رضایتمندی ماماهای شاغل در نظام ارجاع و پزشک خانواده در سطح کشور

فرزانه مفتون[1]، افسون آیین‌پرست[1*]، علی منتظری[1]، کاظم محمد[2]، فرانک فرزدی[1]، کتایون جهانگیری[1]
سید مهدی میرشاه ولد[3]

۱. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران
۲. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. سرپرست وقت اداره کل مطالعات و پژوهش سازمان بیمه خدمات درمانی، تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۲/۱۴
سال چهاردهم شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۳۹۴ صص ۳۴۹-۳۴۳
[انتشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۷ اردیبهشت ۹۴]

چکیده

طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده براساس ضرورت‌هایی شکل گرفت که اهم آن شامل برقراری دسترسی مناسب آحاد کشور، برابری در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی و همچنین هدف‌مندی ارائه خدمات و بهره‌وری از امکانات نیروی انسانی موجود گروه پزشکی است. نیروی انسانی ارائه دهنده خدمات مهمترین منابع مورد نیاز برای هر برنامه و طرح بهداشتی است در طرح پزشک خانواده نیز تیم پزشک خانواده از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هست. هدف این مقاله؛ ارائه میزان رضایت ماماها در طرح پزشک خانواده است.این مطالعه از نوع مقطعی بوده و در کل کشور انجام شده است. ۱۷۷۲ ماما و وضعیت رضایت آنان از ابعاد مختلف طرح مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که اکثر ماماها متاهل بوده و غالباً در مراکز روستایی، ارائه خدمت می‌کردند. از میان افراد مورد مطالعه ۲۵/۲ درصد دارای وضعیت بیتوته بودند. در موارد مربوط به مفاد قرارداد یا احکام، فراوانی «مجموع رضایتمندی بسیار زیاد و زیاد»، زیر ۲۰ درصد و کمترین رضایتمندی مربوط به میزان دریافتی و درآمد بود. در زمینه شرایط و امکانات طرح فراوانی «مجموع رضایتمندی بسیارزیاد و زیاد» بین ۱۶/۰تا ۲۷/۶ درصد و کمترین آنها مربوط به بازخورد متخصصان در رابطه با بیماران ارجاعی بود. در زمینه موضوعات مربوط به بیتوته مجموع رضایت بسیار زیاد و زیاد از حدود۴/۰ درصد تا ۴۴/۲ درصد متغیر بود.
در واقع همانطور که بررسی نتایج مربوط به رضایتمندی ماماها نشان می‌داد، رضایت در اغلب محورها بالا نیست.مشابه مطالعه حاضر، در سایر مطالعات در زمینه رضایتمندی ماماها نیز این امر تایید شده است که این امر در ماندگاری و ثبات نیروی انسانی نقش بسزایی داشته است. با توجه به اینکه در زمینه شرایط و امکانات طرح کمترین رضایت ، مربوط به بازخورد متخصصان در رابطه با بیماران ارجاعی بود در واقع کامل نبودن چرخه سیستم ارجاع را نشان می‌دهد که این امر در «مدیریت بیماری» نقصی محسوب می‌شود.

کلیدواژه: پزشک خانواده، نظام ارجاع، ماما، رضایتمندی

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳
تلفن: ۶۶۹۵۱۸۷۹
E-mail: fmaftoon. ihsr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.7.4]

