

بررسی کیفیت زندگی کاری ابراز شده پزشکان خانواده در استان مازندران

حسین شعبانی نژاد^۱، محمد عرب^{۲*}، آرش رشیدیان^۳، حجت زراعتی^۴، سبحان بهرامی^۵

۱- گروه مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۳- مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۴- گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۵- گروه اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز؛ معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت. تلفن: ۰۹۱۲۶۵۸۷۵۳۰
پست الکترونیک: arabmoha@tums.ac.ir

دریافت: ۹۰/۷/۴ پذیرش: ۹۱/۴/۲۲

چکیده

مقدمه: وضعیت کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده می‌تواند در نحوه ارائه خدمات به بیماران و جمعیت تحت پوشش آن‌ها تأثیرگذار باشد. هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده استان مازندران و عوامل تأثیرگذار بر آن بوده است.

روش کار: در پژوهش حاضر که از نوع مقطعی و توصیفی-تحلیلی می‌باشد، ۸۴ نفر از پزشکان خانواده استان مازندران به روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی تصادفی شده انتخاب گردیدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه کیفیت زندگی کاری ون لارن که حیطه‌های رضایت از شغل و حرفه، شرایط کاری، وضع عمومی سلامتی، ارتباط کار-منزل، استرس در کار و کنترل در کار را مورد سنجش قرار می‌دهد استفاده شد. اطلاعات هر پرسش در یک طیف پاسخ‌های لیکرتی (۵-۱) جمع‌آوری شد و در هر حیطه و کل پس از تجمیع به مآخذ (۱۰۰-۰) تراز گردید. داده‌های پرسشنامه‌ها پس از تکمیل با استفاده از روش‌های آماری و نرم‌افزار SPSS و با توجه به اهداف پژوهش از طریق آزمون‌های آماری t-test و Anova و مدل رگرسیونی با روش Backward مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری مورد استناد ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که کیفیت زندگی کاری ابراز شده پزشکان خانواده استان مازندران، متوسط و رو به پایین می‌باشد (۴۶٪). کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده‌ای که از مسؤولان مافوق خود، از مبلغ دریافتی، از زمان دریافت حقوق ماهانه خود، و از امکانات موجود در محل خدمت خود رضایت داشتند در تمام حیطه‌ها به طور معناداری ($p < 0/05$) بالاتر بود. همچنین بررسی اثر همزمان متغیرهای مستقل تعریف شده در این مطالعه بر کیفیت زندگی کاری ابراز شده نشان داد که تنها متغیرهای رضایت از مسؤول مافوق (با ضریب رگرسیون ۰/۸ و خطای معیار ۰/۳۶) و رضایت از زمان دریافت حقوق ماهانه مافوق (با ضریب رگرسیون ۰/۷ و خطای معیار ۰/۲۸) اثر معناداری داشتند ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد کیفیت زندگی کاری ابراز شده پزشکان خانواده استان مازندران در وضعیت چندان مناسبی قرار ندارد، لذا لازم است مسؤولان طرح پزشک خانواده در وزارت بهداشت و همچنین مسؤولان شبکه پزشک خانواده در استان مازندران توجه بیشتری به کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده معطوف نمایند و در جهت ارتقای کیفیت زندگی کاری آنان برنامه‌ها و راهکارهایی را مدنظر قرار دهند.

کلواژگان: پزشک خانواده، کیفیت زندگی کاری، رضایت از شغل و حرفه، شرایط کاری، وضع عمومی سلامتی

مقدمه

این طرح ارایه راهکارهایی به مدیران ارشد حوزه سلامت در جهت بهبود کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده به منظور ارتقای سطح کارایی آنان و افزایش رضایت‌مندی افراد تحت پوشش می‌باشد.

روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی-تحلیلی می‌باشد و به صورت مقطعی در سال ۱۳۸۸ در استان مازندران انجام شد. در این مطالعه، جامعه پژوهش را پزشکان خانواده استان مازندران تشکیل می‌دادند. در این پژوهش کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده به عنوان متغیر وابسته و نوع استخدام، وضعیت بومی بودن، میزان رضایت از مسوول مافوق، میزان رضایت از امکانات موجود در محل خدمت، میزان رضایت از حقوق ماهیانه، میزان رضایت از زمان دریافت حقوق ماهیانه به عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شده است.

