مقاله پژوهشی

تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر رضایت پزشکان خانواده استان خراسان جنوبی

نسرین شعربافچی‌زاده[۱]، خدیجه شبانکاره[۲]، زهرا خاک دل[۳]، رضا فارابی[۴]، راضیه لشکری[۴]، محمد قاسمی[۳*]

• دریافت مقاله: ۹۸/۳/۹ • دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۸/۷/۱۷ • پذیرش مقاله: ۹۸/۷/۱۸

چکیده

مقدمه: یکی از برنامه‌های مهم طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت، گسترش برنامه پزشک خانواده است. در واقع مناسب‌ترین استراتژی برای رسیدن به سلامت در مناطق روستایی در قالب نظام ارجاع، به‌کارگیری پزشک خانواده است که مسئولیت سلامت افراد را بر عهده گیرند. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر طرح تحول سلامت بر رضایت پزشکان انجام شد.

روش بررسی: مطالعه توصیفی- تحلیلی حاضر به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۷ بر روی ۱۲۶ پزشک خانواده در ۹۱ مرکز تحت پوشش برنامه در استان خراسان جنوبی که به روش سرشماری انتخاب شدند، انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری کای دو و آنالیز واریانس استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ وارد شدند.

یافته‌ها: میزان رضایت کلی پزشکان خانواده، متوسط بود. آنان بیشترین میزان رضایت را از عملکرد خودشان داشتند و کمترین میزان رضایت آنان از نحوه رفتار بیماران بود. بین میزان رضایت عمومی پزشک خانواده با رضایت از محیط سازمانی، رضایت از حقوق و مزایا و رضایت از اجرای طرح تحول نظام سلامت ارتباط آماری معنادار وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: توجه به این که رضایت پزشک خانواده می‌تواند منجر به بهبود بهره‌وری و ارتقای شاخص‌های حوزه سلامت شود لذا باید به مواردی که رضایت پزشکان را بهبود می‌دهد، توجه شود. پرداخت مناسب و به‌موقع مطالبات می‌تواند در افزایش رضایت پزشکان مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: طرح تحول نظام سلامت، رضایت، پزشک خانواده، مراکز خدمات جامع سلامت روستایی

•ارجاع: شعربافچی‌زاده نسرین، شبانکاره خدیجه، خاک دل زهرا، فارابی رضا، لشکری راضیه، قاسمی محمد. تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر رضایت پزشکان خانواده استان خراسان جنوبی. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۸؛ ۵(۳): ۶۰-۲۴۷.

۱. استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲. دانشجوی دکترای کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴. کارشناس بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

*** نویسنده مسئول:** محمد قاسمی

آدرس: اصفهان، خیابان هزارجریب، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی

تلفن: ۰۳۱۳۷۷۷۵۱۹۰ **Email**: armanghasemi320@gmail.com

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-11-14]

[DOI: 10.22062/5.3.247]

مقدمه

سلامتی، محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی جوامع بشری بوده و اهمیت ویژه‌ای در توسعه زیرساخت بخش‌های مختلف جامعه دارد. هدف نهایی نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم است تا بتوانند با برخورداری از سلامت کافی در فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی سهیم شوند (۱).

سازمان جهانی سلامت، مراقبت‌های بهداشتی اولیه را به عنوان وسیله‌ای برای رسیدن به سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ تعریف کرده بود (۲). در ایران به منظور دسترسی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مراقبت‌های بهداشتی اولیه را به عنوان درون‌مایه شبکه‌های بهداشت و درمان در نظر گرفت. سیاست‌های دولت در نظام شبکه درمانی به طور عمده بر سه اصل اولویت خدمات پیشگیری بر خدمات درمانی، اولویت مناطق روستایی بر شهری و اولویت خدمات سرپایی بر بستری بنا شدند (۳) که براساس این اصول در طول دهه ۱۳۶۰ نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در قالب شبکه‌های بهداشتی و درمانی شکل گرفت (۴).

در این راستا، سطح‌بندی خدمات ضمن رعایت اصول فوق، از مراجعه مکرر و غیرضروری به سطوح تخصصی‌تر جلوگیری و از اتلاف منابع مادی و انسانی پیشگیری کرده و همسویی میان پزشکان عمومی و متخصص را افزایش می‌دهد (۵). بی‌توجهی به نظام ارجاع از مهم‌ترین مشکلات سیستم بهداشتی و درمانی است که ضمن افزایش هزینه‌ها، باعث آسیب رساندن به کمیت و کیفیت خدمات می‌شود (۶).

بر اساس بند ۸ سیاست‌های کلی سلامت که از سوی رهبر معظم انقلاب ابلاغ شد، افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری باید در قالب شبکه بهداشتی و درمانی و منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع صورت پذیرد. مناسب‌ترین استراتژی برای رسیدن به سلامت و سیاست‌های دولتی در مناطق روستایی در قالب نظام ارجاع، پزشک خانواده است. سلامت‌نگری در طرح پزشک خانواده، محور فعالیت‌های پزشک محسوب شده و هدف کلی طرح، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و ارائه خدمات سلامتی در حدود بسته تعریف شده به فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش صرف‌نظر از تفاوت‌های سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و خطر بیماری است. پزشک خانواده علاوه بر درمان بیماری‌ها، آموزش‌ها و مشاوره‌های ضروری برای پیشگیری از بیماری‌ها و رسیدن به یک سطح سلامت قابل‌قبول روحی و جسمی را نیز ارائه می‌دهد (۷،۸). لذا پزشکان خانواده بایستی به طور عمیق و با علاقه در کل مسائل زندگی و نیازهای بهداشتی جامعه درگیر شوند و در مراقبت از بیماران، همه جنبه‌های پزشکی، فرهنگی، مذهبی، وضعیت بیمار و خانواده و وضعیت جامعه را مدنظر قرار دهند (۹،۱۰). پزشک خانواده یک تخصص پزشکی است که خدمات سلامت را به صورت جامع و مستمر برای افراد و خانواده‌ها در تمام گروه‌های جنسی، سنی و بیماری‌ها تأمین می‌نماید. اساس پزشک خانواده بر علم و اطلاع نسبت به بیماری در درون خانواده و جامعه با تأکید بر پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت می‌باشد (۱۴-۱۱).