مقدمه

طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده براساس ضرورت‌هایی شکل گرفت که اهم آن شامل برقراری دسترسی مناسب آحاد کشور، برابری در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی، همچنین هدفمندی ارائه خدمات و بهره‌وری از امکانات نیروی انسانی موجود گروه پزشکی است[۳-۱]. در سال ۱۳۸۴ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و سازمان بیمه خدمات درمانی اصلاحاتی را تحت عنوان «طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع» در سیستم ارائه خدمات بهداشتی کشور مستقر نمودند. این طرح در این مرحله برای تمام روستاهای کشور و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت اجرا شد[۴]. پزشکان خانواده طیف وسیعی از مراقبت‌های اولیه را در مناطق روستایی ارائه می‌دهند[۵]. از طرف دیگر مراقبت اولیه در «مدیریت بیمار» اهمیت دارد. در مواجهه با فراوانی بالای همزمانی بیماری‌ها حتی در افراد غیر سالمند، مدیریت بیماری منفرد به عنوان یک راهبرد برای بیماران در نظر گرفته نمی‌شود [۶]. جلوگیری از مراجعات مکرر به پزشکان مختلف، استفاده مکرر و غیرضروری از خدمات تشخیصی و درمانی مانع اتلاف منابع انسانی و امکانات و مواد مصرفی در حوزه بهداشت و درمان می‌شود. همچنین در نظام ارجاع و پزشک خانواده پیشگیری در سطح اول و دوم باعث می‌شود که اغلب بیماری‌ها قبل از اینکه به مراحل جدی‌تر برسند با تشخیص و درمان زودرس برطرف شده و با صرف هزینه‌های کمتر بهبودی ایجاد شود. مراجعه به سطوح تخصصی در صورت نیاز رخ خواهد داد و در نتیجه از امکانات نیروی انسانی و تجهیزات سطوح تخصصی با بهره‌وری حداکثر استفاده خواهد شد. که همه این موارد به لحاظ اقتصادی، صرفه جویی قابل توجهی را در سطح ملی باعث شده و از نظر اجتماعی و سیاسی امنیت خاطر آحاد جامعه را به لحاظ ثبات و اثربخشی این خدمات باعث خواهد شد. از طرف دیگر وجود خدمات بیمه هزینه افراد و خانواده‌ها را محدود و مشخص می‌نماید و هزینه‌های مستقیم گیرندگان خدمات تحت کنترل خواهد بود[۷]. با توجه به اهمیت عدالت در سلامت و برقراری دسترسی به خدمات سلامت برای آحاد کشور جایگاه این طرح بر کسی پوشیده نیست. اما همانطور که راه‌اندازی این طرح اهمیت دارد مدیریت اجرای چنین طرحی به گونه‌ای که بتوان پایداری آن را تضمین نمود نیز از اهمیت بسزایی برخوردار است. در واقع شرایطی لازم است تا برنامه بتواند تا زمان تحقق اهداف مربوط استمرار یابد، یکی از سوالات مهمی که در این زمینه مطرح شود این است. «آیا برنامه مورد نظر می‌تواند ادامه یابد»؟ سوالی که در ارزشیابی برنامه‌ها مد نظر قرار می‌گیرد[۸]. همانطور که می‌دانیم رضایت بیمار به عنوان یک ملاحظه مهم در ارائه مراقبتهای سلامت تایید شده است[۱۱ - ۹]. از طرف دیگر نیروی انسانی ارائه دهنده خدمات مهمترین منابع مورد نیاز برای هر برنامه و طرح بهداشتی است در طرح پزشک خانواده نیز تیم پزشک خانواده از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هست.پزشکان و ماماهای شاغل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع، ارائه دهندگان محوری خدمات هستند[۷].

امروزه تمام صاحب نظران و اندیشمندان از اهمیت و نقش نیروی انسانی به عنوان عامل توسعه در هر کشور واقف هستند و بر آن تاکید زیاد دارند. بنابراین توجه به روحیات و انگیزه‌های عامل انسانی در هر سازمان از ضرورت و اولویت بالایی برخوردار است و همچنین اعتقاد دارند که سرمایه و فناوری را می‌توان به صورت وام تامین نمود و خرید اما انسان‌ها را نه می‌توان خرید و نه به وام گرفت[۱۲]. بالا رفتن رضایت شغلی سبب افزایش ابقاء در کار اثربخش می‌گردد و بازده شغلی و کارایی را بالا می‌برد[۱۴ - ۱۳]. هدف این مقاله؛ ارائه میزان رضایت ماماها در طرح پزشک خانواده است.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی بوده و در کل کشور انجام شده است. جامعه پژوهش ماماهای شاغل در طرح پزشک خانواده در سطح کشور بودند. تعداد نمونه ۱۷۷۲نفر برآورد شد و نمونه‌گیری به صورت تصادفی و از میان مراکز ارائه دهنده خدمات پزشک خانواده صورت گرفت. جهت نمونه گیری، از بانک اطلاعات بیمه خدمات درمانی در سال ۱۳۸۸ استفاده شد و این مطالعه نیز در همان سال به انجام رسیده است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه خود ایفایی بود که پس از انجام دو مصاحبه ی بحث گروهی متمرکز با ماماهای ارائه دهنده خدمت در طرح پزشک خانواده توسط تیم تحقیق طراحی شد و روایی و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفت. روایی محتوی سوالات با بررسی متون انجام گرفته در این زمینه و تایید صاحبنظران حوزه مدیریت سلامت و مسئولان برنامه پزشک خانواده تایید گردید. روایی ظاهری سوالات نیز توسط پاسخگویان (ماماها) که به طور آزمایشی پرسشنامه را تکمیل کرده بودند تایید شد. برای بررسی پایایی نیز از روش بررسی همبستگی درونی محاسبه ضریب (آلفا کرونباخ) استفاده شدکه بیش از ۰/۸۰ بود. پرسشنامه وضعیت رضایت ماماها از ابعاد مختلف طرح را مورد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.7.4]

