

بررسی عوامل فردی، سازمانی و محیطی بر ماندگاری پزشکان خانواده

در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

احمد جمالی زاده ^۱، زینب حیدری پور ^۱، مصطفی نصیر زاده ^۲، نجمه طالبی زاده ^۳، مهدی رضایی ^۴، علی احمدی ^۵، فاطمه نژاد ترشاب ^۶، زهرا اسماعیلی ^۷، مینا حسینی ^{۸*}

- ^۱ پزشک عمومی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان، رفسنجان، ایران
- ^۲ استادیار، مرکز تحقیقات محیط کار، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان، رفسنجان، ایران
- ^۳ کارشناس ارشد میکروبیولوژی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان، رفسنجان، ایران
- ^۴ کارشناس مدارک پزشکی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان، رفسنجان، ایران
- ^۵ کارشناس بهداشت عمومی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان، رفسنجان، ایران
- ^۶ کارشناس مامایی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان، رفسنجان، ایران
- ^۷ کارشناس پرستاری، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان، رفسنجان، ایران
- ^۸ کارشناس ارشد آمار زیستی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان، رفسنجان، ایران

* نویسنده مسؤؤل: مینا حسینی
mina.amarzisti@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: از مهمترین عوامل در اجرای صحیح برنامه پزشک خانواده روستایی برای افزایش دسترسی عادلانه افراد جامعه به خدمات سلامت، ماندگاری پزشکان در این برنامه می باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل فردی، سازمانی و محیطی بر ماندگاری پزشکان خانواده در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان سال ۱۳۹۷ انجام گردید.

روش پژوهش: مطالعه توصیفی تحلیلی حاضر به صورت تمام شماری در میان پزشکان خانواده فعال (از سال ۱۳۹۲ تا سال ۱۳۹۶) در برنامه پزشک خانواده روستایی شهر رفسنجان انجام گردید. ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه طراحی شده توسط کارشناسان با تجربه در برنامه پزشک خانواده بود که در ۳ بخش عوامل فردی، سازمانی و محیطی طراحی گردید. روایی و پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ مورد تایید قرار گرفت. تحلیل داده ها به کمک نرم افزار SPSS₁₆ و با استفاده از آزمون های آماری مجذور کای و رگرسیون لجستیک انجام گردید.

یافته ها: ۵۳ نفر (۸۴ درصد) از پزشکان شرکت کننده زن و ۱۰ نفر (۱۶ درصد) مرد بودند. میانگین سنی آنان ۳۲/۶۲ سال و میانگین سابقه همکاری آنان ۳۶/۸۳ ماه بود. بین علاقه مندی به ادامه تحصیل در مقطع تخصص، متأهل نبودن، استفاده از بیتوته و علاقه مندی به انجام کار انتفاعی با عدم ماندگاری پزشکان رابطه آماری معنی داری مشاهده گردید ($p < 0/05$). رگرسیون لجستیک میزان علاقه مندی پزشکان به ادامه تحصیل را به عنوان مهمترین عامل در عدم ماندگاری پزشکان نشان داد.

نتیجه گیری: در صورتیکه تمهیداتی برای تامین نیازهای آموزشی و اسکان مناسب پزشکان در نظر گرفته شود، پزشکان برای همکاری در برنامه پزشک خانواده، علاقه مندی بیشتری خواهند داشت.

واژه های کلیدی: پزشک خانواده، رضایتمندی، شبکه های بهداشتی، ماندگاری پزشکان

کاربرد مدیریتی: ترغیب پزشکان برای همکاری در برنامه پزشک خانواده با شناخت عوامل تاثیر گذار بر ماندگاری آنان

ارجاع: جمالی زاده احمد، حیدری پور زینب، نصیرزاده مصطفی، طالبی زاده نجمه، رضایی مهدی، احمدی علی و همکاران. بررسی عوامل فردی، سازمانی و محیطی بر ماندگاری پزشکان خانواده در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۹؛ ۱۵(۱): ۳۱-۳۳.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۱۴

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۹/۰۲/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۳/۱۰

مقدمه

از مهمترین اهداف نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در هر کشور، می توان به افزایش سطح سلامت همه مردم اشاره کرد تا بتوانند با برخورداری از سلامت کافی در فعالیت های اقتصادی و اجتماعی مشارکت نمایند (۱). طرح بیمه روستایی از ابتدای سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع، برای دستیابی به هدف ارائه بسته خدماتی شامل نظام مراقبت، کنترل بیماری ها، بیماریابی، غربالگری در زمان مناسب، به جمعیت تحت پوشش، مورد اجرا قرار گرفت (۲). سلامت نگری در طرح پزشک خانواده، محور فعالیت های پزشک خانواده محسوب شده و هدف نهایی این طرح، حفظ و ارتقای سطح سلامت مردم می باشد (۳).