پزشک خانواده به عنوان اولین سطح تماس با مردم و بیماران باید دارای مهارت‌های لازم در زمینه

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-11-14]
[DOI: 10.22062/5.3.247]

غربالگری، تشخیص و درمان آنان، مهارت‌های ارتباطی و توان تجزیه‌وتحلیل ابعاد روانی اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت بوده و قادر به مدیریت بیماران به ویژه بیماری‌های مزمن نیازمند مراقبت طولانی‌مدت باشد. وی همچنین باید دارای اطلاعات کاملی از تاریخچه سلامت و بیماری‌های جسمی روانی و اجتماعی اعضای خانواده تحت پوشش خود برای انجام مداخلات مناسب نیز باشد (۱۵).

پزشک خانواده به عنوان محور برنامه دارای نقشی برجسته در مدیریت گروه سلامت می‌باشد. بنابراین، هر چه توانمندی و رضایت وی بیشتر باشد، کیفیت کار مطلوب‌تر خواهد بود. در این حین برخی افراد از کار خود لذت می‌برند و آن را به عنوان محور اصلی زندگی کاری خود تلقی می‌نمایند لذا، رضایتمندی از کار می‌تواند کیفیت کار را بهبود بخشد (۱۶). اغلب گفته می‌شود که کارمند خوشحال یک کارمند کارا است و یک کارمند خوشحال باید با انجام وظایف شغلی خود ارضاء شود. اهمیت رضایت شغلی از آنجا ناشی می‌شود که بیشتر افراد نیمی از ساعات بیداری خود را در محیط کاری می‌گذرانند (۱۷،۱۸). مطالعات انجام گرفته بیانگر آن است که عواملی همچون جذابیت شغلی، شرایط مناسب کار، امکان پیشرفت، وجود صداقت و همکاری و تعامل میان همکاران، وجود همدلی در برابر مشکلات در محیط کار به ویژه پسندیده بودن مشاغل گروه پزشکی از نظر جامعه می‌تواند در رضایت شغلی پزشک خانواده و اعضاء گروه سلامت و عملکرد بهتر گروهی مؤثر باشند (۲۱-۱۹).

اصلاحات نظام سلامت به منظور ارتقای سلامتی مردم و بهبود روند کاری کارکنان انجام می‌شود. در تمام کشورهای پیشرفته، برنامه پزشک خانواده در راستای بهبود وضعیت سلامت و دسترسی مردم به امکانات بهداشتی طراحی و اجرا شده است. در ایران نیز از سال ۱۳۸۴ برنامه پزشک خانواده روستایی با پوشش تمام روستاییان، عشایر و شهرهای زیر بیست هزار نفر شروع شد که برابر برنامه‌های توسعه کشور و نقشه جامع سلامت می‌بایست به کلیه شهرها نیز تسری پیدا می‌کرد که پس از پایلوت طرح پزشک خانواده شهری در استان‌های فارس و مازندران، برنامه در سایر شهرهای بالای بیست هزار نفر اجرا نشد و لذا این طرح در روستا به صورت عملیاتی تاکنون در زمینه سلامت مردم به حیات خود ادامه داده است. از آنجایی که طرح پزشک خانواده یک اقدام اساسی در یک تحول مهم در بحث بیمه و درمان روستاییان در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی است و در این برنامه مسئول اصلی گروه سلامت، پزشک خانواده می‌باشد رضایت شغلی پزشک و اعضاء گروه سلامت در ارتقاء کیفیت خدمات ارائه شده مؤثر خواهد بود (۲۲).

طرح تحول نظام سلامت در سال ۱۳۹۳ با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و ارتقای کیفیت خدمات در دستور کار قرار گرفت. شروع طرح تحول در حوزه درمان بود. طرحی شامل ۸ بسته اجرایی که بسته دوم آن با عنوان حمایت از ماندگاری پزشکان عمومی و متخصص در مناطق محروم با ارائه راهکارهای افزایش حقوق و مزایا و طرح ماندگاری و مقیمی تدوین گردید. سپس طرح تحول در حوزه بهداشت با ۱۵ برنامه و ۱۰ پروژه پشتیبان به کار ادامه داد که سه برنامه ابتدایی آن در خصوص گسترش برنامه پزشک خانواده بود (۲۳).

توجه تمام برنامه‌های حوزه سلامت به پزشکان به عنوان بازوی توانمند و نیروی محرک نظام سلامت و

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-11-14]
[DOI: 10.22062/5.3.247]

ایجاد انگیزه و رضایت آن‌ها بوده است چرا که رضایت شغلی تابع عوامل و متغیرهای متعددی می‌باشد که در بحث سنجش میزان رضایت باید مدنظر قرار گیرند (۲۴). یکی از برنامه‌های مهم طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت، گسترش برنامه پزشک خانواده می‌باشد که از طریق اقدامات مهم در زمینه مطلوب نمودن شرایط کاری، بهبود استاندارد فضای فیزیکی و افزایش حقوق مدنظر قرار گرفت (۲۵). با توجه به عدم انجام طرح تحقیقاتی در زمینه بررسی تأثیر طرح تحول نظام سلامت و رضایت پزشکان خانواده در سطح استان خراسان جنوبی و با توجه به فراهم بودن بستر مناسب جهت دسترسی به تمام پزشکان شاغل در طرح پزشک خانواده و همکاری معاونت محترم بهداشت دانشگاه و همکاران مدیریت شبکه به عنوان تسهیل‌گر، اجرای طرح در این استان صورت گرفت تا با استفاده از نتایج این طرح و مرتفع نمودن نقاط ضعف و تداوم نقاط قوت، شاهد بهبود و ارتقای شاخص‌های سلامت استان باشیم.