بررسی قرار می‌داد که عبارت بودند از: مفاد قرارداد و عقد قرارداد، وضعیت اجرای طرح، شرایط و امکانات طرح و شرایط بیتوته. پرسشنامه‌ها توسط پرسشگران آموزش دیده در مراکز ارائه خدمات به ماماها ارائه شده و پس از تکمیل توسط آنان جمع آوری شده است. داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم افزار SPSS وارد کامپیوتر شده و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته است.

یافته‌ها

۱۷۷۲ ماما در مطالعه شرکت نمودند. بررسی ویژگی‌های جمعیتی پاسخگویان نشان داد که ۹۷/۱ درصد آنان بین ۲۱ تا ۴۰ سال سن داشتند. ۹۹/۸ درصد آنان زن و اکثر آنان ۶۴/۵ درصد متاهل بودند. (مردانی که به عنوان ماما فعالیت می‌کنند در اصل پرستار جایگزین بودند که در موارد کمبود ماما توسط سیستم ارائه خدمت به کار گرفته می‌شوند)۱ /۶۲ درصد ماماهای مورد مطالعه در مراکز روستایی، ارائه خدمت می‌کردند. از میان افراد مورد مطالعه ۷۴/۸ درصد غیر بیتوته بوده‌اند. ۱۷/۶ درصد بیتوته مداوم داشته و ۷/۶ درصد بیتوته غیرمداوم، بدین صورت در واقع ۲۵/۲ درصد از ماماهای مورد مطالعه دارای وضعیت بیتوته بوده‌اند (جدول ۱).

از محورهای با اهمیت در طرح پزشک خانواده، وضعیت قرار دارد و برنامه مکتوب جهت ارائه خدمات در این طرح بود. که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است. در جدول ۲ میزان رضایتمندی ماما از مفاد قرارداد، و در جدول ۳ وضعیت اجرای طرح پزشک خانواده و امکانات طرح مشخص شده است. در مورد قرارداد بیشترین میزان رضایت بسیار زیاد و زیاد (۲۳/۳ درصد) از «به موقع بودن تمدید قراردادها یا احکام حقوقی» و کمترین میزان رضایت بسیار زیاد و زیاد (۸/۷ درصد) از «میزان دریافتی ماهیانه» بود. بیشترین میزان رضایت بسیار زیاد و زیاد از ابعاد اجرایی طرح (۴۱/۰ درصد) از گزینه «تناسب توانایی‌های کسب شده در طی تحصیلات با وظایف» و کمترین میزان رضایت بسیار زیاد و زیاد از ابعاد اجرایی طرح (۹/۶ درصد) در گزینه «میزان رضایت از تناسب حجم کار و زمان کاری» بود. بیشترین میزان رضایت بسیار زیاد و زیاد از شرایط و امکانات طرح (۲۷/۶درصد) از گزینه «وضعیت ارائه خدمات در سطوح بالاتر» و کمترین میزان رضایت بسیار زیاد و زیاد از شرایط و امکانات طرح (۱۶/۰ درصد) از گزینه« بازخورد متخصص در رابطه با بیمارانی که ارجاع می‌دهید» بود. میزان رضایت بسیار زیاد یا زیاد ماماهای مورد مطالعه در غالب موضوعات بالا دیده نشد. با توجه به اینکه حدود ۲۵درصد ماماها در شرایط بیتوته بودند، میزان رضایت آنان در این زمینه در جدول شماره ۴ نشان داده شده است. همانطور که در جدول ملاحظه می‌شود در زمینه موضوعات مربوط به بیتوته مجموع رضایت بسیار زیاد و زیاد از حدود ۴/۰ درصد تا ۴۴/۲ درصد متغیر است.