برای برآورد میانگین نمره کیفیت زندگی کاری با اطمینان ۹۵٪ و در نظر گرفتن ضریب تصحیح جامعه محدود و نیز احتمال ریزش ده درصدی، حجم نمونه ۸۴ نفر در نظر گرفته شد. نمونه نهایی پژوهش حاضر از بین پزشکان خانواده هر شهرستان، به نسبت جنسیت و به نسبت هر منطقه، به طور تصادفی انتخاب گردید. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی کاری تهیه شده بر اساس مطالعه انجام شده توسط دارن ون لار^۲ و همکاران استفاده گردید (۸). پرسشنامه کیفیت زندگی کاری در دو بخش تنظیم شد: بخش اول، در برگیرنده اطلاعاتی پیرامون وضعیت دموگرافیک پزشکان خانواده است و بخش دوم شامل سؤالاتی است که از طریق فاکتورهای رضایت از شغل و حرفه^۳، شرایط کاری^۴، وضع عمومی سلامتی^۵، ارتباط کار-منزل^۶، استرس در کار^۷ و کنترل در کار^۸، کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده را می‌سنجد.

مقیاس مورد استفاده در این پرسشنامه مقیاس لیکرت بود. هر یک از پرسش‌ها در طیف (۵-۱) مورد ارزیابی و سپس تجمیع قرار گرفتند. به منظور مقایسه و ارزیابی بهتر نتایج این مطالعه با سایر مطالعات، در هر یک از حیطه‌های کیفیت زندگی کاری و

کیفیت زندگی کاری برنامه‌ای جامع و فراگیر می‌باشد که موجب افزایش رضایت کارکنان و تقویت یادگیری در محل کار می‌گردد، و به کارکنان کمک می‌کند که بهتر بتوانند با تغییرات و جابجایی کنار بیایند (۱). عدم رضایت از زندگی کاری می‌تواند اثرات منفی بر کارکنان، بدون توجه به موقعیت شغلی آنان داشته باشد. با توجه به اهمیت موضوع کیفیت زندگی کاری، بسیاری از مدیران روش‌هایی را برای کاهش نارضایتی در تمام سطوح سازمانی، حتی در سطوح مدیریت، جستجو می‌کنند (۲). اصلاح نظام سلامت، در دهه‌های گذشته موضوع مورد علاقه همه کشورهای جهان و به ویژه کشورهای در حال توسعه بوده است. محتوای این اصلاحات به خصوص در کشورهای در حال توسعه باید گذشته از برقراری عدالت و افزودن به کارایی و اثربخشی خدمات، تغییر در روش‌های تأمین مالی و عدم تمرکز را به عنوان شاخص‌ترین تغییر در اصلاح ساختار و عملکرد مدیریت مضمون کار خویش قرار دهد (۳). در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به عنوان یکی از برنامه‌های اصلاحات در نظام سلامت، پزشک عمومی و تیم وی مسوولیت کامل سلامت افراد و خانواده‌های تحت پوشش خود را به عهده دارند و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسوولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز بر عهده دارند. بنابراین یکی از مهم‌ترین وظایف پزشک خانواده، ارایه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است که بدون ارایه این خدمات نمی‌توان از اصطلاح پزشک خانواده برای ارایه صرف خدمات درمانی استفاده نمود (۴).

رضایت‌مندی شغلی پزشکان خانواده یک فاکتور مهم برای نظام‌های سلامت محسوب می‌شود، چرا که سطح اول ارایه خدمات، مسوولیت ارایه خدمات پزشکی برای نسبت بیشتری از جمعیت نسبت به سایر سطوح را دارد (۵). پزشکان خانواده معمولاً میان بیماران زندگی می‌کنند و از ۹۰٪ مشکلات سلامت آن‌ها، به خصوص ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی مطلع هستند و در صورت نیاز آن‌ها را به سطوح بالاتر ارجاع می‌دهند (۶). از این رو، برداشت و احساس پزشکان خانواده ممکن است بر شیوه‌ای که آن‌ها با بیماران رفتار می‌کنند، چه از نظر پزشکی و چه از نظر شخصی تأثیرگذار باشد (۷).