تقسیم نظام مراقبت سلامت به ۳ سطح اول، دوم و سوم از بزرگترین اصلاحات انجام شده برای دستیابی به کارایی و افزایش تأثیر و همچنین ایجاد عدالت و ارتقاء سطح دسترسی همه مردم به خدمات سلامت است. پزشک خانواده پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، همچنان مسئول پیگیری سرنوشت وی نیز می باشد (۴). برنامه پزشک خانواده در برخی کشورهای دنیا اجرا شده و دارای تاریخچه و نتایج مفیدی می باشد. به عنوان مثال در کشور مالزی از سال ۱۹۹۰ به مدت ۴ سال پزشک خانواده اجرا شد. در روسیه نیز پزشک خانواده به عنوان یک تخصص تحصیلی در سال ۱۹۹۲ مورد تصویب قرار گرفت. تقریباً ۵۶ کشور دنیا برنامه رزیدنتی پزشک خانواده را در سال ۱۹۹۷ اجرا نمودند. از آنجا که به کارگیری و توسعه پزشک خانواده نتایج مفیدی برای جمعیت و نیازهای جدید آن ها داشته است، از طرف سازمان جهانی بهداشت به عنوان مرکز تلاش های جهانی برای ارتقاء کیفیت، اثر بخشی، مساوات و کم کردن هزینه ها در سیستم مراقبت سلامت تلقی می گردد. اکنون در بسیاری از کشورها از جمله آمریکای شمالی، اروپای غربی و کانادا نیز پزشک خانواده پایه و اساس ارائه خدمات سلامت و مسؤول تیم سلامت است (۵-۹).

مطالعات در کشورهای توسعه یافته حاکی از آن بود که پزشک خانواده با ۳ شاخص رضایت، سلامت و هزینه مرتبط است و این برنامه در کاهش بستری های بیمارستانی مؤثر بوده است (۱۰). در بیمارانی که به صورت مستمر در طول مدت ۱ سال تحت مراقبت پزشک خود قرار گرفته اند،

بستری در بیمارستان به صورت چشمگیری در سال های بعدی کاهش یافته است (۱۱). به دلیل اینکه رضایتمندی پزشکان خانواده عامل مؤثر بر سطح انگیزش، طول مدت زمان ماندگاری و کمیت و کیفیت ارائه خدمات می باشد همواره نیازمند به سنجش ادواری است (۱۲). پزشکان خانواده ارائه دهندگان اصلی خدمات می باشند و نیازها و توقعاتی از فعالیت های خود در مناطق محروم دارند، در صورتیکه بازخورد مثبتی دریافت ننمایند، امکان دارد به نارضایتی آن ها منجر شود که به دنبال آن، نارضایتی دریافت کنندگان خدمات در حوزه سلامت نیز ایجاد می گردد (۱۳).

بنابراین از آنجا که طرح پزشک خانواده یک تحول مهم در بحث بیمه درمان روستاییان و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و نظام ارجاع در کشور محسوب می گردد، شناسایی مشکلات در راستای اجرای به نحو احسن آن و مرتفع نمودن آن ها و همچنین تلاش برای یافتن نقاط ضعف و قوت این برنامه برای انجام هرچه بهتر این طرح، بسیار ضروری و حائز اهمیت می باشد. لذا این مطالعه به منظور بررسی عوامل فردی، سازمانی و محیطی بر ماندگاری پزشکان خانواده در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان انجام گردید.

روش پژوهش

پژوهش توصیفی تحلیلی حاضر در سال ۱۳۹۷ میان کلیه پزشکان خانواده طرف قرارداد (از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶) با طرح پزشک خانواده روستایی دانشگاه رفسنجان اجرا گردید. بر اساس مستندات گروه مدیریت و توسعه شبکه معاونت بهداشتی دانشگاه، تعداد ۱۰۴ پزشک در طی سال های ۱۳۹۲ الی ۱۳۹۶ با دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در قالب طرح پزشک خانواده روستایی همکاری داشته اند که ۶۳ نفر از آن ها (۶۰/۵۸ درصد) در پژوهش حاضر مشارکت نمودند و ۴۱ نفر (۳۹/۴۲ درصد) به علل عدم علاقه مندی جهت شرکت در پژوهش، عدم دسترسی و عدم پاسخگویی به تماس و ایمیل از مطالعه حاضر خارج گردیدند.

در این مطالعه، گردآوری داده ها با استفاده از پرسشنامه ای شامل ۳ قسمت (بخش اول عوامل جمعیت شناختی و فردی با ۱۸ پرسش از جمله سن، جنسیت، وضعیت بیتوته، علاقه مندی به ادامه تحصیل در مقطع تخصص، علاقه مندی به ماهیت کار در بهداشت، خدمت به محرومین و غیره، بخش دوم عوامل سازمانی با ۸ پرسش از

ضمناً در این پژوهش تلاش گردید هدف به صورت فرد به فرد و شفاف برای پزشکان تشریح گردد و در صورت علاقه‌مندی به همکاری در پژوهش با رضایت آگاهانه، کلیه نظرات آن‌ها به صورت محرمانه جمع‌آوری و ثبت گردد. همچنین این پژوهش با کد اخلاق IR.RUNS.REC.1397.160 در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌ها

از تعداد ۶۳ پزشک مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر، ۵۳ نفر (۸۴ درصد) زن و ۱۰ نفر (۱۶ درصد) مرد بودند. میانگین سنی پزشکان همکار در این مطالعه $32/62 \pm 7/06$ سال و میانگین سابقه همکاری آنان $38/87 \pm 36/83$ ماه (ماکزیمم ۱۵۶ و مینیمم ۲ ماه) به‌دست آمد.