جدول ۱: فراوانی ماماهای در مورد مطالعه به تفکیک وضعیت سنی، جنسی، تاهل و مرکز ارائه خدمات و وضعیت بیتوته n = ۱۷۷۲

	تعداد	درصد
سن		
۳۰ – ۲۱	۱۱۰۵	۶۲/۴
۴۰ – ۳۱	۶۱۵	۳۴/۷
۵۰ – ۴۱	۲۲	۱/۲
۵۰ <	۳۰	۱/۷
جنس		
زن	۱۷۶۸	۹۹/۸
مرد	۴	۰/۲
تاهل		
مجرد	۶۲۸	۳۵/۵
متاهل	۱۱۴۴	۶۴/۵
مرکز ارائه خدمت		
روستایی	۱۱۰۰	۶۲/۱
شهری	۱۲۰	۶/۸
شهری - روستایی	۵۵۲	۳۱/۲
وضعیت بیتوته		
غیربیتوته	۱۳۲۴	۷۴/۸
بیتوته مداوم	۳۱۴	۱۷/۶
بیتوته غیر مداوم	۱۳۴	۷/۶

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.7.4]

جدول ۲ : وضعیت مفاد قرارداد و ارائه برنامه مکتوب به ماما

	بلی		خیر		نمی دانم		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مفاد قرارداد								
آیا از مفاد قرارداد یا احکام حقوقی اطلاع دارید	۱۳۱۴	۷۴/۲	۳۲۴	۱۸/۳	۱۳۴	۷/۶	۱۷۷۲	۱۰۰
آیا یک نسخه از قرارداد یا احکام حقوقی به شما تحویل داده شده است	۱۲۸۴	۷۲/۳	۴۵۶	۲۵/۸	۳۲	۱/۹	۱۷۷۲	۱۰۰
آیا دریافتی شما طبق قرارداد یا احکام حقوقی است	۱۰۲۹	۵۸/۱	۳۵۹	۲۰/۳	۳۸۳	۲۱/۶	۱۷۷۱	۱۰۰
آیا زمان پرداختها طبق قرارداد یا احکام حقوقی انجام شده است	۵۷۴	۳۲/۴	۱۰۲۶	۵۷/۹	۱۷۲	۹/۷	۱۷۷۲	۱۰۰
آیا هر ماه به شما فیش حقوقی ارائه می‌شود	۸۱۰	۴۵/۹	۹۱۹	۵۲/۱	۳۵	۲/۰	۱۷۶۴	۱۰۰
برنامه مکتوب								
آیا جدیدترین نسخه طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده به صورت مکتوب یا دیسک فشرده در اختیار شما قرار دارد	۷۰۷	۴۰/۵	۹۰۲	۵۱/۶	۱۳۸	۷/۹	۱۷۴۷	۱۰۰
آیا راهنماهای بالینی (guide line) جهت تصمیم‌گیری پزشکی به صورت مکتوب یا دیسک فشرده در اختیار شما قراردارد	۶۰۸	۳۸/۰	۷۷۶	۴۸/۶	۲۱۴	۱۳/۴	۱۵۹۸	۱۰۰
آیا دستورالعملهای اجرایی جهت ارائه خدمات و روندهای اجرایی بصورت مکتوب یا دیسک فشرده در اختیار شما قرارداد	۹۷۹	۵۷/۸	۵۸۶	۳۴/۶	۱۲۹	۷/۶	۱۶۹۴	۱۰۰
آیا نحوه ثبت اطلاعات پرونده مراجعین، فرمها و دستورالعمل تکمیل آن به صورت مکتوب یا دیسک فشرده وجود دارد	۱۰۵۲	۶۲/۲	۴۹۰	۲۹/۰	۱۴۹	۸/۷	۱۶۹۱	۱۰۰
آیا شرح وظایف شما (اعضای تیم سلامت) به صورت مکتوب یا دیسک فشرده مشخص است	۱۳۲۹	۷۶/۳	۳۳۹	۱۹/۵	۷۳	۴/۲	۱۷۴۱	۱۰۰
آیا شما به عنوان پزشک خانواده/ ماما جلسات آموزشی بصورت کلاس، کارگاه یا کارآموزی و ..... در زمینه راهنماهای علمی ومراحل اجرای طرح داشته‌اید	۱۴۷۰	۸۴/۰	۲۸۰	۱۶/۰	-	-	۱۷۵۰	۱۰۰

