میزان رضایتمندی پزشکان خانواده از "برنامه پزشک خانواده" در استان همدان

سعادت ترابیان[1]، محمدعلی چراغی[2*]، امیر آذرهمایون[3]

۱. گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

فصلنامه پایش
سال دوازدهم شماره سوم خرداد ـ تیر ۱۳۹۲ صص ۲۹۶-۲۸۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۲/۹
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۵ اردیبهشت ۹۲]

چکیده

تیم سلامت در نخستین سطح خدمات سلامت عهده‌دار ارائه خدمات سلامت به افراد و جامعه تحت پوشش خود است. میزان رضایت پزشک به عنوان رهبر تیم سلامت یکی از عوامل اساسی در اجرای درست طرح پزشک خانواده است. در این مطالعه به بررسی میزان رضایت پزشکان از برنامه پزشک خانواده پرداخته شده است. طرح حاضر یک مطالعه مقطعی بود که به صورت طرح تحقیقی تداومی از نوع کیفی کمی ترتیب داده شد. در این مطالعه از روش مصاحبه فردی عمیق نیمه ساختارمند و پرسشنامه استفاده شده است، به منظور تعیین میزان رضایت پزشکان خانواده، کلیه پزشکان خانواده استان همدان در سال ۱۳۸۹ مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت ۱۲۱ پرسشنامه به صورت سرشماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه، میزان رضایت پزشکان از موارد مختلف در طرح پزشک خانواده، مطرح شده در پرسشنامه‌ها، پایین بود، صورتی که تعداد ۵۷ نفر (۴۷/۹ درصد) از برنامه پزشک خانواده کاملاً ناراضی بودند. در مطالعه حاضر، سطح رضایت پایین پزشکان نه تنها باعث آسیب به اجرای طرح می‌شود، بلکه باعث کاهش سطح سلامت و بهداشت جامعه نیز خواهد شد. بنابراین لازم است مسئولان محترم پیش از انتشار طرح به جمعیت‌های شهری در جهت رفع علل نارضایتی تلاش کنند.

کلیدواژه‌ها: رضایت شغلی، پزشک خانواده، استان همدان

[*] نویسنده پاسخگو: همدان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، گروه پزشکی اجتماعی
تلفن :۳۵۵۴۸۵ -۰۸۱
E-mail: toraian_s@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.3.7.0]

