجرای برنامه‌های پیشگیری و استفاده مناسب از ظرفیت‌های جدید را مطرح کند [۱۴، ۱۵]. بالاتر بودن سطح عملکردی در حیطه خدمات بهداشتی و پیشگیری، گامی مناسب در راستای سلامت‌محور بودن برنامه پزشک خانواده به شمار خواهد رفت [۱۶].

پژوهش حاضر پایین‌ترین سطح رضایت‌مندی از عملکرد پزشکان خانواده را در حیطه درمان در امور جراحی‌های محدود، سونداژ معده، احیای قلبی تنفسی، تهیه و تفسیر نوار قلب و موارد مشابه نشان می‌دهد. ممکن است کارکرد نامناسب در امور درمانی،

به ناکافی بودن مهارت پزشکان برای انجام کارهای یاد شده مربوط باشد که این کارکرد نامناسب، بیشتر ممکن است به ضعف آموزش در دوره دانشگاهی برگردد [۱۷]؛ همچنین، می‌تواند به دلیل برخوردار نبودن مراکز مجری از تجهیزات و امکانات مورد نیاز برای انجام کارهای خاص تشخیصی و درمانی باشد. کارکرد نامناسب در امور درمانی هر دلیلی داشته باشد، سبب اطمینان نداشتن بیماران به امکانات و قابلیت‌های درمانی سطح اول و ازدحام مراجعه‌کنندگان به سطح ۲ می‌شود. در مطالعه کمیته کارشناسی سازمان جهانی بهداشت و همچنین مطالعه پالمیر، کمبود تجهیزات و مهارت ناکافی کارکنان شاغل در سطح اول نظام مراقبت سلامت، یکی از دلایل تمایل نداشتن مردم به دریافت خدمات سطح اول و هجوم آنها به بیمارستان‌ها بیان شده است [۱۸، ۱۹].

یکی دیگر از موارد پایین بودن سطح رضایت اعضای گروه سلامت، کارکرد ناکافی پزشکان خانواده در حیطه همکاری‌های برون‌بخشی بود که با مطالعه دیگران هم‌خوانی دارد [۲۰]. کارکرد ناکافی پزشکان خانواده در جلب مشارکت نهادهای برون‌بخشی و مردم، ممکن است به روحیات پزشکان و کیفیت پرورش آنها در دوره ۷ ساله تحصیل در دانشگاه مربوط باشد که حل سلامت جامعه را بیشتر بر فعالیت‌های کلینیکی و بالینی متمرکز می‌کند [۲۱]. استقبال ناکافی مردم و نهادهای محلی برای مشارکت در ارتقای سلامت و فقدان سازوکارهای قانونی نیز می‌تواند در پایین بودن سطح عملکردی، مؤثر باشد.

این مطالعه نشان می‌دهد اکثریت قریب به اتفاق افراد

موجود در ارائه خدمات پیشگیری و درمانی باشد که تا حدودی منطقی‌تری از دیگر اعضای گروه سلامت، عملکرد پزشکان خانواده را در سطح بالاتری قضاوت کردند. با بالاتر بودن سطح رضایت افراد طرحی و قراردادی که بیشتر به ماماها و پرستاران برمی‌گردد، احتمال دلایل معنی‌داری را تأیید می‌کند.

در مطالعه حاضر، رابطه معنی‌داری بین جنس، سن، تأهل و تحصیلات با رضایت کلی مشاهده نشد که مشابه نتایج مطالعه مقرب، هزاوه‌ای و مطلق و همکاران بوده است [۲۷، ۲۶، ۱۰].

میانگین سطح رضایت اعضای گروه سلامت از عملکرد پزشک خانواده، در حیطه مدیریت سلامت $3/7 \pm 1$ ، در حیطه همکاری‌های برون‌بخشی $3/5 \pm 1$ ، در حیطه ارتقای سلامت $3/7 \pm 1$ ، در حیطه خدمات پیشگیری و بهداشتی $3/9 \pm 1/1$ و در حیطه خدمات درمانی و ارجاع $3/5 \pm 0/9$ بوده است.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه، انجام پرسشگری در محل کار افراد بوده که به‌طور تقریبی در همه موارد با آگاه شدن پزشکان خانواده و در بعضی موارد در حضور یا نزدیکی پزشک خانواده انجام می‌گرفت. ممکن است این فضای پرسشگری تعدادی از افراد مطالعه‌شده را در معذوریت یا نگرانی قرار دهد؛ همچنین، احتمال دارد بعضی از پرسش‌شوندگان از نوشتن اطلاعات درست و واقعی امتناع کنند.