جدول ۳ : میزان رضایتمندی ماما از اجرای طرح و مفاد قرارداد در طرح پزشک خانواده

	بسیار زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	نه کم نه زیاد (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)	جمع (درصد)
عقد قرارداد						
به موقع بودن تمدید قراردادها یا احکام حقوقی (در صورت تمایل شما به تمدید)	۷/۵	۱۵/۸	۳۴/۸	۲۳/۰	۱۸/۹	۱۰۰
کل مبلغ قرارداد یا احکام حقوقی به عنوان پزشک خانواده / ماما	۱/۷	۷/۷	۳۸/۲	۲۸/۵	۲۳/۹	۱۰۰
مدت زمان عقد قرارداد یا احکام حقوقی	۲/۷	۱۳/۴	۳۴/۵	۲۸/۵	۲۱/۰	۱۰۰
نحوه کسورات ناشی از پایش و ارزشیابی	۳/۱	۱۱/۷	۳۲/۰	۲۷/۸	۲۵/۴	۱۰۰
میزان دریافتی ماهیانه خود به عنوان پزشک خانواده/ ماما	۱/۱	۷/۶	۳۴/۶	۲۸/۸	۲۷/۹	۱۰۰
نحوه پرداخت مابقی حقوق (کسورات پایش و ارزیابی)	۲/۵	۸/۸	۳۱/۳	۲۷/۴	۳۰/۱	۱۰۰
وضعیت اجرای طرح						
کیفیت دستورالعمل‌های اجرایی که جهت ارائه خدمات و روندهای اجرایی در اختیار شما قراردارد	۷/۴	۲۸/۱	۴۳/۱	۱۲/۹	۸/۵	۱۰۰
وضوح و مشخص بودن وظایف و خدماتی که باید ارائه دهید	۶/۴	۲۰/۹	۳۲/۹	۲۰/۹	۱۸/۸	۱۰۰
تناسب حجم کار و زمان کاری خود	۱/۹	۷/۹	۲۵/۷	۲۵/۰	۳۹/۵	۱۰۰
تناسب توانایی‌های کسب شده در دوره تحصیلی با وظایف خود دراین طرح	۱۰/۶	۳۰/۴	۲۷/۳	۱۵/۱	۱۶/۶	۱۰۰
سایر وظایفی که به موجب طرح به عهده‌ی شما گذاشته شده (مثال؛ تزریقات)	۲/۲	۶/۱	۱۹/۸	۲۴/۰	۴۸/۰	۱۰۰
میزان ساعات کاری خود در ماه	۲/۰	۱۱/۷	۲۷/۸	۲۳/۵	۳۵/۰	۱۰۰
آموزشهای داده شده برای این طرح	۵/۲	۲۴/۱	۳۹/۸	۱۸/۷	۱۲/۲	۱۰۰
شرایط و امکانات طرح						
طیف خدمات آزمایشگاهی که مجاز به تجویز آنها هستید	۵/۴	۲۱/۲	۳۸/۰	۱۸/۶	۱۶/۸	۱۰۰
طیف خدمات رادیولوژی که مجاز به تجویز آنها هستید	۴/۹	۱۷/۲	۳۵/۶	۱۵/۷	۲۶/۶	۱۰۰
طیف داروهایی که مجاز به تجویز آن هستید	۵/۱	۱۹/۵	۳۹/۴	۱۸/۷	۱۷/۲	۱۰۰
محدودیت درصد ارجاع به سطوح تخصصی	۵/۹	۲۱/۳	۴۱/۷	۱۸/۸	۱۲/۳	۱۰۰
وضعیت ارائه خدمات در سطوح بالاتر که بیماران را ارجاع می‌دهید	۵/۴	۲۲/۲	۴۷/۰	۱۹/۴	۱۲/۳	۱۰۰
بازخورد (فیدبک) متخصصین در رابطه با بیمارانی که ارجاع می‌دهید	۳/۴	۱۲/۶	۳۰/۳	۲۷/۹	۲۵/۹	۱۰۰
شرایط رفت و آمد روزانه به محل اشتغال به کار خود	۸/۵	۱۴/۴	۲۰/۶	۱۵/۷	۴۰/۸	۱۰۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.7.4]