مقدمه

امروزه منابع انسانی، سرمایه‌های بنیادی سازمان‌ها و منشأ هرگونه تحول و نوآوری در آنها محسوب می‌شوند[۱]. رضایت شغلی شامل احساس یک کارمند مبنی بر رضایت یا عدم رضایت در زمینه شغل خود است[۲]. به بیانی دیگر، خشنودی شغلی به مجموعه‌ای از احساسات سازگار و ناسازگار فرد نسبت به کار گفته می شود که کارکنان با این احساسات به کار و وظیفهٔ در دست انجام، می‌نگرند [۳] که به نوبه خود، سبب افزایش کارآیی و احساس رضایت فردی می‌گردد[۴،۵]. با بررسی میزان رضایت از شغل می‌توان موارد ایجاد نارضایتی و یا عوامل ایجاد رضایت بیشتر را شناخت و در جهت تعدیل یا تغییر شیوه‌های مدیریت گام برداشت[۶]، تا با ایجاد رضایت بیشتر، بازده کاری بهتری بدست آورد[۷]، و کارکنان کوشاتری در اختیار داشت. به اعتقاد مازلو و سایر انسان‌گرایان تنها زمانی که نیازهای اساسی‌تر و مبنا، حداقل به صورت نسبی برآورده شود، نیازهای سطح بالاتر مورد توجه قرارمی‌گیرند[۸]. طبق دیدگاه فردریک هرزبرگ عواملی که به رضایت شغلی منجر می‌شوند جدا و متمایز از آن‌هایی هستند که به نارضایتی شغلی می‌انجامند. بنابراین مدیرانی که در پی حذف عواملی هستند که باعث نارضایتی شغلی می‌شوند، می‌توانند آرامش را به سازمان بازگردانند، ولی به طور حتم باعث انگیزش یا تشویق افراد برای فعالیت نمی‌شوند[۹،۱۰]. سلامت و امنیت از حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه بوده که دولت موظف به تأمین آنها با رعایت اصل عدالت است. بر اساس بند (ب) ماده ۹۱ برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، تا پایان برنامه چهارم باید تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت (پزشک خانواده) و (نظام ارجاع) فراهم شود. برنامه پزشک خانواده از ابتدای سال ۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر با همکاری سازمان خدمات بیمه درمانی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و وزارت بهداشت اجرا شده است[۱۱]. در این برنامه، پزشک عمومی و تیم وی مسئولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را بعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز بعهده دارند، لذا، یکی از مهمترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات و مراقبتهای اولیه بهداشتی است[۱۱]. در کشور ما سهم سلامت از تولید ناخالص ملی ۷/۶ درصد است و این در حالی است که متوسط این شاخص در کشورهای پیشرفته حدود ۱۲درصد است[۱۲]. درحال حاضر سالانه چندین میلیارد ریال صرف اجرای طرح پزشک خانواده می‌شود[۱۳]. لذا در قبال این اعتماد و در اختیار گذاشتن منابع مالی برای اجرای این طرح و محدودیت آن منابع، جدای از مسئله سیاسی و اجتماعی آن، باید اهداف دقیق این طرح که در راس آن، سلامتی مردم است به نحو مطلوبی تأمین گردد[۱۴]. رضایت شغلی در قلمرو خدمات پزشکی و بیمارستانی همواره مورد توجه پژوهشگران بوده است، زیرا نیروی انسانی شاغل در این حوزه، سلامت جامعه را تضمین می‌کند. کیفیت و کمیت کار در این قلمرو با مفهوم کارخانه‌ای آن که عبارت است از کیفیت مطلوب و کمیت بالا با حداقل هزینه و در کمترین زمان، متفاوت است. وارد شدن آسیب به سلامت جسمی و روانی نیروی انسانی متخصص با هدف صرفه جویی در هزینه و تسهیلات، با هیچ دلیلی توجیه‌پذیر نیست[۱۵]. در سالهای اخیر، مطالعات مختلف نشان‌دهنده روند رو به رشد نارضایتی شغلی پزشکان بوده و بررسی‌ها نشان می‌دهد که مواردی نظیر تشریفات اداری بیش از حد، از دست دادن استقلال عمل حرفه‌ای، کاهش انضباط شغلی و پاره‌ای نارضایتی‌های شخصی از حرفه پزشکی، موجب شده‌اند بسیاری از پزشکان، مانند گذشته از شغل خود رضایت نداشته باشند[۱۶]. بررسی‌های اواخر قرن بیستم و اوایل قرن بیست‌ویکم نشان داد که ۳۰ تا ۴۰ درصد از پزشکان اگر دوباره بخواهند درباره آینده‌شان تصمیم بگیرند، پزشکی را انتخاب نمی‌کنند و درصد بالاتری نیز هرگز فرزندانشان را برای طبیب شدن تشویق نخواهند کرد[۱۶]. مطالعات مختلفی در ایران و سایر کشورها به بررسی رضایت شغلی و عوامل مرتبط با آن در گروه های مختلف شغلی مرتبط با سلامت پرداخته اند ولی در رابطه با رضایت شغلی پزشکان خانواده تاکنون مطالعه جامعی در ایران صورت نگرفته است[۱۷]. بنابراین مطالعه حاضر امیدوار است با سنجش سطح رضایتمندی ارائه دهندگان خدمت، به تبیین وضعیت موجود پرداخته و دیدی واقع بینانه در مورد مشکلات موجود طرح در اختیار مسولان امر قرار دهد.

مواد و روش کار

در این مطالعه مقطعی، با استفاده از روش تلفیقی تداومی کیفی کمّی (Qualitative-quantitative sequential Triangulation) کلیه پزشکان خانواده طرف قرارداد با برنامه پزشک خانواده در استان همدان در سال ۱۳۸۹ مورد بررسی قرار گرفتند. گردآوری داده‌ها به صورت تلفیقی با استفاده از روش‌های مصاحبه عمیق نیمه ساختارمند فردی و پرسشنامه انجام شد. این مطالعه در دو مرحله انجام شد: در ابتدا مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوا صورت گرفت.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.3.7.0]

برای این منظور، پس از شناسایی مطّلعان کلیدی؛ مصاحبه‌های نیمه ساختارمند فردی توسط محقق اصلی با پزشکانی که حداقل به مدت شش ماه به عنوان پزشک خانواده در مراکز بهداشت روستایی فعال بوده‌اند در محل خدمتشان و یا در دفتر کار مجری طرح انجام شد. در بخش کیفی مطالعه به کنکاش موضوع در بستر طبیعی بر اساس فلسفه طبیعت‌گرایانه پرداخته شد، برای این منظور مراحل زیر دنبال شد:

- تعریف و تعیین مطلعان کلیدی که می‌توانند غنی‌ترین و متناسب‌ترین داده‌ها را به پژوهشگران بدهند.
- انجام صحبت مقدماتی با مطلعین یا مشارکت‌کننده(ها) در مورد اهداف تحقیق، چگونگی مصاحبه، تنظیم زمان و مکان انجام مصاحبه با توافق طرفین، شرح قوانین و مقررات اخلاقی و فنی مترتب بر جریان مصاحبه و چگونگی استخراج داده‌ها از متن مصاحبه و ....
- استفاده از دستگاه ضبط دیجیتالی برای رفع محدودیت‌های استفاده از نوار کاست و شیوه سنتی انجام مصاحبه
- انجام مصاحبه، پیاده کردن متن مصاحبه بر روی کاغذ در اولین فرصت ممکن و حتی الامکان همان روز برای یادآوری‌نویسی‌های (Memoing) زنده و تازه از فضای حاکم بر مصاحبه و مفروضاتی که در ذهن پژوهشگر نقش بسته و هادی مصاحبه‌های بعدی با همان مشارکت‌کننده یا مشارکت کننده دیگر خواهد بود.
- کدگذاری خط به خط متن مصاحبه پیاده شده بر روی کاغذ و جمع بندی کدها و انجام تجزیه و تحلیل جامع بر روی هر مصاحبه برای رسیدن به خوشه‌بندی مضمونی و انجام تکنیک‌های مربوط به اعتبار و روایی در تحقیقات کیفی
- پیگیری مصاحبه‌های بعدی بر اساس داده‌های هادی مصاحبه قبلی و رعایت اصل مقایسه مداوم در جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل همزمان داده‌ها تا رسیدن به اشباع در داده‌ها به عنوان نقطه ختم انجام مصاحبه‌ها.
- هدایت جریان مطالعه تا ختم آن بر اساس نمونه‌گیری نظری مبتنی بر تمامی مفروضات مستخرج مخالف یا موافق مفروضات کنونی برای پوشش تمامی جوانب موضوع و پرهیز از هر گونه یک سونگری از سوی پژوهشگر به عبارت روشن‌تر، محقق کیفی در این مرحله مرتباً از خود سئوال می‌کند که آیا مقوله‌های مستخرج کنونی کامل‌ترین جوانب مفهومی در خصوص پدیده مورد مطالعه است یا اینکه نیاز هست تا جوانب دیگری هم پوشش داده شود؟

به پزشکان اطمینان داده شد که نتایج مصاحبه در اختیار هیچ فردی قرار نخواهد گرفت و صداهای ضبط شده پس از استفاده پاک خواهند شد. پزشکان شماره‌گذاری شده و نتایج مصاحبه به تفکیک کد هر پزشک گزارش شد. به علاوه، در پایان این بخش برای تکمیل سؤلات ذهنی پژوهشگر، نتایج و موضوع های کلی با مصاحبه شوندگان درمیان گذاشته شد تا تمامی جوانب موضوع و مضمون‌ها مورد پوشش قرار گیرد. در مرحله دوم، بر اساس تم‌ها یا درون مایه‌های اصلی مستخرج از مصاحبه‌ها، پرسشنامه خود ایفا طراحی شد. این بخش از مطالعه از اصول پژوهش کمّی پیروی کرده و به منظور تعیین روایی پرسشنامه، در اختیار چند نفر از پزشکان خانواده و نیز سه تن از اعضای هیات علمی دانشگاه قرار گرفت، و پس از تغییر و اصلاحات لازم، کل پزشکان خانواده در استان به صورت سرشماری مورد پرسش قرار گرفتند. سؤالات پرسشنامه شامل دو بخش کلی اطلاعات دموگرافیک و سؤال‌های مربوط به رضایتمندی بود. سؤالات مربوط به عوامل تاثیرگذار بر رضایت شغلی شامل ۱۲۴ سؤال با طیف لیکرت چهار تایی بود که بیشترین میزان نارضایتی عدد چهار و کمترین آن عدد یک را شامل می‌شد. سؤال‌ها در ۱۷ حیطه کلی (جدول شماره ۲) طبقه‌بندی شد. پایایی این سؤالات با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۹۶ درصد بود. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها نتایج به دست آمده توسط نرم افزارSPSS با استفاده از آزمون Chi Square, T-Test, Mann-Whitney، همبستگی Spearman و رگرسیون رتبه‌ای (ordinal) آنالیز گردید. آلفای کمتر از ۵ درصد به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