در این مطالعه عوامل جنسیت، سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزند، سابقه همکاری، وضعیت بیتوته، وضعیت سکونت خانوار، علاقه‌مندی به خدمت به محرومین، علاقه‌مندی به ادامه تحصیل در مقطع تخصص، علاقه‌مندی به همکاری با سایر دانشگاه‌ها، علاقه‌مندی به انجام ویزیت‌های بهداشتی، سیاری، علاقه‌مندی به انجام ویزیت‌های درمانی، ماهیت کار بهداشتی، علاقه‌مندی به ۲ شیفت کار، علاقه‌مندی به انجام کار انتفاعی، علاقه‌مندی به دریافت حقوق به صورت پرسی در دسته اطلاعات جمعیت شناختی و فردی، سمت ضمن همکاری، وضعیت خدمت (پزشک طرحی، استخدامی یا قراردادی)، زمان پرداخت حقوق، مبلغ دریافتی، علاقه‌مندی به تشکیل پرونده سلامت برای بیماران، رضایتمندی از میزان کسورات، عادلانه بودن مسئولیت مسئول مرکز، رضایتمندی از ساعات کاری در دسته اطلاعات سازمانی و رضایتمندی از گروه مدیریت، واحدهای ستادی و مدیریت شبکه، رضایتمندی از نحوه پایش، رضایتمندی از فضای فیزیکی و امکانات محل خدمت و پرسنل همکار در مراکز در دسته اطلاعات محیطی مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌های حاصل از آزمون مجذورکای نشان داد بین ماندگاری پزشکان در طرح پزشک خانواده روستایی و ۴ عامل متأهل نبودن ($p = 0/13$)، بیتوته داشتن ($p = 0/23$)، علاقه‌مندی به انجام کار انتفاعی ($p = 0/22$) و همچنین علاقه‌مندی به ادامه تحصیل در مقطع تخصص ($p = 0/17$)، از دسته عوامل جمعیت

جمله داشتن سمت در زمان همکاری، رضایتمندی از میزان حقوق و زمان پرداخت، رضایتمندی از ساعات کاری و تشکیل پرونده سلامت (فیزیکی و الکترونیکی) و بخش سوم عوامل محیطی با ۶ پرسش از جمله رضایتمندی از گروه مدیریت و واحدهای ستادی، نحوه پایش و فضای فیزیکی)، انجام گردید. پرسشنامه مذکور در سال ۱۳۹۷ بر پایه مستندات، منابع علمی، نظرات خبرگان و صاحب نظران از جمله تجارب شغلی مجری طرح تدوین گردید. برای ارزیابی روایی محتوایی از نظر متخصصان در مورد میزان هماهنگی محتوای ابزار اندازه‌گیری و هدف پژوهش، استفاده گردید. برای این منظور ۲ روش کیفی و کمی در نظر گرفته شد. همچنین پایایی درونی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ تأیید گردید ($p = 0/86$).

پرسشنامه‌ها توسط افراد مجرب و آموزش دیده، طی مصاحبه حضوری یا تماس تلفنی، با انجام هماهنگی قبلی برای تعیین زمان و مکان مناسب و همچنین ارائه توضیحات مکفی در خصوص اهداف پژوهش، برای پزشکان خانواده علاقه‌مند به همکاری و در دسترس، تکمیل گردید. مقیاس پاسخ‌دهی سؤالات به صورت لیکرت ۵ قسمتی از ۲۰ تا ۱۰۰ درصد با فاصله ۲۰ درصد بود و اختصاص نمره به صورت نمره ۰ به بازه ۰ تا ۲۰ درصد و نمره ۴ به بازه ۸۰ تا ۱۰۰ درصد صورت گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده بعد از نمره دهی وارد نرم افزار SPSS 16 شد و با استفاده از آزمون مجذور کای، همبستگی بین متغیر ۲ حالتی ماندگاری پزشکان (حالت اول همکاری خود با برنامه پزشک خانواده را ترک کرده‌اند یعنی از برنامه پزشک خانواده کناره گرفته و قرارداد خود را فسخ کرده‌اند و حالت دوم به همکاری خود تا پایان زمان قرارداد ادامه داده‌اند) و متغیرهای هر ۳ بخش عوامل جمعیت شناختی و فردی، عوامل سازمانی و عوامل محیطی در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد بررسی قرار گرفت. همچنین از رگرسیون لجستیک با در نظر گرفتن متغیر ۲ حالتی ماندگاری پزشکان به عنوان متغیر وابسته و سایر متغیرهای مؤثر که همبستگی آن‌ها با استفاده از آزمون مجذور کای معنی‌دار به‌دست آمد، به عنوان متغیرهای مستقل در سطح معنی داری ۰/۰۵ استفاده گردید. همچنین برای متغیرهای هر ۳ بخش، آمار توصیفی نیز ارائه گردید.

شناختی و فردی، ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (جدول ۱). هیچ ارتباط آماری معنی‌داری بین ماندگاری پزشکان در طرح پزشک خانواده با دیگر عوامل مشاهده نگردید ($p > 0.05$).