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین میزان کیفیت زندگی کاری ابراز شده (QWL)^۱ پزشکان خانواده و بررسی عوامل مؤثر بر آن در استان مازندران در سال ۱۳۸۸ بود. هدف کاربردی

^۱ Quality of Working Life

^۲ Darren Van Laar

^۳ Control & Job Satisfaction

^۴ Work Conditions

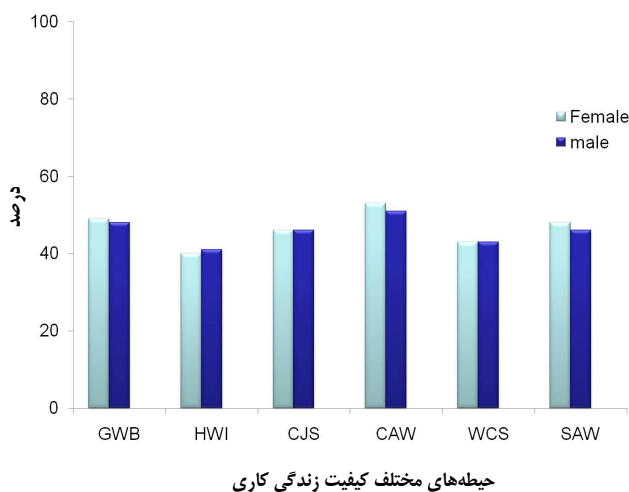
^۵ General Wellbeing

^۶ Work Life Balance

^۷ Stress At Work

^۸ Control At Work

بر اساس بررسی‌های انجام شده و همان طور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود، کیفیت زندگی کاری ابراز شده پزشکان خانواده مرد در حیطه‌های وضع عمومی سلامتی (GWB)، ارتباط کار-منزل (HWI) و رضایت از شغل و حرفه (CJS) بیشتر از زنان می‌باشد؛ ولی در حیطه‌های کنترل در کار (CAW)، استرس در کار (SAW) کیفیت زندگی کاری ابراز شده زنان بیشتر از مردان می‌باشد و در حیطه شرایط کاری (WCS) کیفیت زندگی کاری ابراز شده پزشکان خانواده مرد و زن با هم برابر است. همچنین به طور کلی کیفیت زندگی کاری زنان از مردان بیشتر است، اما این تفاوت‌ها در هیچ یک از حیطه‌های کیفیت زندگی کاری از لحاظ آماری معنادار نیست.



نمودار ۱- مقایسه درصد کیفیت زندگی کاری ابراز شده در حیطه‌های مختلف پزشکان خانواده به تفکیک مرد و زن

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که کیفیت زندگی کاری ابراز شده (QWL) پزشکان خانواده مجرد در تمام حیطه‌ها بالاتر از کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده متأهل می‌باشد؛ ولی این تفاوت‌ها فقط در حیطه استرس در کار (SAW) از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. همچنین کیفیت زندگی کاری ابراز شده کل (WRQL) نیز در پزشکان خانواده مجرد بالاتر می‌باشد (جدول ۲)، اما این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نیست.

جدول ۲- مقایسه متوسط کیفیت زندگی کاری ابراز شده به تفکیک وضعیت تأهل، محل سکونت و بومی بودن

کیفیت زندگی کاری	میانگین (مقیاس ۱۰۰-۰)	انحراف معیار
وضعیت تأهل		
مجرد	۵۰	۱۵
متأهل	۴۵	۱۵
محل سکونت		
ساکن منطقه	۴۵	۱۵
غیر ساکن	۴۹	۱۶
وضعیت بومی بودن		
بومی منطقه	۴۹	۱۶
غیر بومی	۴۶	۱۹