پایایی پرسشنامه به روش محاسبه که همبستگی درونی (α =۰/۹۶) تأیید شد. در این مطالعه از ۱۹۸ پرسشنامه ارسالی ۱۲۱ پرسشنامه توسط پزشکان تکمیل و بازپس فرستاده شد (میزان پاسخ دهی= ۶۱/۱ درصد). مشخصات دموگرافیک افراد تحت مطالعه در جدول شماره ۱ خلاصه شده است. جوان‌ترین پزشک ۲۵ سال و مسن‌ترین ۵۸ سال داشت. اکثریت جمعیت مورد مطالعه را زنان تشکیل می‌دادند و بیشتر پزشکان، متأهل بودند. از ۷۵ نفر پزشک متأهل، از میان متأهلان (۴۳ نفر)، بدون فرزند بودند. بیشتر پزشکان، معادل ۵۹ نفر (۵۱/۳ درصد) استخدام قراردادی بودند (جدول۱). از کل پزشکان، ۷۲ نفر (۶۲/۱ درصد) سابقه کار به عنوان مدیر مرکز بهداشتی درمانی را داشتند. بر اساس اطلاعات اعلام شده، ۶۲ نفر (۵۲/۱ درصد) در مراکز روستایی، ۳۵ نفر (۲۹/۲ درصد) در مراکز شهری ـ روستایی، و ۱۴ نفر (۱۱/۸درصد) در درمانگاه شبانه‌روزی اشتغال داشتند که جمعیت تحت پوشش ۹۷ نفر (۸۷/۴ درصد) آنها روستایی بود. در این بررسی در مورد میزان رضایت کلی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.3.7.0]

از طرح پزشک خانواده سؤال شد که تعداد ۵۷ نفر (۴۷/۹ درصد) کاملاً ناراضی بودند (نمودار شماره ۱). ابعادی که بر روی رضایت از شغل تاثیرگذار بوده اند در جدول شماره ۲ به ترتیب اهمیت آورده شده اند. همانگونه که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌گردد، در این بررسی بیشترین دلیل نارضایتی پزشکان نارضایتی از ساعت کاری پزشک خانواده با میانگین نارضایتی (۳/۵۸(± ۷۴/) و کمترین علت نارضایتی روابط پرسنلی پزشک و کارشناسان مرکز با میانگین نارضایتی (۲/۱۷(± ۱/۰۳) می‌باشد. در این مطالعه از پزشکان در مورد تمایلشان به ادامه کار به عنوان پزشک خانواده سؤال شد که تعداد ۵۴ نفر (۴۷/۴ درصد) کاملاً بی‌تمایل بودند (نمودار شماره ۲). با استفاده از آزمون من ویتنی، میزان تمایل به ادامه کار در خانم‌ها به طور معناداری از آقایان کمتر بود (P=۰/۰۰۸). با استفاده از آزمون اسپیرمن، عدم تمایل به کار کردن، با میزان نارضایتی همبستگی مثبت و معنی‌دار در حد ۷۹درصد داشت (P< ۰۰۰۱). از آنجایی که از نظر بیشتر متغیرهای بررسی شده در جدول شماره۱، بین پزشکان زن و مرد تفاوت معنی‌دار مشاهده شد، رابطه این متغیرها و میزان رضایت کلی در مدل رگرسیون رتبه‌ای (ordinal) وارد شد. نتیجه رگرسیون بیانگر آن است که جنسیت مستقل از سایر متغیرها بر روی میزان رضایت تأثیرگذار است (P=۰/۰۵) (جدول شماره ۳).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک پزشکان خانواده شاغل در استان همدان

مشخصات دموگرافیک	تعداد (درصد)
متوسط سن (سال)، میانگین، انحراف معیار	۳۱/۷۵ (۵/۴)
متوسط سابقه کار (سال)، میانگین، انحراف معیار	۴/۴۳ (۳/۷)
متوسط سابقه پزشک خانواده (سال)، میانگین، انحراف معیار	۲/۷۳ (۱/۶)
سابقه مدیریت مرکز (ماه)	۷۲ (۶۲/۱)
سابقه کار در مراکز بیتوته (ماه)	۴۹ (۴۰/۸)
جنس	
مرد	۵۵ (۴۵/۵)
زن	۶۶ (۵۴/۵)
تأهل	
متاهل	۷۵ (۳۸)
مجرد	۴۶ (۶۲)
وضعیت استخدام	
طرح / پیام آور	۴۰(۳۴/۸)
قراردادی	۵۹ (۵۱/۳)
رسمی / پیمانی	۱۶(۱۳/۹)

جدول ۲: فراوانی نقطه نظرات ۱۲۱ پزشک خانواده در مورد ابعاد مرتبط به برنامه پزشک خانواده به ترتیب اولویت