جدول ۱: توزیع فراوانی عوامل جمعیت شناختی و فردی مؤثر در ماندگاری پزشکان خانواده روستایی رفسنجان

مقدار p	مقدار آماره کای دو	گروه		طبقات	متغیر
		ترک خدمت کرده‌اند (درصد) تعداد	ترک خدمت نکرده‌اند (درصد) تعداد		
۰/۰۱۳**	۶/۲۱	۱۱ (۱۷/۴۶)	۳ (۴/۷۶)	مجرد	وضعیت تأهل
		۲۰ (۳۱/۷۵)	۲۹ (۴۶/۰۳)	متاهل	
۰/۰۲۳**	۵/۰۷	۱۷ (۲۶/۹۸)	۲۶ (۴۱/۲۷)	نداشته‌اند	وضعیت بیتوته
		۱۴ (۲۲/۲۲)	۶ (۹/۵۲)	داشته‌اند	
۰/۰۱۷**	۱۲/۱۰	۶ (۹/۵۲)	۱۴ (۲۲/۲۲)	کمتر از ۴۰ درصد	میزان علاقه‌مندی به ادامه تحصیل در مقطع تخصص (درصد)
		۱۲ (۱۹/۰۵)	۱۴ (۲۲/۲۲)	بین ۴۰ تا ۸۰ درصد	
		۱۳ (۲۰/۶۳)	۴ (۶/۳۵)	بالای ۸۰ درصد	
۰/۰۲۲**	۱۱/۴۶	۵ (۷/۹۴)	۱۸ (۲۸/۵۷)	کمتر از ۴۰ درصد	میزان علاقه‌مندی به انجام کار انتفاعی (درصد)
		۱۸ (۲۸/۵۷)	۹ (۱۴/۲۸)	بین ۴۰ تا ۸۰ درصد	
		۸ (۱۲/۶۹)	۵ (۷/۹۴)	بالای ۸۰ درصد	

* آزمون کای دو

** معنی دار در سطح معنی‌داری $p < 0.05$

تأهل، علاقه‌مندی به ادامه تحصیل در مقطع تخصص، وضعیت بیتوته و علاقه‌مندی به انجام کار انتفاعی، به عنوان متغیرهای پیش بین (مستقل) انتخاب شد، نشان داد مدل به‌طور معنی‌داری پایا بود (مجذور کای = ۲۹/۸۴، درجه آزادی = ۱۰ و $p = 0.001$). مدل برازش داده شده بین ۳۸ تا ۵۰ درصد از واریانس ماندگاری پزشکان را تبیین می‌نمود. ۷۴/۲۰ درصد از پزشکانی که ترک خدمت کرده‌اند به درستی طبقه بندی شده‌اند و ۸۴/۴۰ درصد از پیش بینی‌ها برای پزشکانی که ترک خدمت نکرده‌اند صحیح بود. ضرایب و آماره والد (wald) و درجات آزادی مربوط و مقادیر احتمال برای هر یک از متغیرهای پیش بین ارائه شده است. نتایج نشان داد فقط متغیر علاقه‌مندی پزشکان به ادامه تحصیل در مقطع تخصص به‌طور معنی‌داری عدم ماندگاری پزشکان را پیش بینی می‌نماید و با افزایش علاقه‌مندی به ادامه تحصیل ریسک ترک محل خدمت افزایش می‌یابد (جدول ۳).

در مطالعه حاضر میزان رضایت و علاقه‌مندی پزشکان به طرح پزشک خانواده در حیطه عوامل محیطی، سازمانی و فردی با استفاده از آمار توصیفی مورد بررسی قرار گرفت تا نقاط قوت و ضعف طرح پزشک خانواده از نظر پزشکان این دانشگاه در ۳ حیطه ذکر شده مشخص و عوامل تاثیر گذار بر ریزش پزشکان ملموس‌تر گردد. نتایج نشان داد درصد رضایتمندی پزشکان از عملکرد گروه مدیریت معاونت بهداشتی، واحد مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت، زمان پرداخت حقوق و مزایا، رابطه همکاران و ارتباط آنان در مراکز و فضای فیزیکی محل خدمتشان مطلوب می‌باشد. بیش از ۸۰ درصد پزشکان خدمت رسانی به محرومین جامعه را به عنوان اولویت برتر کاری خود عنوان نمودند. همچنین نتایج حاکی از آن است پزشکان علاقه‌ای به انجام کار به‌صورت ۲ شیفت ندارند و عدم رضایت آنان از میزان کسورات محسوس می‌باشد (جدول ۲).