روش بررسی

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی بود که از ابتدای فروردین تا انتهای مرداد سال ۱۳۹۷ انجام شد. محیط انجام این پژوهش، مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و شهری روستایی سطح استان خراسان جنوبی بودند. با عنایت به اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی و پوشش کامل آن در سطح استان، در این پژوهش کلیه پزشکان خانواده شاغل در برنامه که ۱۳۰ نفر بودند به روش سرشماری انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ای محقق ساخته با ۷۹ سؤال و شش بعد استفاده شد. ابعاد پرسشنامه عبارت بودند از: رضایت عمومی پزشک خانواده (۱۳ سؤال)، رضایت پزشک خانواده از محیط سازمانی (۱۸ سؤال)، رضایت پزشک خانواده از رفتار بیماران (۱۰ سؤال)، رضایت پزشک خانواده از حقوق و مزایا (۲ سؤال)، رضایت پزشک خانواده از عملکرد خود به عنوان پزشک (۲۷ سؤال) و رضایت پزشک خانواده از اجرای طرح تحول سلامت (۹ سؤال). اطلاعات دموگرافیک پزشکان خانواده نظیر سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سابقه کار پزشک خانواده و وضعیت استخدام در ابتدای پرسشنامه طرح شدند. امتیازدهی به سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌تایی بود به این صورت که به گزینه کاملاً موافقم پنج امتیاز و به گزینه کاملاً مخالفم یک امتیاز تعلق گرفت. سؤالات پرسشنامه بر اساس مطالعات انجام شده در خصوص رضایت‌سنجی پزشکان خانواده و همچنین مستندات اجرایی طرح تحول و برنامه پزشک خانواده استخراج گردید (۲۴، ۸، ۶، ۴). پس از محاسبه میانگین هر کدام از زیر مقیاس‌ها نمره کمتر از ۳ به عنوان رضایت‌مندی کم، امتیاز ۳-۴ نشان‌دهنده رضایتمندی متوسط و بالاتر از ۴ رضایتمندی بالا در نظر گرفته شد. جهت سنجش روایی پرسشنامه مذکور، نظر ۵ نفر از اعضای هیأت علمی در رشته‌های مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و پزشکی اجتماعی و ۴ فرد خبره شامل مسئولین برنامه پزشک خانواده شاغل در ستاد معاونت بهداشتی استفاده شد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹ بود که حاکی از پایایی پرسشنامه بود (۲۶) پرسشنامه‌ها توسط مسئول برنامه پزشک خانواده هر شهرستان بین کلیه پزشکان خانواده شاغل در مراکز توزیع و در صورت رضایت، توسط آن‌ها تکمیل گردید و پس از تکمیل در عرض یک هفته تحویل همان فرد گردید. به پزشکان خانواده اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه و نزد

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-11-14]
[DOI: 10.22062/5.3.247]

محقق باقی خواهد ماند. از آزمون‌های آماری کای اسکوئر، ضریب همبستگی پیرسون و همچنین پس از بررسی نرمالیتی از آزمون t مستقل و آنالیز یک طرفه و آزمون من ویتنی کروسکال-والیس برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ وارد شدند. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس اطلاعات مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک جامعه پژوهش ۴۹/۲ درصد از پزشکان خانواده، مرد بودند. ۶۵ درصد گروه سنی آنان در گروه سنی کمتر از ۳۰ سال بودند و ۵۳/۶٪ آنان را افراد متأهل تشکیل دادند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک پزشکان خانواده مورد بررسی

ویژگی‌های دموگرافیک	آمار توصیفی	تعداد(درصد)
جنسیت	مرد	۶۲ (۴۹/۲)
	زن	۶۴ (۵۰/۸)
گروه سنی	کمتر از ۳۰ سال	۸۲ (۶۵/۱)
	۳۰ سال و بالاتر	۴۴ (۳۴/۹)
وضعیت تأهل	مجرد	۵۸ (۴۶/۴)
	متأهل	۶۷(۵۳/۶)

میانگین امتیاز رضایت کلی پزشکان خانواده مورد بررسی در حد متوسط بود (۳/۲۸). همچنین، از بین متغیرهای مورد مطالعه، پزشکان خانواده دارای بیشترین میانگین امتیاز مربوط به رضایت از عملکرد خودشان بودند (۳/۹۰) و کمترین میانگین رضایت به رضایت از رفتار بیماران مربوط شد (۲/۵۶) (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین امتیاز رضایت پزشکان خانواده مورد بررسی

متغیرها	انحراف معیار±میانگین	حد پایین	حد بالا
رضایت عمومی پزشک خانواده	۳/۸۳±۰/۵۹	۲/۱۸	۴/۸۰
رضایت پزشک خانواده از محیط سازمانی	۳/۶۴±۰/۳۳	۲/۸۵	۴/۶۰
رضایت پزشک خانواده از رفتار بیماران	۲/۵۶±۰/۴۹	۱/۵	۴/۹۸
رضایت پزشک خانواده از حقوق و مزایا	۳/۳۱±۰/۳۳	۰/۶	۴/۱۰
رضایت پزشک خانواده از عملکرد خود به عنوان پزشک	۳/۹۰±۰/۳۲	۲/۹۹	۴/۹۷
رضایت پزشک خانواده از طرح تحول سلامت	۳/۷۴±۰/۶۷	۱/۸۸	۴/۹۶
وضعیت کلی میزان رضایت پزشک خانواده	۳/۲۸±۰/۳۰	۱/۴۱	۴/۷۳

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-11-14]
[DOI: 10.22062/5.3.247]

با توجه به جدول ۳، نتایج همبستگی نشان داد که بین رضایت عمومی پزشک خانواده و رضایت از محیط سازمانی (P<۰/۰۰۱)، رضایت از حقوق و مزایا (P<۰/۰۰۱) و رضایت از اجرای طرح تحول نظام سلامت (P<۰/۰۰۱) ارتباط مستقیم، قوی و معنادار وجود داشت به این معنا که با افزایش رضایت از محیط سازمانی، رضایت از حقوق و مزایا و رضایت از اجرای طرح تحول نظام سلامت رضایت عمومی پزشک خانواده افزایش یافت. همچنین، بین رضایت عمومی پزشک خانواده و رضایت از عملکرد خود به عنوان پزشک (P<۰/۰۱) و رضایت از رفتار بیماران (P<۰/۰۱) ارتباط مستقیم، نسبتاً ضعیف و معنادار وجود داشت.

جدول ۳: بررسی ارتباط رضایت عمومی پزشک با ابعاد رضایت شغلی پزشکان خانواده

		رضایت عمومی پزشک خانواده
رضایت پزشک خانواده از محیط سازمانی	R	۰/۶۶
	P-Value	<۰/۰۰۱
رضایت پزشک خانواده از رفتار بیماران	R	۰/۳۸
	P-Value	<۰/۰۱
رضایت پزشک خانواده از حقوق و مزایا	R	۰/۴۰
	P-Value	<۰/۰۰۱
رضایت پزشک خانواده از عملکرد خود به عنوان پزشک	R	۰/۲۲
	P-Value	۰/۰۱
رضایت پزشک خانواده از اجرای طرح تحول سلامت	R	۰/۴
	P-Value	<۰/۰۰۱

نتایج آزمون تی دو نمونه مستقل نشان داد بین میانگین رضایت پزشکان خانواده بر حسب جنسیت، وضعیت تأهل و سن هیچ‌گونه ارتباط معناداری وجود نداشت (جدول ۴).