	کاملاً ناراضی تعداد (درصد)	تاحدودی ناراضی تعداد (درصد)	تاحدودی راضی تعداد (درصد)	کاملاً راضی تعداد (درصد)	نارضایتی (میانگین، انحراف معیار)
ساعت کاری پزشک خانواده	۸۳(۷۰/۳)	۲۳(۱۹/۵)	۹(۷/۴)	۳(۲/۵)	۳/۵۸(۰/۷۴)
فرایند کنونی پرونده سلامت	۷۷(۶۵/۸)	۲۶(۲۲/۲)	۹(۷/۷)	۵(۴۳/۳)	۳/۵۰(/۸۱)
میزان و پرداخت حقوق	۷۹(۶۶/۴)	۲۴(۲۰/۲)	۱۱(۹/۲)	۵(۴/۲)	۳/۴۹(/۸۳)
فرایند ارجاع	۷۰(۵۸/۸)	۲۲(۱۸/۲)	۱۸(۱۵/۱)	۹(۷/۶)	۳/۲۹(/۹۸)
فرایند پایش پزشک	۶۵(۵۵/۱)	۳۰(۲۵/۴)	۱۴(۱۱/۹)	۹(۷/۶)	۳/۲۸(/۹۵)
قوانین طرح پزشک خانواده *	۵۶(۴۷/۵)	۳۶(۳۰/۵)	۲۱(۱۷/۸)	۵(۴/۲)	۳/۲۱(/۸۸)
امکانات رفاهی مرکز برای پزشک	۶۱(۵۱/۳)	۲۳(۱۹/۳)	۳۱(۲۶/۱)	۴(۳/۴)	۳/۱۸(/۹۳)
امکانات تشخیصی-درمانی مرکز	۴۱(۳۴/۵)	۳۷(۳۱/۱)	۳۵(۲۹/۴)	۶(۵/۰)	۲/۹۵(/۹۱)
رفتار مردم با پزشک	۳۵(۲۸/۹)	۲۷(۲۲/۷)	۴۹(۴۱/۲)	۸(۶/۷)	۲/۷۵(/۹۵)
اجرای دستورعمل های بهداشتی توسط پزشک†	۲۶(۲۲)	۳۸(۳۲/۲)	۴۵(۳۸/۱)	۹(۷/۶)	۲/۶۹(/۹۳)
آموزش های ضمن خدمت	۲۴(۲۰/۹)	۳۸(۳۳)	۴۱(۳۵/۷)	۱۲(۱۰/۴)	۲/۶۴(/۹۲)
همکاری بهورزها با پزشک	۲۶(۲۱/۸)	۳۴(۲۸/۶)	۴۵(۳۷/۸)	۱۴(۱۱/۸)	۲/۶۱(۰/۹۵)
انجام سیاری	۲۸(۲۴/۶)	۲۴(۲۱/۱)	۵۰(۴۳/۹)	۱۲(۱۰/۵)	۲/۶۰(/۹۷)
آموزش مسایل سلامتی در طول دوره پزشکی	۲۵(۲۱)	۳۶(۳۰/۳)	۴۰(۳۳/۶)	۱۸(۱۵/۱)	۲/۵۷(/۹۸)
انجام کارهای بهداشتی	۲۳(۱۹/۷)	۳۰(۲۵۶/۶)	۵۳(۴۵/۳)	۱۱(۹/۴)	۲/۵۶(/۹۱)
عملکرد مسولان	۲۶(۲۲)	۲۵(۲۱/۲)	۴۹(۴۱/۵)	۱۸(۱۵/۳)	۲/۵۰ (۱/۰)
رابطه پرسنل مرکز با پزشک	۱۹(۱۵/۷)	۱۹(۱۵/۷)	۴۷(۳۸/۸)	۳۶(۲۹/۸)	۲/۱۷ (۱/۰۳)

* از جمله: وجود تناقض بین قوانین شبکه بهداشت و قوانین بیمه؛ کم بودن مبلغ ویزیت بیماران؛ تغییر مداوم قوانین؛ عدم هماهنگی با مراکز تشخیصی و درمانی برای اجرای برنامه

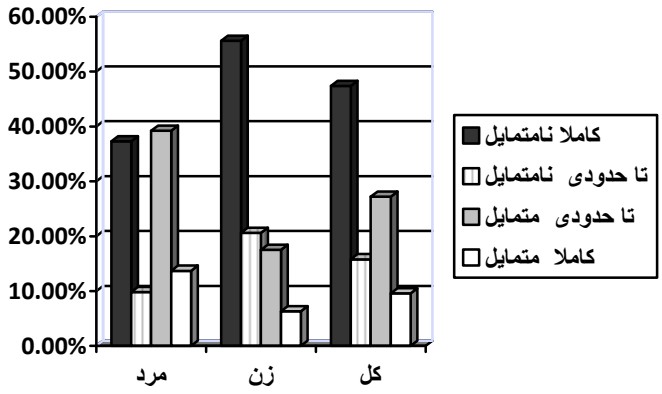
† زیر مجموعه کارهای بهداشتی است

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.3.7.0]