نتایج حاصل از آزمون رگرسیون لجستیک نیز که در آن عامل ماندگاری به عنوان متغیر وابسته، و وضعیت

جدول ۲: نتایج آمار توصیفی مربوط به عوامل محیطی، سازمانی و فردی

عوامل	عنوان	درصد
محیطی	رضایتمندی پزشکان از عملکرد گروه مدیریت معاونت بهداشتی	۷۷/۸۳
	رضایتمندی پزشکان از عملکرد واحد مدیریت شبکه و ارتقاء سلامت	۷۹/۴۴
	رضایتمندی پزشکان از عملکرد واحدهای ستادی	۷۹/۳۹
	رضایتمندی پزشکان از فضای فیزیکی محل خدمت خود	۷۴/۶۴
	رضایتمندی پزشکان از ارتباط و همکاری بین آنان و سایر پرسنل مراکز سلامت	۹۶/۸۲
	رضایتمندی از نحوه پایش	۵۸/۷۳
سازمانی	رضایتمندی از زمان پرداختها	۶۸/۲۵
	رضایتمندی از میزان کسورات	۳۹/۶۸
	رضایتمندی از میزان مسئولیت‌های محول شده به پزشکان مسئول مرکز	۵۸/۷۳
	رضایتمندی از ساعات کاری	۶۳/۴۹
	علاقه‌مندی به تشکیل پرونده سلامت برای بیماران	۵۳/۹۷
	رضایتمندی از میزان حقوق و مزایای پرداختی	۵۸/۷۳
فردی	عدم علاقه‌مندی به ترک محل خدمت برای همکاری با دانشگاه‌های علوم پزشکی دیگر	۶۹/۷۹
	عدم علاقه‌مندی به ترک محل خدمت برای همکاری با سازمان‌های دیگر	۶۵/۱۳
	علاقه‌مندی به انجام سیاری	۷۱/۴۳
	علاقه‌مندی به انجام ویزیت‌های بهداشتی	۷۳/۰۱
	علاقه‌مندی به انجام ویزیت‌های درمانی	۸۸/۸۹
	علاقه‌مندی به ماهیت کار در بهداشت	۶۸/۲۵
	علاقه‌مندی به کار به صورت ۲ شیفتی	۴/۷۶
	علاقه‌مندی به انجام کار انتفاعی	۶۳/۴۹
	علاقه‌مندی به دریافت حقوق به صورت پرکیسی	۵۰/۷۹
	خدمت‌رسانی به محرومین به عنوان اولویت مهم در کار	۸۷/۳۰

جدول ۳: نتایج آزمون رگرسیون لجستیک در بررسی میزان اثرگذاری متغیرهای مستقل بر ماندگاری پزشکان خانواده روستایی رفسنجان

متغیر مستقل	ضریب بتا	خطای استاندارد	آماره والد	درجه آزادی	مقدار p	تابع نمایی بتا
وضعیت تأهل	-۰/۰۹۳	۰/۹۱۰	۰/۰۱۱	۱	۰/۹۱۸	۰/۹۱۱
وضعیت بتوته	۱/۱۵۵	۰/۷۸۱	۲/۱۸۶	۱	۰/۱۳۹	۳/۱۷۵
علاقه‌مندی به ادامه تحصیل*						
۸۰ تا ۱۰۰ درصد علاقه‌مند به ادامه تحصیل	رفرنس	-	۸/۸۳۰	۴	۰/۰۷۹	-
۰ تا ۲۰ درصد علاقه‌مند به ادامه تحصیل	۳/۲۹۳	۱/۲۳۱	۷/۱۵۹	۱	۰/۰۰۷	۲۶/۹۳۴
۲۰ تا ۴۰ درصد علاقه‌مند به ادامه تحصیل	۲/۳۱۴	۱/۱۷۸	۳/۳۳۵	۱	۰/۰۶۸	۱۰/۱۱۲
۴۰ تا ۶۰ درصد علاقه‌مند به ادامه تحصیل	۲/۶۲۱	۱/۳۳۰	۴/۹۵۳	۱	۰/۰۲۶	۱۳/۷۴۹
۶۰ تا ۸۰ درصد علاقه‌مند به ادامه تحصیل	۱/۱۸۴	۰/۷۹۲	۰/۷۹۲	۱	۰/۳۷۳	۳/۲۶۷
علاقه‌مندی به انجام کار انتفاعی						
۸۰ تا ۱۰۰ درصد علاقه‌مند به انجام کار انتفاعی	رفرنس	-	۸/۳۴۳	۴	۰/۰۸۰	-
۰ تا ۲۰ درصد علاقه‌مند به انجام کار انتفاعی	۲/۲۰۵	۱/۱۷۲	۳/۵۴۳	۱	۰/۰۶۰	۹/۰۷۴
۲۰ تا ۴۰ درصد علاقه‌مند به انجام کار انتفاعی	-۰/۴۱۱	۱/۳۱۰	۰/۰۹۸	۱	۰/۷۵۴	۰/۶۶۳
۴۰ تا ۶۰ درصد علاقه‌مند به انجام کار انتفاعی	-۰/۹۲۳	۱/۲۱۲	۰/۵۸۰	۱	۰/۴۴۶	۰/۳۹۷
۶۰ تا ۸۰ درصد علاقه‌مند به انجام کار انتفاعی	-۱/۲۴۰	۱/۱۱۸	۱/۲۳۰	۱	۰/۲۶۷	۰/۲۸۹
مقدار ثابت	-۲/۵۲۰	۱/۱۴۰	۴/۸۸۸	۱	۰/۰۲۷	۰/۰۸۰