جدول ۴: بررسی ارتباط بین میانگین امتیاز رضایت پزشکان خانواده با ویژگی‌های دموگرافیک آنان

متغیر		انحراف معیار±میانگین	P-Value
جنسیت	مرد	۳/۹۱±۰/۶۰	۰/۱۵
	زن	۳/۷۶±۰/۵۸	
وضعیت تأهل	مجرد	۳/۸۲±۰/۶۰	۰/۸۳
	متأهل	۳/۸۵±۰/۶۰	
گروه سنی	کمتر از ۳۰ سال	۳/۸۳±۰/۶۳	۰/۸۷
	بالای ۳۰ سال	۳/۸۴±۰/۵۲	

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-11-14]
[DOI: 10.22062/5.3.247]

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه رضایت پزشکان خانواده از محیط سازمانی، رضایت از حقوق و مزایا، رضایت از رفتار بیماران، رضایت از عملکرد خود به عنوان پزشک، رضایت از اجرای طرح تحول سلامت بررسی شد. میانگین کل رضایت پزشک خانواده در حد متوسط بود (۳/۲۸). کمترین رضایت مربوط به رفتار بیماران با میانگین (۲/۵۶) و بیشترین رضایت مربوط به عملکرد خود به عنوان پزشک خانواده با میانگین (۳/۹۰) بود. میانگین رضایت از اجرای طرح تحول نظام سلامت (۳/۷۴) در جایگاه سوم قرار داشت.

در مطالعه امیری و همکاران میانگین نمره رضایت اعضای گروه سلامت از پزشکان خانواده در حد مطلوب قرار داشت که همسو با نتیجه مطالعه حاضر بود (۱). مطالعه ترابیان و همکاران در شهر همدان نشان داد ۴۷/۹ درصد پزشکان از برنامه پزشک خانواده کاملاً ناراضی بودند. در این مطالعه، نظر پزشکان خانواده در مورد قوانین مختلف از جمله قوانین مربوط به ارجاع، مبلغ ویزیت، تدوین و اجرای قوانین هماهنگی درون و برون‌بخشی و پرونده سلامت مورد بررسی قرار گرفت. از جمله نقاط ضعف اجرای برنامه می‌توان کاهش شأن و جایگاه پزشک نزد مردم و افزایش مراجعات بی‌دلیل بیماران به دلیل مبلغ پایین حق ویزیت، تغییر مداوم قوانین، متناسب نبودن قوانین با فرهنگ مردم و شرایط بومی، رعایت نکردن و سوء استفاده از قوانین توسط مردم، محدود بودن تعداد آزمایش و دارو، ناهماهنگی قوانین وزارت بهداشت و قوانین بیمه و ناهماهنگی درون‌بخشی، مشکلات اجرایی فراوان در استفاده از پرونده سلامت، رعایت نشدن قانون ارجاع و اصرار و تقاضای ارجاع به متخصص از دلایل ایجاد نارضایتی برای پزشکان شاغل در برنامه پزشک خانواده بود (۴). نتایج مطالعه امیری و همکاران در بعد رضایت از عملکرد خود به عنوان پزشک با مطالعه حاضر همسو نبود ولی با رضایت از رفتار بیماران در یک راستا قرار داشت. بوروکراسی اداری و قوانینی که بر اساس نیاز واقعی پزشکان و مراجعین به روز نشده، زمینه سوء استفاده و عدم رعایت قوانین را برای بیماران و نارضایتی برای ارائه‌دهندگان خدمت ایجاد می‌کند که می‌بایست بر اساس نیاز واقعی و شرایط، قوانین توان به روز شدن و سیستم نیز قدرت پیشگیری از تخلفات و سوء استفاده را داشته باشد (۱).

عسگری و همکاران در مطالعه‌ای رضایتمندی پزشکان خانواده و ماماهای برنامه پزشک خانواده در اصفهان را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که ۴۴/۴۳ درصد پزشکان خانواده از برنامه پزشک خانواده رضایت داشتند که میزان رضایت کلی از برنامه در حد متوسط بود. بیشترین میزان رضایتمندی (۶۵ درصد) از مکان ارائه خدمت و کمترین رضایتمندی (۳۰/۶ درصد) از مسائل مالی بود (۵). نتایج این مطالعه در خصوص رضایت کلی از اجرای برنامه پزشک خانواده همسو و در خصوص رضایت از پرداخت حقوق و مزایا غیرهمسو با نتیجه مطالعه حاضر بود (۵).

وجود محدودیت در ایفای نقش تخصصی و حرفه‌ای یکی دیگر از دلایل نارضایتی پزشکان خانواده بود. در مطالعه تغییر رضایت شغلی در پزشکان مراقبت‌های اولیه و متخصص در هندوستان، Landon متوجه شد که بیش از ۸۰ درصد از پزشکانی که مسئولیت مستقیم بیماران را بر عهده دارند از شغلشان کاملاً و یا تا اندازه‌ای راضی بودند (۲۷).

Landon و همکاران در مطالعه دیگری نشان داد که

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-11-14]
[DOI: 10.22062/5.3.247]

پزشکانی که خودمختاری خود را پایین گزارش کردند نسبت به آن‌هایی که برای ارائه خدمات سرپایی یا بستری به بیمار خود اختیار و آزادی عمل بیشتری دارند رضایت شغلی کمتری دارند. همچنین پزشکانی که مالک مطب هستند با گذشت زمان، رضایت شغلی بیشتری کسب می‌کنند ولی در برنامه پزشک خانواده روستایی چون پزشک مالک مطب نیست و بر اساس قرارداد ارائه خدمت می‌دهد، احساس مالکیت کمتری دارد و همچنین رعایت نشدن قوانین ارجاع توسط مردم و توسط متخصصین و محدود بودن تجویز دارو و آزمایش توسط پزشک خانواده، خودمختاری پزشکان را در تشخیص و درمان از بین می‌برد. این‌ها عواملی است که در ایجاد نارضایتی مؤثر بوده و روی قصد ترک خدمت تأثیرگذار می‌باشد (۲۸). بعد مشترک در این دو مطالعه ویژگی‌های محیط سازمانی می‌باشد که نشان از رضایت متوسط از محیط سازمانی می‌باشد.