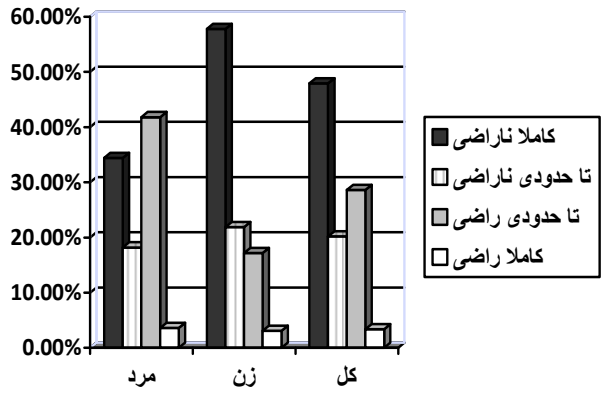
جدول ۳: نتایج تاثیر متغیرهای مختلف بر رضایتمندی کلی پزشکان خانواده در تحلیل رگرسیون رتبه ای

	ضریب رگرسیون	خطای معیار	سطح معنادار
جنس	۰/۲۲	۰/۲۲	۰/۰۵
سن	-۰/۱۹	۰/۰۴	۰/۳۹
وضعیت تاهل	-۰/۰۲	۰/۲۲	۰/۸۵
تعداد فرزند	-۰/۰۶	۰/۱۶	۰/۵۹
سابقه کار به عنوان پزشک خانواده	-۰/۱۶	۰/۰۸	۰/۲۳
کل سابقه کار به عنوان پزشک	۰/۲۰	۰/۰۵	۰/۳۵
وضعیت استخدامی	۰/۱۵	۰/۲	۰/۲۸

نمودار ۱ : فراوانی میزان نارضایتی از کار کردن به عنوان پزشک خانواده در پزشکان مورد مطالعه



نمودار ۲ : فراوانی میزان عدم تمایل پزشکان به کار کردن به عنوان پزشک خانواده



[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.3.7.0]

بحث

این مطالعه با هدف تعیین میزان رضایتمندی پزشکان از طرح پزشک خانواده در استان همدان انجام شد. در مطالعه حاضر، در مجموع ۱۲۱ پزشک عمومی وارد مطالعه شدند. به طور کلی ۵۷ نفر(۴۷/۹ درصد) از کار به عنوان پزشک خانواده کاملاً ناراضی و تنها ۴ نفر(۳/۴ درصد) رضایت کامل داشتند (نمودار شماره ۱). بنابراین میزان رضایت کلی در این مطالعه بسیار کم می باشد. از آنجا که تاکنون هیچگونه مقاله‌ای در این مورد در ایران منتشر نشده است، امکان مقایسه نتایج این مطالعه با سایر پزشکان خانواده محدود است ولی به هر حال میزان کلی رضایت شغلی پزشکان در این مطالعه پایین‌تر از بسیاری از مطالعات دیگر است. به عنوان مثال مطالعه‌ای که نتایج آن در سال ۲۰۰۲ منتشر شده است و رضایت شغلی پزشکان خانواده و عمومی شاغل در آمریکا را در سال های ۱۹۹۶- ۱۹۹۷ مورد ارزیابی قرار داده، میزان عدم رضایت را در پزشکان عمومی ۱۷درصد و در پزشکان خانواده حدود ۲۰ درصد عنوان نموده است[۱۸]. در مطالعه ای دیگر که به بررسی میران رضایت پزشکان عمومی دارای مطب در شهر تهران پرداخته است یافته‌ها نشان داد که در مجموع ۱۱ درصد از شرکت‌کنندگان از رضایت زیاد یا خیلی زیاد، ۴۱ درصد از رضایت متوسط و ۴۸ درصد از رضایت کم و یا خیلی کم برخوردار بودند [۱۹]. در یک مطالعه توصیفی که به بررسی رضایت شغلی در میان پزشکان عمومی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی در سطح شهرستان کرمانشاه پرداخته بود میانگین نمره رضایت‌مندی به دست آمده (۷/۷۲±) ۴۴/۱۰ بود که نشان از رضایت شغلی خوب آنان بود[۲۰]. در مطالعه‌ای در شهر همدان، به تعیین رضایت شغلی پزشکان اورژانس شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان پرداخته شده‌است. در بررسی رضایت کلی جامعه مورد مطالعه؛ ۱۹/۱درصد این افراد؛ دارای رضایت خوب بودند[۲۱]. میزان رضایتمندی پزشکان در این بررسی حتی از سایر مشاغل گروه پزشکی نیز کمتر است به عنوان مثال در یک مطالعه بر روی بهورزان شاغل در خانه های بهداشت مرکز بهداشت شهرستان کاشان، ۴۱/ ۶ درصد از بهورزان از شغل خود ناراضی، ۵۰/۵ درصد راضی و ۸/۹ درصد رضایتی در حد متوسط داشتند[۲۲]. در مطالعه حاضر ۵۴ نفر (۴۷/۴ درصد) هیچگونه تمایلی به ادامه کار به عنوان پزشک خانواده نداشتند (نمودار ۲). که مجددا بیانگر نارضایتی بالا از کارکردن به عنوان پزشک خانواده است. در مطالعه مفتون و همکاران[۲۳]، این میزان ۳۶/۸ درصد بود. برخی از پزشکان مورد بررسی در این مطالعه آینده امیدوارکننده‌ای برای برنامه پزشک خانواده متصور نبودند و بیان داشتند که به دلیل اجرای نادرست و بی‌توجهی به مسایل آن، مشکلات روز به روز بیشتر شده است. (در این سیستم چیزی که داره ابلاغ میشه پیاده نشده، یعنی این سیستم ارجاع بعد از حدود ۴ سال اصلا جا نیفتاده. به هیچ هدفشون نرسیدن، توی این چند سال پزشک خانواده رو به بدتر شدن رفته که رو به بهتر شدن نرفته. ما سال اول این همه مشکل نداشتیم. به جای این که فرهنگ‌سازی بشه وضعیت بدتر شده) در مطالعه مفتون و همکاران به عنوان تنها مطالعه مشابه کشوری[۲۳]، نیز میزان رضایت از موارد مختلف مربوط به طرح پزشک خانواده پایین گزارش شده است. به طوری که تنها ۲۰/۱ درصد، زمان پرداخت حقوق را مطابق قرارداد ذکر کردند. همچنین ۷/۷ درصد پزشکان ازکل مبلغ قرارداد یا احکام حقوقی راضی و یا خیلی راضی بودند و ۶۳/۷ درصد از نحوه کسورات ناشی از پایش و ارزشیابی رضایت کم و یا بسیار کم داشتند. و به طور کلی، میزان رضایت" بسیار زیاد یا زیاد" پزشکان، از مفاد قرارداد در غالب موضوعات قرارداد یا احکام کمتر از ۲۰ درصد، از ابعاد پایش و ارزیابی کمتر از ۴۰ درصد، و از تناسب حجم کار و زمان کاری حدود ۱۰ درصد بود. میزان مواجهه با تقاضاهای بی مورد تجویز دارو و ارجاع و استفاده از دفترچه سایرین به ترتیب بیش از ۸۱ ، ۸۵ و ۵۷ درصد