جدول ۴ : وضعیت رضایت ماما از شرایط بیتوته۷۷ = n

	بسیار زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	نه کم نه زیاد (درصد)	کم (درصد)	بسیار کم (درصد)	جمع (درصد)
فضای واحد مسکونی که در اختیار شماست	۶/۲	۱۶/۲	۳۳/۲	۲۱/۱	۲۳/۲	۱۰۰
تجهیزات واحد مسکونی (نظیر) لوازم خانگی و	۲/۲	۱۴/۶	۲۹/۰	۲۴/۷	۲۹/۵	۱۰۰
وضعیت آب آشامیدنی در واحد مسکونی	۴/۳	۱۹/۲	۲۲/۲	۲۲/۲	۳۲/۲	۱۰۰
وضعیت سیستم برودتی در واحد مسکونی	۷/۷	۱۸/۶	۳۰/۹	۱۸/۳	۲۴/۶	۱۰۰
وضعیت سیستم گرمایشی در واحد مسکونی	۸/۱	۲۱/۹	۲۷/۵	۱۶/۷	۲۵/۸	۱۰۰
وضعیت امنیت در واحد مسکونی	۱۵/۰	۲۹/۲	۲۵/۸	۱۳/۶	۱۶/۴	۱۰۰
ساعات مراجعه بیماران در طی شبانه روز	۵/۵	۱۲/۵	۳۲/۷	۲۲/۴	۲۶/۸	۱۰۰
وضعیت تهیه مواد غذایی و سایر مایحتاج خود	۲/۴	۱۲/۹	۳۱/۰	۲۱/۰	۳۲/۶	۱۰۰
وضعیت سیستم آموزشی جهت فرزندان	۱/۶	۴/۷	۲۳/۷	۱۹/۸	۵۰/۲	۱۰۰
امکانات ارتباطی نظیر تلفن، اینترنت و ...	۲/۴	۹/۱	۲۰/۶	۲۳/۳	۴۴/۵	۱۰۰
امکانات دسترسی به منابع علمی و آموزشی	۱/۱	۲/۹	۱۳/۶	۲۷/۶	۵۴/۸	۱۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که بررسی نتایج مربوط به رضایتمندی ماماها نشان می‌دهد، رضایت در اغلب محورها بالا نبوده است. در موارد مربوط به مفاد قرارداد یا احکام نیز همین‌طور بود؛ به طوری که فراوانی «مجموع رضایتمندی بسیار زیاد و زیاد»، زیر ۲۰ درصد و کمترین رضایتمندی مربوط به میزان دریافتی و درآمد بود. در سایر مطالعات در زمینه رضایتمندی ماماها نیز این امر تایید شده است که کمترین میزان رضایت در رابطه با مسائل مالی به ویژه حقوق و نحوه پرداختها مشاهده شد[۱۵، ۶]. که این امر در ماندگاری و ثبات نیروی انسانی نقش بسزایی دارد. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌داد در زمینه شرایط و امکانات طرح فراوانی «مجموع رضایتمندی بسیارزیاد و زیاد» بین ۱۶/۰تا ۲۷/۶ درصد است و کمترین آنها مربوط به بازخورد متخصصین در رابطه با بیماران ارجاعی بود.که اهمیت این موضوع در اجرای طرح پزشک خانواده بدیهی است. همچنین در مطالعه طرح ملی پزشک خانواده و کیفیت نظام ارجاع در طرح ملی پزشک خانواده ذکر شده «عدم ارائه پس‌خوراند یا نامطلوب بودن پس خوراند داده شده، یکی از مشکلات شایع و اساسی در نظام ارجاع از ابتدای استقرار شبکه‌های بهداشتی ـ درمانی در کشور بوده و هست و نتایج حاضر بیانگر آن است که اجرای طرح ملی پزشک خانواده نیز نتوانسته این مشکل بزرگ را برطرف نماید» [۳]. در سایر مطالعات مشابه نیز درصد قابل توجهی از پزشکان خانواده از فرایند ارجاع رضایت بسیار پایینی داشتند. و فرآیند ارجاع یکی از پنج عامل اصلی نارضایتی پزشکان ارائه دهنده خدمات از برنامه پزشک خانواده عنوان شده است[۱۸- ۱۷، ۱۴]. در مطالعه‌ی دیگری که به بررسی عملکرد برنامه پزشک خانواده روستایی پرداخته است، ذکر شده که در سطح پزشک خانواده، عملکرد نسبتاً خوبی وجود دارد. ولی هنوز هم نظام ارجاع به درستی اجرا نمی‌شود و پس خوراندها از پزشکان متخصص به پزشکان خانواده ارسال نمی‌شود. و در موارد ارسال شده نیز درصد کمی دارای کیفیت مطلوب بوده‌اند[۱۹]. این امر کامل نبودن چرخه سیستم ارجاع را نشان می‌دهد که این امر در «مدیریت بیماری» نقصی محسوب می‌شود. یکی از نکات قابل توجه در دستاوردهای مطالعه حاضر بررسی وضعیت بیتوته ماماها و رضایت آنان در این زمینه بود. نتایج نشان داد که میزان رضایتمندی ماماها از شرایط بیتوته پایین است. با توجه به اینکه معمولا مناطق محروم نیاز به بیتوته شدن ارائه دهندگان خدمات دارند، بهبود شرایط بیتوته نقش مهمی در استمرار حضور ارائه دهندگان و افزایش امکان ارائه خدمات در این مناطق خواهد داشت.