 * معنی دار در سطح معنی‌داری $p < 0/05$

بحث

دریافتی و همچنین تأثیر نمرات پایش در پرداخت‌ها از عوامل مؤثر بر ترک خدمت پزشکان می‌باشد (۱۸). از مهمترین فاکتورها برای اجرای صحیح و هر چه بهتر طرح پزشک خانواده روستایی با هدف دسترسی همه افراد جامعه به خدمات سلامت، ماندگاری پزشکان می‌باشد. در پژوهش حاضر بین علاقه‌مندی به ادامه تحصیل در مقطع تخصص، متأهل نبودن، استفاده کردن از بیتوته و علاقه‌مندی به انجام کار انتفاعی و عدم ماندگاری پزشکان رابطه آماری معنی‌داری مشاهده گردید. با استفاده از رگرسیون لجستیک عوامل مؤثر بر عدم ماندگاری پزشکان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج به‌دست آمده حاکی از آن بود که تنها و مهمترین عاملی که پزشکان شاغل این دانشگاه را ترغیب به ترک محل خدمت می‌نماید علاقه‌مندی به ادامه تحصیل در مقطع تخصص می‌باشد. این عامل در برخی از مطالعات یا مورد بررسی قرار نگرفته و یا ارتباط معنی‌داری بین این عامل و ترک محل خدمت پزشکان مشاهده نگردیده است (۱۹-۱۴).

مطالعه موسوی رجا و همکاران (۱۳۹۳) در بررسی عوامل مرتبط با ماندگاری پزشکان خانواده در محل کار در استان کهگیلویه و بویر احمد نشان داد، پزشکان طرح خانواده که محل خدمت خود را ترک نکرده‌اند و علاقه‌مند به ادامه همکاری در این طرح بوده‌اند، انگیزه اصلی خود را خدمت به مردم محروم و ادامه تحصیل و دریافت حقوق بیشتر اعلام نمودند که ادامه تحصیل در آن مورد توجه قرار گرفته است و با نتایج این مطالعه متفاوت می‌باشد (۲۰). نتایج مطالعه کامین (۱۹۹۸) در بررسی عوامل مؤثر بر عدم ماندگاری یا ماندگاری پزشکان در روستای محل خدمت در کشور استرالیا حاکی از آن بود ادامه تحصیل یکی از دلایل عدم ماندگاری پزشکان خانواده در محل خدمت می‌باشد (۲۱) که علی‌رغم گذشت چندین سال از انجام این مطالعه اکنون در پژوهش حاضر نیز به نتایج مشابه دست یافتیم.

رضایت‌مندی پزشکان از عملکرد گروه مدیریت معاونت بهداشتی، واحد مدیریت و ارتقاء شبکه، واحدهای ستادی و همچنین رضایت‌مندی آنان از ارتباط و همکاری پرسنل در مراکز و فضای فیزیکی محل خدمت خود به‌علاوه علاقه‌مندی به خدمت رسانی به محرومین به عنوان اولویت مهم کاری آنان از نقاط مثبت به‌دست آمده در مطالعه

در این مطالعه عوامل مختلفی در دسته‌های اطلاعات جمعیت شناختی و فردی، سازمانی و محیطی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد مشکلات معیشتی مانند میزان حقوق و مزایای پرداختی و همچنین تأخیر در پرداخت‌ها، از دیدگاه پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، به عنوان عاملی مؤثر در ترک خدمت و یا کناره‌گیری آنان از طرح پزشک خانواده نمی‌باشد. نه از آن جهت که بتوان ادعا کرد که شرایط اقتصادی پزشکان بعد از اجرای دستورالعمل برنامه پزشک خانواده در نسخه ۱۵/۱ سال ۱۳۹۳ و افزایش قابل توجه حقوق و مزایای آنان صد در صد مناسب است، بلکه از آن جهت که می‌توان بیان داشت عوامل مؤثرتر دیگری در کناره‌گیری آنان از این طرح دخیل می‌باشد. در صورتیکه در مطالعات انجام شده قبل از اجرای دستورالعمل فوق‌الذکر، عامل اصلی ترک خدمت پزشکان به مسائل مالی و رفاهی مرتبط بود. نتایج مطالعه عاطفی و همکاران (۱۳۹۳) در بررسی عوامل مؤثر بر ترک خدمت پزشکان خانواده در مناطق با ضریب محرومیت کمتر از ۱/۴ نشان داد، تأخیر در زمان پرداخت‌ها و کم بودن حقوق به ترتیب با ۱۹ و ۱۸ درصد، جزء مهمترین عوامل مؤثر در پایین بودن مدت زمان ماندگاری پزشکان خانواده می‌باشند. یکی دیگر از عوامل تأثیر گذار در عدم ماندگاری پزشکان، محروم بودن محل خدمت، دوری از خانواده و همچنین کم بودن امکانات رفاهی در منطقه خدمت به‌دست آمد (۱۴). در مطالعه ونگ و استوارت (۲۰۱۰) در خصوص وضعیت عملکرد پزشکان خانواده در کانادا نیز مشاهده شد که از عوامل اصلی مرتبط با حضور پزشکان، ناحیه جغرافیایی و امکانات فیزیکی بوده است (۱۵). در مطالعه میدما و همکاران (۲۰۰۹) در کانادا و همچنین کتزی و کوپر (۲۰۰۵) در آفریقای جنوبی در خصوص تعیین عوامل مؤثر بر استمرار و ماندگاری پزشکان در محل خدمت، نتایج حاکی از آن بود که مشکلات معیشتی پزشکان خانواده و استمرار آن مشکلات، یکی از مهمترین عوامل در ترک محل خدمت آنان محسوب می‌گردد (۱۶). در مطالعه موسی فرخانی و همکاران (۱۳۹۴) در بررسی علل پایین بودن ماندگاری پزشکان در دانشگاه علوم پزشکی مشهد نیز نتایج نشان داد میزان حقوق