منابع

گزارش شده است. و نهایتاً مهمترین علل عدم تمایل به ادامه اشتغال در این شغل توسط پزشکان میزان حقوق و حجم کار گزارش شد. در مطالعه حاضر، مهمترین عامل‌های نارضایتی از نظر پزشکان، نارضایتی از ساعت کاری پزشک خانواده؛ مشکلات پرونده سلامت؛ میزان و نحوه پرداخت حقوق؛ فرایند ارجاع؛ فرایند پایش پزشک؛ و قوانین حاکم بر طرح پزشک خانواده بود. با توجه به نقش ویژه پزشکان به عنوان مدیر تیم سلامت، کاهش رضایت و انگیزه پزشکان نه تنها اجرای طرح را با مشکل روبرو می‌کند بلکه سبب کاهش سطح سلامت جامعه می‌گردد. به نظر می‌رسد موارد مشاهده شده در این بررسی محدود به استان همدان نیست و در سایر استان‌ها نیز ممکن است قابل مشاهده باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود با انجام مطالعات مشابه در سایر استان‌های کشور و مقایسه نتایج آن، اقدامات و تغییرات لازم جهت افزایش رضایت پزشکان و اجرای بهتر طرح پزشک خانواده پیش از توسعه آن به شهرها انجام شود. از جمله مشکلات موجود در پژوهش حاضر، تعداد زیاد سؤال‌های پرسشنامه و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.3.7.0]

پاسخ دهی پزشکان خانواده به پرسشنامه بود که با همکاری صمیمانه و پیگیری مسولان محترم معاونت بهداشتی استان و شهرستان‌های تابعه تا حد قابل توجهی برطرف شد.

سهم نویسندگان

سعادت ترابیان: مجری طرح و نویسنده مقاله
محمدعلی چراغی: مشاور طرح و بازبینی مقاله
امیر آذرهمایون: بررسی متون