سهم نویسندگان

فرزانه مفتون: طراحی و مدیریت مطالعه، تدوین مقاله
افسون آیین‌پرست: بررسی متون، تدوین مقاله
علی منتظری: استاندارد سازی ابزار
کاظم محمد: تجزیه و تحلیل داده‌ها
فرانک فرزدی: طراحی و تدوین ابزار
کتایون جهانگیری: طراحی ابزار
سیدمهدی میرشاه‌ولد: هماهنگی اجرایی طرح در استانهای کشور

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.7.4]

تشکر و قدردانی

نویسندگان از زحمات کارشناسان پژوهشکده علوم بهداشتی، کارشناسان سازمان بیمه خدمات درمانی، همکاران اجرایی طرح در تمام استانهای کشور تشکر به عمل می‌آورند. همچنین قدردانی خود را از ماماهای شاغل در طرح پزشک خانواده که با تکمیل پرسشنامه‌های این مطالعه، در انجام هر چه دقیقتر پژوهش یاریگر تیم تحقیق بودند ابراز می نمایند.

منابع

1.Jannati A, Maleki MR, Gholizade M, Narimani4 MR, Vakeli S. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program, Knowledge & Health 2010;4:39-44[In Persian]

2.Takian AH, Doshmangir L, Rashidian R, Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care , network, Family Practice 2013, ;30:551-9

3.Chaman R, Amiri M, Raei Dehagh M, The national family physician and the quality of referral system, Payesh 2012; 11: 785-790 [In Persian]

4.Maftoon F,Montazeri A, Mohammad K, Farzadi F, Jahangiri K, Aeenparast A. Insured rural and provider satisfaction: family physician and referral system, national report, Iranian Institute for Health Sciences Research & Medical Service Insurance Organization, 2010 [In Persian]

5.Avis M, Bond M, Arthur A, Satisfying solutions? A review of somw unresolived issues in the measurement of patient satisfaction. Journal of advanced nursing 1995; 22:2

6.Taylor SA, Cronin JJ Jr. Modeling patient satisfaction and service quality, Journal of health care marketing 1994; 14: 34-44

7.Maftoon F. Aeenparast A. Montazeri. A, Farzadi.F, Jahangiri.K. Insured rural and provider satisfaction: family physician and referral system. 1st Edition, Medical Service Insurance Organization publication, Tehran, 2011 [In Persian]