مطالعه‌ای که در آمریکا وضعیت رضایت شغلی پزشکان خانواده را بررسی نمود، نتایج نشان داد ۲۰ درصد پزشکان خانواده ناراضی بودند و سایر پزشکان از اجرای برنامه رضایت داشتند و دلیل اصلی نارضایتی آن‌ها از ساختار موجود و مسائل مالی نشأت می‌گرفت (۱۲). با توجه به رضایت متوسط پزشکان در این پژوهش نتایج با هم همسو نمی‌باشند.

مطالعه جنتی و همکاران نشان داد ۵۶/۵ درصد پزشکان از پرداخت به موقع حقوق ناراضی بودند رضایت عمومی پزشکان خانواده ۵۹/۲ درصد، میزان رضایت آن‌ها از محیط سازمانی و محل اشتغال ۵۱/۱ درصد، میزان رضایت آن‌ها از رفتار بیماران ۶۰/۸ درصد و نهایتاً میزان رضایت آن‌ها از عملکرد گروه پزشک خانواده ۷۵ درصد بوده است. عواملی نظیر حل کردن مشکل سلامتی بیماران، با ارزش بودن احساس رضایت شغلی، رابطه خوب با همکاران، داشتن ثبات و امنیت شغلی و وجود تعداد کافی کارکنان کمکی بیشترین تأثیر را در رضایت عمومی پزشکان خانواده دارا بودند (۲۹).

مقایسه نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که پزشکان بیشترین رضایت را از عملکرد خود به عنوان پزشک خانواده داشتند چرا که این بعد مستقیماً به نحوه عملکرد، تلاش و همچنین تعاملات خودشان با سیستم سلامت و مراجعین بستگی دارد. هر چه به سمت عملکرد و تعاملات سیستمی پیش می‌رویم رضایت پزشکان کمتر شده چرا که در برخورد و تأمین انتظارات آن‌ها کاستی‌هایی وجود داشته که تأمین و پرداخت به موقع حقوق و مزایا و یکی از آن‌ها می‌باشد. بیماران و رفتار آن‌ها نیز متأثر از عوامل متعدد فرهنگی، قومی، اجتماعی و اقتصادی می‌باشد که با شروع برنامه‌های جدید و عدم آگاه‌سازی مردم بر اساس واقعیت، باعث ایجاد انتظارات غیرواقعی و بروز رفتارها و درخواست‌های غیرمتعارف شده که نتیجه آن ایجاد نارضایتی برای مردم و ارائه‌کنندگان خدمت خواهد بود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین رضایت عمومی پزشک خانواده و رضایت از محیط سازمانی، رضایت از حقوق و مزایا و رضایت از اجرای طرح تحول نظام سلامت ارتباط مستقیم، قوی و معنادار وجود داشت. همچنین، بین رضایت عمومی پزشک خانواده و رضایت از عملکرد خود به عنوان پزشک و رضایت از رفتار بیماران ارتباط مستقیم، نسبتاً ضعیف و معنادار وجود داشت.

در مطالعه انجام شده توسط جنتی و همکاران بین رضایت عمومی پزشکان خانواده و رضایت از محیط

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-11-14]
[DOI: 10.22062/5.3.247]

سازمانی ارتباط مستقیم و معنادار وجود داشت (۲۹) که نشان از همسویی نتایج این مطالعات با یکدیگر دارد. در مطالعه بررسی رضایتمندی پزشکان خانواده از عوامل مؤثر بر پویایی برنامه پزشک خانواده در استان‌های شمالی ایران بین پرداخت به موقع حقوق و مزایا و رضایت پزشکان تفاوت معنی‌دار وجود داشت (۳۰). در بررسی عوامل مؤثر بر ترک خدمت پزشکان خانواده در استان‌های برخوردار کشور مشخص شد که بین مبلغ دریافتی ماهیانه و زمان دریافت حقوق با ترک خدمت پزشکان و نارضایتی آن‌ها ارتباط معنی‌دار وجود داشت ولی در خصوص رفتار بیماران با نارضایتی و ترک خدمت آن‌ها ارتباط معنی‌دار وجود نداشت (۳۱).

رضایت عمومی تابعی از عوامل و شرایط مانند انعطاف‌پذیری محیط کار، انجام کار به صورت گروهی، کار با افراد با مهارت و آموزش دیده، وظایف مشخص و صریح، مشخص بودن روش‌های انجام کار، وجود دستورالعمل و قوانین لازم بوده که هر کدام به نوبه خود در وضعیت رضایت مؤثر هستند. اجرا یا عدم اجرای موارد فوق‌الذکر می‌تواند رضایت کارکنان را تحت تأثیر قرار دهد. اجرای بهتر و اصولی‌تر برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت، هماهنگی بیشتر در اجرای برنامه‌ها، تأمین منابع پایدار و کافی، افزایش آگاهی و دانش بیماران و مراجعین می‌تواند باعث افزایش رضایت عمومی پزشک خانواده گردد.

نتیجه مطالعه حاضر نشان داد بین میانگین رضایت پزشکان خانواده بر حسب جنسیت، وضعیت تأهل و سن هیچ‌گونه ارتباط معناداری وجود نداشت. در مطالعه رضایت شغلی در برنامه پزشک خانواده در شهرستان رشت مشخص شد بین جنس، سن و محل خدمت و رضایت پزشک خانواده ارتباط معنی‌دار وجود نداشت و سایر عوامل نظیر حل کردن مشکل سلامتی بیماران، داشتن ثبات و رابطه خوب با همکاران، با ارزش بودن احساس رضایت شغلی، وجود تعداد کافی کارکنان کمکی، بیشترین تأثیر را در امنیت شغلی و رضایت عمومی پزشکان خانواده دارا بودند (۳۲). نتایج این مطالعه با مطالعه اخیر در بعد رضایت شغلی با سن و جنسیت همخوانی داشت. در مطالعه امیری و همکاران بین رضایت کلی پزشکان خانواده و جنس، وضعیت تأهل، سابقه خدمت در طرح پزشک خانواده، تعداد جمیعت تحت پوشش و سن آنان ارتباط معنی‌داری مشاهده نگردید (۱) که با نتایج این مطالعه همخوانی داشت. در مطالعه ترابیان و همکاران بین متغیرهای جنس، تأهل و سن بین پزشکان زن و مرد تفاوت معنی‌دار مشاهده شد. بررسی رابطه این متغیر جنس، سن و تأهل با میزان رضایت کلی بر اساس مدل رگرسیون رتبه‌ای بیانگر آن بود که جنسیت مستقل از سایر متغیرها روی رضایت تأثیرگذار است (۴). یکی از دلایل عدم اختلاف معنادار بین سن با رضایتمندی پزشکان در این مطالعه احتمالاً به علت جوان بودن پزشکان خانواده شاغل در استان بوده که اکثر آن‌ها پزشکان طرحی بوده و ارتباط استخدامی پایدار با سیستم نداشتند.