منابع

1. Mirsepasi N. Strategic management of human resources and communication with regard to globalization. 24th Edition. Tehran: Mir publication, 2005[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: 402-5
3. Sullivan P. Buske, L. Results from CMA's huge 1998 physician survey point to a dispirited profession. Can Canadian Medical Association Journal 1998; 159: 525-8
4. Ziaee V, Ahmadinejad Z, Morravedje AR. An evaluation of medical students' satisfaction with clinical education and its effective factors. 1st Edition, Tehran University of Medical Sciences: Tehran publication, 2006 [Persian]
5. Hyppola H. Becoming a doctor – was it the wrong career choice? Social Science Medicine 1998; 4: 1383-87
6. Ranaei F. Job satisfaction in Managers and head nurses in different ward of hospitals in Rasht district and related causes. Ms Dissertation of health sciences, Tehran University of medical sciences, 2001[Persian]
7. Gharbifard F. Job satisfaction in nurses working in ICU's of Rajaei and Shariati hospitals in Tehran and related causes. Ms Dissertation of health sciences, Tehran University of medical sciences, 1999. [Persian]
8. Mobley WH. Employee Turn Over: Causes and Consequences. 2nd Editon, Addison-Wesley Publishing Company: Massachusetts, 1994
9. Robbins SP. Organizational behavior. 2nd Edition, Translated by Ali Parsaian, Mohamad A'arabi, Tehran. Daftare Pajuheshhaye Farhangi publication: Tehran, 2000 [Persian]
10. Paice E, Aitken M, Cowan, G, Heard S. Trainee satisfaction before and after the calman reforms of specialist training: question native survey. British Medical Journal 2000; 320: 832- 36
11. Health services management team. Guidelines for Family physician and rural insurance. 10th version revised: Tehran. Ministry of Health (MOH) publication, 2009 [Persian]
12. Report of WHO Expert committee on data and statistics, NHA ratios and per capita level",2000-2005. [Retrieved 15.8.2010, from http://www.who.int/nha/country/en/index.html]
13. Sazmane nezam pezeshki. hot chair for ministry of welfare; [cited: 2010 Nov] [Retrieved 11.6.2010, from http://www.irimc.org/Magazines/ViewSection.aspx?id=4975]
14. Report of Fars news, Minister of health and medical education, cited 2008 Aug 9. [Retrieved 20.8.2010, from http://www.farsnews.net/newstext.php?nn=8907260087]
15. Habib S, Shirazi MA. Job satisfaction and mental health in staff from a general hospital. Iranian Psychiatry and Clinical Psychology 2003; 32: 64-73
16. Sazmane nezam pezeshki. Decreased physician satisfaction; why?; [Retrieved 14.3.2010, from http://www.irimc.org/Magazines/ViewSection.aspx?id=6229]
17. Alipour A, Habibian N, Tabatabaei HR. Evaluation the impact of family physician care Program on Family Planning in Sari from 2003 to 2007. Iranian Journal of Epidemiology 2009; 5: 47-55 [Persian]
18. DeVoe J, Fryer Jr GE, Hargraves JL, Phillips RL, Green LA. Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care? Journal Family Praticet 2002; 51:223-8
19. Ebadi M, Montazeri A, Azin A, Shahidzade A, Harirchi AM, Baradaran HR, Yurdkhani F. Job satisfaction in general physicians having office in Tehran. Payesh 2005; 4: 189- 95 [Persian]
20. khazaei MR, Khazaei M, Rezaei M, Hoseini M. Job satisfaction in general physicians working in Kermanshah university of medical sciences and related causes. Behboud 2009; 13: 182-3 [Persian]
21. Kordian S. Job satisfaction in physicians working in emergency departments of educational hospitals of hamadan university of medical sxiences. MD dissertation, Hamadan University of medical sciences, 2010 [Persian]
22. Reisi P, Kebriaei A. Job satisfaction in Behvarzes working in health houses. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2000; 5: 51-61 [Persian]
23. Maftun F, Aeinparast A, Montazeri A, Farzadi F, Jahangiri K. Rural insured people and care providers' satisfactions in Family Medicine and Referral Program. 1th Edition, Medical Services Insurance Organization publication: Tehran 2010 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.3.7.0]

ABSTRACT

Family physician program: physicians' satisfactions in Hamadan, Iran

Saadat Torabian [1], Mohamad Ali Cheraghi [2*], Amir Azarhomayoon[3]

1. Department of Community Medicine, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2013; 12: 289-296
Accepted for publication: 28 April 2012
[EPub a head of print-15 May 2013]

Objectives: Physicians' satisfaction is essential for proper implementation of Family physican program. This study aimed to assess physicians' satisfaction in Hamedan, Iran.
Methods: This was a cross-sectional study. Data were collected by interview and questionnaire. In order to measure physicians' satisfactions all family medicine physicians in Hamadan province were surveyed.
Results: In all 121 physicans were studied. Physicians' satisfactions for most items were low. For instance, 57 (47.9%) were very dissatisfied with the program..
Conclusion: The findings suggest that physicans satifaction with family physican program is very low and this might not only lead to damages the program, but also may cause decrease in community health status. Indeed, it is essential improve physicans' satisfaction prior to expanding the program.

Key Words: Job satisfaction, Family physician, Hamadan Province

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.3.7.0]

* Corresponding author: Department of Community Medicine, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
Tel:081 355485
E-mail: torabian_s@yahoo.com