8.Maftoon. F, Farzadi.F, Aeenparast .A. Assessment of Health program implementation and (nativized the offering model), 1st Edition, Academic Center for Education Culture and Research (ACECR) publication, Tehran, 2015 [In Persian]

9.World Health Organization, 2007. People-Centered Health Care: A Policy Framework. Available from: .http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf. (visited 2015 4 May)

10. World Health Organization, Client satisfaction evaluation workbook6, 1st Edition, world health organization, United Nations international drug control program, European monitoring center on drugs and drug addiction, 2000

11. Fadtein, Paul J. Health care economics, 4th Edition, Publisgers, U.S.A. 1993

12. Ross CK, Steward CA, Sinacore JM, A comparative study of seven measures of patient satisfaction. Medical care Journal 1995; 33: 392-406

13. Williams S. Weinman J. Dale J. "Doctor patient communication and patient satisfaction a review" famiy practice, 1998; 15: 480 - 442

14. Salmanian Z, Job satisfaction and its related facters in pediatric hospital nurses, MPH dissertation, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, 2000 [In Persian]

15. Ghorbani K, Najaf Zadeh H, Sedighi A, Mousavi. SM, Mahdavi.MH, Monajemi. F. Midwives Satisfaction with family physician plan in Rasht, Holistic Nursing & Midwifery 2012, 24:33-9 [In Persian]

16. Asgari H, Kheirmand M, Rohani M, Sadoughi S, Malekpour Z. Satisfaction of physicians and midwives participating in the rural family physician and insurance scheme with the plan in Isfahan province, 2010. Journal of school of public health and institute of public health research 2012; 10:11-20 [In Persian]

17. Torabian S, Cheraghi MA, Azarhomayoon A, Family physician program: physicians' satisfactions in Hamadan, Iran, Payesh 2013; 12: 289-96 [In Persian]

18. Torabian S, Damari B, Cheraghi MA. 'Rural Insurance': family physicians' satisfaction. Payesh 2014; 13: 561-73 [In Persian]

19. Jabari A, Sharifirad Gh.R, Shokri A, Bahmanziari N, Kordi A, Overview of the Performance of Rural Family Physician in Iran. Health Information Management 2013; 9: 1145 [In Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.7.4]

ABSTRACT

Midwives' satisfaction in family physician and referral system: a national study

Farzaneh Maftoon [1], Afsoon Aeenparast [1*], Ali Montazeri [2], Kazem Mohammad [3], Faranak Farzadi [1], Katayoun Jahangiri [1], Seyed Mehdi Mirshahvalad [5]

1. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences, Research, ACECR, Tehran, IR Iran
2. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
3. School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Health Metrics Research Centre, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
5. Research office, Medical Services Insurance Organization, Tehran, Iran

Payesh 2015; 3: 343-349
Accepted for publication: 4 May 2015
[EPub a head of print-27 May 2015]

Objective (s): Family physician and referral system (FPRS) were introduced as a health system reform in Iran, in 2005. The aim of this program was to improve: accessibility to medical services, equity in health care and productivity of human resources. As such general physicians and midwives took responsibility for service delivery. The first step of FPRS was implemented in all rural areas and small cities. The Aim of this study was to assess the satisfaction of midwives as one of the key providers.

Methods: This was a national cross-sectional study. The study population was midwives working in FPRS through the country. A random sample of midwives responded to a standard questionnaire. Satisfaction was assessed in 4 different areas: contracts, implementation, facilities and housing conditions. Data were analyzed by SPSS software.

Results: In all 1772midviwes participated in the study. Most respondents were women (99.8%), married (64.5%); aged between 21 to 40 years (97.1%) and worked in rural areas (62.1%). The satisfaction with contract was very low (8.7%). Satisfaction with program implementation was 9.6%. Satisfaction with facilities ranged from 16.0 to 27.6%. Satisfaction with housing condition ranged from 4.0 to 44.2%.

Conclusion The study findings indicated that the midwives' satisfaction with the program was low. It seems that improving housing condition is a key point in service continuity in deprived and remote areas of the country.

Key Words: Family physician, referral system, midwife, Satisfaction, Iran

[*] Corresponding author: Iranian Institute for Health Sciences, Research, ACECR, Tehran, IR Iran
Tel: 99651879
E-mail: fmaftoon@ihsr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.7.4]