به طور کلی در مطالعه حاضر، بیشترین رضایت پزشکان از عملکرد خود و کمترین میزان رضایت از رفتار بیماران مشاهده شد. دلیل رضایت بالای پزشکان از عملکرد خود، می‌تواند در نوع دوستی، احساس مفید بودن خدمت ارائه شده برای مراجعین، شناخت مسئولیت مهم خود، ارتقای شاخص‌های بهداشتی و کاهش درد و رنج و هزینه بیماران جستجو شود که این موارد با ویژگی‌های شخصیتی، اصول و آموزه‌های

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-11-14]
[DOI: 10.22062/5.3.247]

اخلاقی هم در ارتباط می‌باشد. این که پزشک می‌تواند نتیجه عملکرد خود را در زمینه درمان بیماران در مدت زمان کوتاه‌تری مشاهده نماید، نشان می‌دهد که این بعد ارتباط مستقیم با عملکرد پزشک دارد. گروه هدف و گیرندگان خدمت در نظام سلامت، مردم و بعضاً بیماران هستند که دارای ویژگی‌های شخصیتی، اجتماعی و فرهنگی متفاوت هستند و عدم همگنی مراجعین از نظر این ویژگی‌ها و سطح دانش، باعث بروز مشکلاتی در زمینه ارائه خدمات می‌شود. دلیل رضایت پایین از رفتار بیماران افزایش انتظارات و توقعات مراجعین، انتظارات بی‌مورد، برخوردهای نامناسب، استفاده فزاینده از خدمات و بعضاً هم دریافت خدمات غیرضروری پس از اجرای طرح تحول و به تبع آن کاهش هزینه خدمات، همچنین عدم رعایت سیستم ارجاع و رعایت نکردن الزامات عملی و قانونی از طرف مراجعین می‌باشد. یکی از اهداف طرح تحول نظام سلامت، ماندگاری پزشکان در مناطق محروم و همچنین تأمین منابع مالی پایدار برای پرداخت صحیح و به‌موقع به نیروهای ارائه دهنده خدمت می‌باشد که این مهم به نظر پزشکان به نحو رضایت‌بخش محقق نشده است. تأمین مالی هر چه پایدارتر باشد، نگرانی ارائه دهنده خدمت را کمتر خواهد نمود لذا تأمین مالی پایدار برنامه پزشک خانواده و برنامه‌ریزی اصولی جهت پرداخت این منابع به کارکنان بایستی در اولویت قرار گیرد. عدم وجود قوانین ملزم کننده برای نگهداشت کارکنان، نبود ارتباط استخدامی طولانی‌مدت و عدم تعهد و بعضاً تخصص کافی برای اجرای برنامه‌های پزشک خانواده، این قشر توانمند را در راه رسیدن به اهداف نظام سلامت دچار ضعف توانمندی و نگرانی خاطر می‌نماید که با رفع نواقص موجود و استفاده از نیروهای متعهد و متخصص و پیشبرد برنامه پزشک خانواده طبق قوانین موجود رضایتمندی کارکنان و به دنبال آن وضعیت شاخص‌های حوزه سلامت بهبود پیدا خواهد نمود. ضمناً افزایش دانش و آگاهی مردم در خصوص برنامه پزشک خانواده زمینه درخواست خدمات مورد نیاز و رفتار صحیح با پزشکان را فراهم می‌نماید.

بررسی پایگاه‌های اطلاعاتی حاکی از عدم انتشار داده‌ها در زمینه بررسی رضایت پزشک خانواده و اجرای طرح تحول نظام سلامت بود. اگر پزشک خانواده به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی هرم سلامت در نظر گرفته و تلاش شود که رده‌های مختلف به طور کامل و جامع مورد ارزیابی و دقت قرار گیرند، به طوری که محیطی‌ترین بخش هرم که همان روستاها و خانه‌های بهداشت هستند ارزش و اهمیت بیشتر داده شوند، می‌توان امیدوار بود که برنامه پزشک خانواده با نظم و دقت بیشتری پیش رود و مشکلات ناشی از آن به حداقل برسد (۳۳).

از آنجایی که پژوهش در زمینه رضایت پزشکان خانواده از محیط کار و سیستم انجام شده لذا بهتر است همکاری پژوهش و محیط به گونه‌ای باشد که نتایج این مطالعات در بهبود روند برنامه پزشک خانواده استفاده شود. عوامل بسیار مهمی در رضایت بخشی و ارتقاء رضایت نقش دارند ولی یکی از این عوامل که نقش اساسی و مهم در بهبود رضایت کارکنان و به ویژه کارکنان پزشک خانواده دارد، میزان حقوق و خصوصاً پرداخت به موقع آن می‌باشد که متأسفانه تاکنون به صورت خیلی جدی مدنظر قرار نگرفته است.

علیرغم گذشت بیش از یک دهه از اجرای برنامه پزشک خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر در سطح کشور و همچنین استان خراسان جنوبی،

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-11-14]
[DOI: 10.22062/5.3.247]

۶۵ درصد پزشکان شاغل در این برنامه کمتر از ۳۰ سال سن داشتند که یکی از دلایل آن می‌تواند عدم اقبال و تمایل پزشکان با تجربه جهت حضور در روستا و همچنین به کارگیری پزشکان رسمی و با سابقه در پست‌های مدیریتی باشد که این موضوع خود چالش‌هایی را به بار می‌آورد چراکه مردم مناطق محروم را از پزشکان با تجربه بی‌نصیب کرده ولی در عوض از توان بالای نیروهای جوان استفاده می‌کند.