می‌گردد در تدوین دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، توجه به عوامل فردی در اولویت قرار گیرد. در صورتیکه تمهیداتی برای تامین نیازهای آموزشی و اسکان مناسب پزشکان در نظر گرفته شود، احتمالاً پزشکان برای همکاری در برنامه پزشک خانواده، علاقه‌مندی و انگیزه بیشتری خواهند داشت.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند بدینوسیله از کلیه پزشکان خانواده دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان که در انجام این مطالعه ایشان را صمیمانه یاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: الف. ج. ز. ح

جمع آوری داده‌ها: ن. ط. م. ر. ع. الف. ف. ن. ز. الف

تحلیل داده‌ها: م. ح. م. ن

نگارش و اصلاح مقاله: م. ح. م. ن

سازمان حمایت کننده

این مقاله حاصل اجرای طرح پژوهشی با کد رهگیری ۹۷۲۰۹-۱۳۹۷/۰۹/۲۰ مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان و همکاری دانشکده بهداشت این دانشگاه می‌باشد.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

حاضر می‌باشد و کم بودن درصد رضایتمندی پزشکان از میزان کسورات نیز از دیگر موارد مهم و قابل توجه به دست آمده می‌باشد که می‌تواند در دراز مدت ماندگاری پزشکان را تحت تأثیر منفی قرار دهد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به عدم دسترسی به پزشکانی که سال‌های قبل با این برنامه همکاری داشته‌اند و اکنون به هر دلیلی همکاری خود را قطع کرده‌اند اشاره نمود که موجب کاهش حجم جامعه گردید. از نقاط قوت این مطالعه نیز می‌توان به دستیابی به دلایل جدید پزشکان برای عدم همکاری با برنامه پزشک خانواده، از جمله علاقه‌مندی به ادامه تحصیل در مقطع تخصص، بعد از تغییر دستورالعمل برنامه پزشک خانواده در نسخه ۱۵/۱ سال ۱۳۹۳ و افزایش قابل توجه حقوق و مزایای پزشکان اشاره نمود. این پژوهش قابلیت تعمیم به دانشگاه‌های با شرایط و امکانات مشابه را دارد.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که علی‌رغم برداشته شدن گام‌های مثمرتر برای تقویت بنیه نظام سطح بندی شده خدمات در کشور و پیگیری و تلاش مستمر سیاست گذاران نظام سلامت، هنوز معضلاتی در راه تکامل و نهادینه شدن برنامه پزشک خانواده وجود دارد که لازم است مورد تحلیل و برنامه ریزی و تدبیر قرار گرفته شود.

به دلیل کم‌رنگ بودن اثر عوامل سازمانی و محیطی در عدم ماندگاری پزشکان خانواده در مطالعه حاضر، پیشنهاد










References

- 1) Ghoharnejhad S. Health System Decentralization on Iran University and Medical Science 2007. Proceeding of National Congress of Healthcare Administration Student. [Persian]
- 2) Physician Instruction F. Ministry of Health and Medical Education: 2009: 4-102. [Persian]
- 3) Janati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani MR, Vakili S. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. Knowledge & Health 2010; 4(4): 39-44. [Persian]
- 4) Pileroudi S. Township network health and treatment. Razavie; 2006. [Persian]
- 5) Jogerst GJ, Lenocho S, Ely JW. Russian Family Practice Training Program: A Single Step on a Long Journey. Fam Med 1998; 30(5): 372-7.
- 6) Weingarten MA, Lederer J. The development of family medicine in Israel. Fam Med 1995; 27(9): 599-604.
- 7) Rivo M. Family practice in the new Millennium: from health care to health improvement. Fam Pract Manag 1997; 33(4): 259-67.
- 8) Rivo ML. Practicing in the New Millennium: Do You Have What It Takes?. Fam Pract Manag 2000; 7(1):35-40.
- 9) Joolae H, Alizadeh M, Falahzadeh MH, Baseri A, Sayadi M. Evaluation of Clinical Skills of Family Physicians in Fars Province by Means of Observed Structured Clinical Evaluation. Strides in Development of Medical Education 2011; 7(2): 92-8. [Persian]
- 10) Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarin-Rua MI, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. Family Practice 2006; 23(3): 308-16. doi: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi112>.