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد بالاترین سطح رضایت‌مندی اعضای گروه سلامت از کارکردهای پزشکان خانواده در حیطه خدمات پیشگیری و بهداشتی و پایین‌ترین سطح رضایت‌مندی، در حیطه‌های همکاری‌های برون‌بخشی و خدمات درمانی و ارجاع بوده است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود ستاد مرکز بهداشت شهرستان‌ها با طراحی و اجرای طرح‌های بهبود، نسبت به ارتقای سطح توانمندی (دانش، مهارت) پزشکان خانواده به‌ویژه در حیطه خدمات درمانی و ارجاع و افزایش سطح انگیزش آنها برای جامعیت بخشیدن به برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، به‌ویژه در حیطه همکاری‌های برون‌بخشی و جلب مشارکت جامعه اقدام کنند.

بررسی‌شده، از روش برخورد پزشک خانواده با اعضای گروه سلامت در سطح زیاد و خیلی زیاد راضی بودند. ارتباط مناسب پزشک به‌عنوان مسئول گروه سلامت با همکاران خود، می‌تواند فضای بانشاطی را ایجاد و از کاهش انگیزه و خستگی مفرط جلوگیری کند. مطالعه‌ای که اشتاین و آلن درباره ۱۲۰۰ پرستار انجام دادند، مشخص کرد در صورت ارتقای کیفیت ارتباط بین پرستار و پزشک، رضایت خاطر آنان افزوده شده و به دنبال آن، امکان ابقای پرستاران در حرفه‌شان نیز افزایش می‌یابد [۲۲].

تحقیق دیگری که در کارولینای شمالی انجام شد، نشان داد داشتن استقلال کاری و ارتباط مناسب پرستار و پزشک، سبب افزایش رضایت شغلی پرستاران و طولانی شدن اقامت آنها در حرفه و شغل آنان می‌شود [۲۳].

از راه‌های کسب اطلاع و اطمینان از دستاوردهای مثبت یک طرح، نظرسنجی از کارکنان حرفه‌ای درگیر در آن است که می‌تواند تفاوت‌های به وجود آمده را در پیش و پس از اجرای برنامه جدید، مقایسه و قضاوت کنند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد بیش از ۸۰ درصد اعضای گروه سلامت شاغل در مرکز اعتقاد داشتند با اجرای برنامه پزشک خانواده، کمیت و کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی و توجه به رفع نیازهای واقعی مردم به‌مراتب بهتر شده است. قضاوت یادشده می‌تواند مطالعه رئیسی و همکاران را که گزارش کردند با بررسی شاخص‌ها از سال ۱۳۸۰-۸۶، اجرای برنامه پزشک خانواده تأثیر مثبتی بر عمده شاخص‌های بهداشتی داشته است، تأیید کند [۲۴]. نتایج یک مطالعه مروری با بررسی ۳۶۵ مقاله مربوط به پزشک خانواده، نشان داد رابطه مثبتی بین وضعیت سلامت و اجرای برنامه پزشک خانواده وجود دارد که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد [۲۵].

یکی از یافته‌های این پژوهش، وجود ارتباط معنی‌دار بین رشته تحصیلی و نوع جذب با رضایت کلی اعضای گروه سلامت بوده است. بالاتر بودن سطح رضایت ماماها و پرستاران، شاید به دلیل نزدیکی بیشتر آنها با پزشکان خانواده و درک وسیع‌تر از مشکلات

و مسئولان شبکه بهداشت و درمان و مسئولان واحد گسترش شبکه شهرستان‌های شمالی، به دلیل مساعدت در اجرای طرح و از پرسشگران (حمیده رضایی، مریم رضایی، نیره محمدزاده، فهیمه ذبیحی، محبوبه محمدی، رحیم ملک‌زاده و جواد حبیب‌زاده) و از خانم دکتر موعودی به سبب تهیه چکیده متن به زبان انگلیسی، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌کنند.

پژوهشگران از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل و مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی گلستان به سبب حمایت مالی، از معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی بابل، مازندران، گیلان و گلستان

References

- Mikaniki E, Ashrafian Amiri H, Nasrollahpour Shirvani SD, Kabir MJ, 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).
- Demir C, Ozaltin H, Celik Y. Determining the level of job satisfaction of nurses working at Turkish military forces hospitals. *Mil Med*. 2002; 167(5):402-5.
- 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.
- 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).
- Amiri M, Khosravi A, Mokhtari AA. Job satisfaction and its influential factors. *J Res Health Sci*. 2010; 10(1):42-6 (Persian)
- 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.
- Ma CC, Samuels ME, Alexander JW. Factors that influence nurses' job satisfaction. *J Nurs Adm*. 2003; 33(5):293-9.
- Farley MJ, Neyberg J. Environment as a major element in nursing administration practice theory development. *Nurs Health Care*. 1990; 11(10):532-5.
- Oterhals K, Hanestad BR, 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.
- Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian 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 Facu*. 2011; 9(3):180-7 (Persian).
- 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 (Persian)
- Raeisi P, Nasrollahpour Shirvani D, Kabir MJ. To evaluate the quality of family physician program in Iran university medical sciences. *Tehran Univ Med Sci*. 2009; 792:61-92 (Persian).
- Family physician Instruction. Version 12. Tehran: Ministry of Health and Medical Education. 2011; 4-102 (Persian).
- Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Touran S, Shabestani Mounfared A, et al. Satisfaction in Service Recipients of Health Centers With Family Physician Program in northern Provinces of Iran: 2008. *J Rafsanjan Nurs Midwifery Faculty*. 2009; 3(4):1-10 (Persian).
- Nasrollahpour Shirvani SD, Raeissi P, Motlagh ME, Kabir MJ, Ashrafian Amiri H. Satisfaction in Service Recipients of Health Centers With Family Physician Program in Iran University of Medical Sciences: 2008. *J Homa-ye-salamat*. 2012; 39:41-6 (Persian).
- Definition, what is family medicine? American Academy of Family Physicians. Available From: URL: <https://www.theabfm.org/about/policy.aspx>.

17. Jafari HM, Vahidshahi K, Mahmudi M, Abbaskhanian A, Shahbaznejhad L, Rnjbar M, et al. Efficacy of continuing medical education on knowledge of general practitioners. *J Semnan Uni Med Sci*. 2008; 9(4):255-63 (Persian).
18. WHO. The role of hospital in primary health care, reported of a conference sponsored by the Agakhan foundation. 1981; 44-63.
19. Palmer PE. Feeling unwell? Must you go straight to hospital? *World Health Forum*. 1991; 12(1):38-42.
20. Nasrollahpour Shirvani SD, Jafari N, Nahimi Tabihi M, Mikaniki E, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, et al. Local Organizations Participation in Health Centers Performing Rural Insurance and Family Physician Program in Northern Provinces of Iran. *Hakim*. 2014; 17(2):169-76 (Persian).
21. Nasrollahpour Shirvani SD, Mohoudi S. Evidence-based policymaking in health system and its achievements and challenge in Iran. 1rd ed. Babol: Babol University of Medical Sciences; 2013 (Persian).
22. Eshtein R, Alan H. Nurse-Physician relation: impact on nurse satisfaction and retention. *AJN*. 2002; 102(6):26-39.
23. 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.
24. Raeisi P, Ebadi Fard Azar F, Roudbari M. The Impact of Family Physician Program on Mother and Child Health Indices in Rural Population Auspices of Mashhad University of Medical Sciences and Health Care Services: 2009. *J Health Admin*. 2011; 14(43):27-36 (Persian).
25. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarin-Rua M, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicin attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*. 2006; 23(3):308-16.
26. Moghreb M, Madarshayan F, Aliabadi N, Rezaee N, Mohammadi A. Job satisfaction of nurses in didactic hospitals in Birjan city. *J Birjan Univ of Med. Sci*. 2005; (3)12:92-9 (Persian).
27. Hazavehei SMM, Samadi A. Factors contributing in job satisfaction in employees of Hamedan Governmental Organizations. *J Sci Behav Res*. 2007; 5(1):47-54 (Persian).