پیشنهادها

علیرغم رضایت نسبی پزشکان خانواده، میزان رضایت از حقوق و مزایا در حد متوسط بود. لذا جهت افزایش رضایت شغلی پزشکان خانواده امکانات، تجهیزات زندگی و تسهیلات مورد استفاده پزشکان بررسی شده و برابر استانداردهای تدوین شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأمین گردد. همچنین با برنامه‌ریزی در زمینه ارتقای جایگاه پزشک و برنامه پزشک خانواده و برقراری عدالت در پرداخت کارانه و مسائل مرتبط در جهت افزایش رضایت در این حوزه و در نهایت افزایش رضایت عمومی اقدام گردد. همچنین، با توجه به اهمیت پزشک خانواده در راستای ارائه خدمات و جایگاه آن در طرح تحول سلامت و با عنایت به این که رضایتمندی از حقوق و مزایا و پرداخت صحیح و به‌موقع حقوق قطعاً تأثیر بسیار بالایی در ادامه همکاری و پوشش و ارائه صحیح و به موقع خدمت دارد، پیشنهاد می‌گردد جهت تأمین منابع مالی پایدار برنامه در سطح ملی از محل منابع پیش‌بینی شده صندوق بیمه روستایی و یک درصد ارزش افزوده و همچنین برنامه‌ریزی برای پرداخت صحیح و طبق برنامه حقوق پزشکان در سطح محلی اقدامات لازم انجام شود بدین‌صورت که ارتباط بین سازمان بیمه سلامت و دانشگاه علوم پزشکی تکامل یافته‌تر شده و تخصیص اعتبارات به حوزه بهداشت در زمان مقرر تا به موقع به ارائه‌کنندگان خدمت پرداخت گردد. همچنین امکانات و تسهیلات برابر جایگاه و شأن افراد در اختیار آن‌ها قرار گرفته و نسبت به تأمین امکانات به‌روز اقدام گردد.

سپاسگزاری

این طرح قسمتی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه با شماره ۴۴۲۰ و کد اخلاق IR.BUMS.REC.1396.107 بود که با همکاری معاونت بهداشت دانشگاه انجام گردید. ضمناً تأمین مالی این طرح توسط معاونت تحقیقات دانشگاه انجام شد. بدین‌وسیله از همکاری کارکنان گروه مدیریت شبکه معاونت بهداشتی دانشگاه و همچنین کارشناسان محترم پزشک خانواده کلیه مراکز بهداشت شهرستان‌های تابعه که در جمع‌آوری پرسشنامه نهایت همکاری را داشتند تشکر می‌گردد. همچنین از همکاری صمیمانه پزشکان محترمی که با تکمیل پرسشنامه‌ها نظرات خود را بیان داشتند سپاسگزاری به عمل می‌آید. در پایان از حسن توجه معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در خصوص همکاری و تأمین مالی طرح قدردانی می‌نماییم.

تضاد منافع

با عنایت به بی‌طرفی نویسنده و اختیاری بودن مشارکت پزشکان خانواده، تضاد منافع و سوگیری در این طرح وجود نداشت.

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-11-14]
[DOI: 10.22062/5.3.247]

References

1. Landon BE, Reschovsky J, Reed M, Blumenthal D. Personal, organizational, and market level influences on physicians' practice patterns: results of a national survey of primary care physicians. Medical Care 2001;39(8):889-905.

2. Saadat E. Human Resource Management. Tehran: Samt; 2010. [In Persian]

3. Maher A, Ahmadi AM, Shekary Jamnani A. Survey of different approaches to health system financing in the selected countries during the period 1998-2004 and introducing new financing mechanisms for Iran. Quarterly the Economic Research 2008; 8(1): 115 - 49. [In Persian]

4. Torabian S, Cheraghi MA, Azarhomayoon A. Family physician program: physicians' satisfactions in Hamadan, Iran. Payesh 2013;12(3):289-96. [In Persian]

5. 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(2):11-20. [In Persian]

6. Arab M, Shafiee M, Iree M, Safari H, Habibi F, Akbari Sari A, et al. Surveying the Attitude of Family Physicians Working in Health Centers of Tehran University of Medical Sciences towards their Profession Using a Qualitative Approach. J Journal of Hospital 2013; 12(3):19-28. [In Persian]

7. Mahdizadeh M, Vafaei Najar A, Taghipour A, Esmaily H, Mahdizadeh M, Ebrahimipour H. Occupational burnout and influence of work environment factors among Family Physicians in khorasan Razavi. Occupational Medicine Quarterly Journal 2013;5(4):42-51. [In Persian]

8. Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Nahvijoy A. Satisfaction of family physiciens (FPs) about effective factors on activations of FP program in Medical Universities. Journal of Guilan University of Medical Sciences 2011; 19(76):48-55. [In Persian]

9. Doshmangir L, Doshmangir P, Abbasi M, Rashidian A. Infrastructures for implementation of urban family medicine in iran: infrastructures for implementation of urban family Medicine in Iran. Hakim Health Sys Res 2015; 18(1):1-13. [In Persian]

10. Asadi S. Family physician assessment implementation based on the model (SWOT) in Iran. The Journal of Medical Education and Development 2014; 6(2):72-77. [In Persian]

11. Nejatzadehgan Z. The challenges of rural family doctor in Khorasan Razavi 1392-93 [dissertation]. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2015.

12. Rosenblatt RA, Andrilla CH, Curtin T, Hart LG. Shortages of medical personnel at community health centers: implications for planned expansion. JAMA 2006;295(9):1042-9. doi: 10.1001/jama.295.9.1042

13. Farzadi F, Mohammad K, Maftoon F, Labaf Qasemi R, Tabibzade Dezfoli N. General practitioner supply: family physician program and medical workforce. Payesh 2009;8(4):415-21. [In Persian]

14. Alibabaei R, Sadeghi A, Vahidi RG, Akaberi A. Determination of quality of services provided by family physician team from recipients' perspective in Ajabshir city. Journal of Health and Hygiene 2014; 5(2):170-81. [In Persian]

15. Torabi Ardakani A, Hosseini S, Oroomiei N, Mirzaei S. Study perception, knowledge and expectations from population and physicians points of view about implementation of family physician program: a case study in Shiraz. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran 2015;33(2):147-55. [In Persian]

16. Mojahed F, Vahidi R, Asgari Jafarabadi M, Gholipoor K, Mehri N. Payment mechanisms effect on performance indicators of family physician program. Health Information Management 2015; 12(1):88-98. [In Persian]

17. Khadivi R, Yarahmadi A. The drug prescription patterns and utilization after family physician program implementation in rural health centers of Isfahan district, Iran. Journal of Isfahan Medical School 2014; 31(271): 2403-11. [In Persian]

18. Sedighi S, Amini M, Porreza A. Assessment on causes of physician's abdication from rural family physician plan in 2012. Journal of Health Management 2015; 5(4):33-43. [In Persian]

19. Jannati A, Maleki M, Gholizade M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. Knowledge Health 2010;4(4):38-44. [In Persian]

20. International Conference on Primary Health C, World Health O, United Nations Children's Fund. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR; 1978 Sep 6-12; jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva: World Health Organization; 1978.