- 11) De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset Ch, Heyerick J. Provider Continuity in Family Medicine: Does It Make a Difference for Total Health Care Costs?. *Ann Fam Med* 2003; 1(3): 144-8. doi: 10.1370/afm.75.
- 12) Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Nahvijoy A. Satisfaction of Family Physicians (Fps) about Effective Factors on Activation of FP Program in Medical Universities. *Journal Of Guilan University Of Medical Sciences* 2011; 19(76): 48-55. [Persian]
- 13) Robbins SP, De Cenzo DA, Coulter MA. *Fundamentals of Management*. 7th ed. Pearson; 2011.
- 14) Atefi A, Aghamohamadi S, JamshidBeygi E, Zarabi M, Poor Reza A, Shariati M. Factors influencing desertion of family physicians working in rural areas with deprivation index less than 1.4 (prosperous) in 2010. *Hakim Health Sys Res* 2014; 17(1): 44-7. [Persian]
- 15) Wong E, Stewart M. Predicting the scope of practice of family physicians. *Can Fam Physician* 2010; 56(6): e219-25. PMID: 20547504.
- 16) Miedema B, Hamilton R, Fortin P, Easley J, Tatemichi S. The challenges and rewards of rural family practice in New Brunswick, Canada: Lessons for retention. *Rural and Remote Health* 2009; 9(2): 1141.
- 17) Kotzee T, Couper ID. What interventions do South African qualified doctors think will retain them in rural hospitals of the Limpopo province of South Africa?. *Rural and Remote Health* 2005; 6(3): 581.
- 18) Mosa Farkhany E, Khooban H, Dahrazama B, Arefi VR, Saadati F. Determining the Causes of Discontinuation of Family Physicians Working in Mashhad University of Medical Sciences. *Health Information Management* 2015; 12(1): 117-24. [Persian]
- 19) Nasrollahpour Shirvani SD. The Implementation of Family Physician Program in I.R. Iran: Achievements and Challenges. *J Babol Univ Med Sci* 2014; 16(Suppl 1): 15-26. doi: 10.18869/acadpub.jbums.16.3.15. [Persian]
- 20) Mosaviraja S, Nasiripour A, Malekzadeh J. Influencing Factors on Family Physician Retaining in Kohgilouye and Boyer Ahmad Province, Iran in 2009. *Armaghane Danesh* 2014; 19(4): 361-70. [Persian]
- 21) Kamien M. Staying in or leaving rural practice: 1996 outcomes of rural doctors' 1986 intentions. *Medical Journal of Australia* 1998; 169: 318-23.

Effective Factors on Durability of Family Physicians in Rafsanjan University of Medical Sciences

Ahmad Jamalizadeh ¹ , Zeynab Heydaripoor ¹ , Mostafa Nasirzadeh ² ,
Najmeh Talebizadeh ³ , Mehdi Rezaei ⁴ , Ali Ahmadi ⁵ ,
Fatemeh Nejadtorshab ⁶ , Zahra Esmaili ⁷ , Mina Hosseini ^{8*} 

¹ MD, Deputy of Health, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

² Assistant Professor, Occupational Environment Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

³ MSc in Microbiology, Deputy of Health, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

⁴ BSc in Medical Documents, Deputy of Health, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

⁵ BSc in General Hygiene, Deputy of Health, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

⁶ BSc in Midwife, Deputy of Health, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

⁷ BSc in Nursing, Deputy of Health, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

⁸ MSc in Biostatistics, Deputy of Health, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

* **Corresponding Author:** Mina Hoseini

mina.amarzisti@gmail.com

ABSTRACT

Citation: Jamalizadeh A, Heydaripoor Z, Nasirzadeh M, Talebizadeh N, Rezaei M, Ahmadi A, et al. Effective Factors on Durability of Family Physicians in Rafsanjan University of Medical Sciences. *Manage Start Health Syst* 2020; 5(1): 23-31.

Received: February 03, 2020

Revised: May 20, 2020

Accepted: May 30, 2020

Funding: This study has been supported by Rafsanjan University of Medical Sciences (NO 1397.09.20-97209).

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

Background: The durability of physicians working in the family physician program is one of the most important factors in effective implementation of this program. This study aimed to investigate the individual, organizational, and environmental factors affecting the family physicians' durability in Rafsanjan University of Medical Sciences in 2019.

Methods: This descriptive-analytical study was conducted using census method among family physicians active in Rafsanjan rural family physician program during 2013-2017. The data collection tool included a questionnaire designed by experienced experts in the field of family physician program that contained the participants' demographic characteristics as well as organizational and environmental factors. The questionnaire's validity and reliability were confirmed by cronbach's alpha of 0.86. The questionnaires were completed through interviews and the collected data were analyzed by SPSS ₁₆ using Chi-square and logistic regression tests.

Results: Based on the findings, 53 (84 %) physicians were female and 10 (16 %) were males. The average age of participants was 32.62 years and their average collaboration lasted about 36.83 months. The family physicians' durability was inversely associated with their interests in 'continuing education', 'being single', 'camping outdoor' and 'doing something else' ($p < 0.05$). The results of logistic regression showed the physicians' interest in continuing education as the most important factor in their lack of durability.

Conclusion: According to the results, consideration of personal factors, in comparison with other factors, has a great effect on the durability of family physicians.

Keywords: Family physician, Satisfaction, Health networks, Persistence physicians