21. Nasrollahpour Shirvani D, Raeisy P, Motlagh M, Kabir M. Ashraphian H. Patients' satisfaction of family physicians in health centers. Homaye Salamat 2011; 8(2):416. [In Persian]

22. Raeissi P, Ebadi Fard Azar F, Roudbari M, Shabani Kia H. 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, Iran

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-11-14]

[DOI: 10.22062/5.3.247]

2009. Journal of Health Administration 2011;14(43):27-36. [In Persian]
23. Khayyati F, Motlagh ME, Kabir M, Kazemeini H, Gharibi F, Jafari N. The role of family physician in case finding, referral, and insurance coverage in the rural areas. Iran J Public Health 2011;40(3):136-9.
24. Khadivi R, Golshiri P, Farasat E, Khaledi G. Caregiver satisfaction in rural areas in Isfahan district, Iran, after implementation of the family physician project. Journal of Isfahan Medical School 2013; 31(244):1048-58. [In Persian]
25. Ministry of Health and Medical Education; Insurance Health Organization. Instruction programs family physician and Rural Insurance Applicable in 2014 [cited 2020 Mar 15]. Available from: http://www.gums.ac.ir/Upload/Modules/News/ImageGallery10606/Instruction%2015-EJ-1393_03-28.pdf
26. Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Aligol M. Validity and Reliability of the Instruments and Types of MeasurmentS in Health Applied Researches. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2015;13(12):1153-70. [In Persian]
27. Landon BE, Reschovsky J, Blumenthal D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001. JAMA 2003; 289(4):442-9. doi: 10.1001/jama.289.4.442
28. Coyle YM, Aday LA, Battles JB, Hynan LS. Measuring and predicting academic generalists'‘work satisfaction: implications for retaining faculty. Acad Med 1999;74(9):1021-7.
29. Janati A, Gholaamzade-Nikjo R, Portalleb A, Gholizadeh M. Survey of Mashhad family physicians satisfaction with family medicine programme. Zahedan J Res Med Sci 2012; 13(suppl 1):e95253.
30. Mikaniki E, Ashrafian Amiri H, Nasrollahpour Shirvani S, Kabir M, Jafari N, Nahimi Tabiei M, et al. Satisfaction of Family Physicians (FPs) about the Effective Factors on Activation of FP Program and Rural Insurance in the Northern Provinces of Iran. Journal of Babol University of Medical Sciences 2014;16(1):7-15. [In Persian]
31. 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. [In Persian]
32. Ghorbani K, Najaf Zadeh H, Sedighi A, Mousavi SM, Mahdavi MH, Monajemi F. Midwive's Satisfaction with family physician plan in Rasht. Journal of Holistic Nursing and Midwifery 2014;24(73):33-9. [In Persian]
33. Ministry of Health and Medical Education. Health System transformation Plan. 2019. [cited 2020 Mar 11] Available from: https://mui.ac.ir/sites/default/files/library/%D8%A8%D8%B1%D9%86%D8%A7%D9%85%D9%87%20%D8%AA%D8%AD%D9%88%D9%84%20%D9%86%D8%B8%D8%A7%D9%85%20%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA%20%D8%AF%D8%B1%20%D8%AD%D9%88%D8%B2%D9%87%20%D8%A8%D9%87%D8%AF%D8%A7%D8%B4%D8%AA.pdf. [In Persian]

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-11-14]
[DOI: 10.22062/5.3.247]

Original Article

The Effect of Health System Reform Plan on Satisfaction of Family Physicians of South Khorasan Province

Shaarbafchizadeh Nasrin[1], Shabankareh Khadijeh[2], Khakdel Zahra[3], Farabi Reza[4], Lashkari Reziyeh[4], Ghasemi Mohammad[3]*

• Received: 30. 05. 2019 • Revised: 09. 10. 2019 • Accepted: 10. 10. 2019

Abstract

Background & Objectives: One of the important plans of the health system reform plan is the expansion of the family physician program. In fact, the most appropriate strategy for achieving health in rural areas, in a referral system framework, is to employ family physicians to take the responsibility of people's health. The purpose of this study was to investigate the effect of health reform plan on physicians' satisfaction.

Methods: This cross-sectional descriptive-analytical study was performed on 130 family physicians in 91 centers covered by the program in South Khorasan province in 2018. Subjects were selected through census sampling. Data collection tool was a researcher-made questionnaire. Data were analyzed using Chi-square and ANOVA tests and through SPSS version 22.

Results: The overall satisfaction of family physicians was moderate. The highest rate of satisfaction was related to physicians' performance and the lowest was with patient's behavior. There was a statistically significant relationship between general satisfaction of family physicians and satisfaction with organizational environment, satisfaction with salary and benefits and satisfaction with implementation of health system reform plan.

Conclusion: Since family physicians' satisfaction can lead to improved productivity and health indicators, attention should be paid to factors that improve physicians' satisfaction such as proper and timely payment of their salary.

Keywords: Health System transformation Plan, Satisfaction, Family Physician, Comprehensive Rural Health Service Centers

•**Citation:** Shaarbafchizadeh N, Shabankareh K, Khakdel Z, Farabi R, Lashkari R, Ghasemi M. The Effect of Health System Reform Plan on Satisfaction of Family Physicians of South Khorasan Province. Journal of Health Based Research 2019; 5(3): 247-60. [In Persian]

1. Assistant Professor, Health Management and Economics Research Center, Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. PhD Student in Medical Library and Information Sciences, Student Research Committee, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. PhD Student in Health Services Management, Student Research Committee, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4. BSc in Public Health, Social Determinants of Health Research Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
*** Corresponding Author:** Mohammad Ghasemi
Address: School of Management and Medical Information, Hezar jarib ave, Isfahan
Tel: 009837775190 **Email:** armanghasemi320@gmai.com

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-11-14]

[DOI: 10.22062/5.3.247]