کل پس از تجمیع نمرات به مآخذ ۱۰۰-۰ تراز گردید. پرسشنامه کیفیت زندگی کاری، بعد از ترجمه با توجه به شرایط فرهنگی و موقعیتی ایران و همچنین با توجه به این که جامعه پژوهش را پزشکان خانواده تشکیل می‌دادند تنظیم گردید. جهت تعیین روایی پرسشنامه، از استادان و صاحب‌نظران گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران و همچنین کارشناسان حوزه گسترش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استفاده شد. همچنین پایایی پرسشنامه مذکور به روش آزمون-باز آزمون^۹ انجام شد. ضریب همبستگی ۰/۹۵ بین سؤالات وجود داشت، آلفای کرونباخ^{۱۰} برای سنجش ارتباط درونی پرسش‌ها ۰/۷۸ بود و به تفکیک پرسش‌ها، ضریب همبستگی قبل و بعد، بین ۰/۵۴ تا ۱ بود. سؤالات دارای همبستگی پایین با نظر صاحب‌نظران اصلاح شدند. جهت تجزیه تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده، از روش‌های آماری و نرم‌افزار SPSS استفاده شد. آزمون‌هایی که در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفت عبارتند از آزمون تی، برای مقایسه‌های دو گروهی و آنالیز واریانس یک طرفه، برای مقایسه‌های چند گروهی. همچنین اثر همزمان متغیرهای مستقل تعریف شده در این مطالعه با استفاده از روش بک‌وارد^{۱۱} در مدل رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. سطح معناداری مورد استناد ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

تعداد پزشکان خانواده در حال خدمت در استان مازندران در زمان مطالعه ۴۲۲ نفر بود که ۵۹٪ آن‌ها مرد و ۸۱٪ متأهل بودند. همچنین ۹۶٪ از پزشکان خانواده بین ۲۵-۴۵ سال سن داشتند و ۹۰٪ از آن‌ها بومی استان بودند.

همان طوری که در جدول ۱ مشاهده می‌شود از بین حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی کاری، کنترل در کار (CAW) دارای بالاترین میانگین (۵۲٪) و ارتباط کار-منزل (HWI) دارای کمترین میانگین (۴۱٪) می‌باشد و میانگین تصحیح شده کیفیت زندگی کاری ابراز شده کل^{۱۲} نیز ۴۶٪ با انحراف معیار ۱۲ می‌باشد.

جدول ۱- مقایسه متوسط کیفیت زندگی کاری ابراز شده در حیطه‌های مختلف

WRQOL	SAW	WCS	CAW	CJS	HWI	GWB	QWL
۴۶	۴۷	۴۳	۵۲	۴۶	۴۱	۴۸	میانگین (مقیاس ۱۰۰-۰)
۱۲	۲۳	۲۰	۲۱	۱۶	۲۱	۱۴	انحراف معیار

^۹ Test- Retest

^{۱۰} Alpha Cronbach's

^{۱۱} Backward

^{۱۲} Work Related Quality Of Life

بحث

بر اساس مرور مجله‌های پزشکی و مقالات مرتبط با موضوع در کشورهای دیگر، یک توافق عمومی وجود دارد که رضایت شغلی پزشکان خانواده رو به کاهش است (۹ و ۱۰). افزایش جمعیت و انتظارات بیماران، افزایش فشار زمانی و محدودیت‌های هزینه‌های عواملی هستند که بر نارضایتی پزشکان تأثیر گذارند (۱۱).

کیفیت زندگی کاری ابراز شده پزشکان خانواده استان مازندران، در حد متوسط و به پایین می‌باشد که البته این میزان رضایت‌بخش نیست. دلایل زیادی ممکن است بر این امر دخیل باشد که از مهم‌ترین دلایل آن مشکلاتی است که طرح پزشک خانواده در مرحله آغازین خود تجربه می‌کند (۱۲) و ممکن است توجه کافی به شرایط کاری و زندگی شخصی پزشکان خانواده نشده باشد. بر اساس نتایج این پژوهش، تفاوت معناداری بین کیفیت زندگی کاری ابراز شده پزشکان خانواده زن و مرد وجود ندارد. این یافته با یافته‌های اکر^{۱۳} و همکاران هم‌خوانی دارد (۱۳). همان طوری که نتایج این پژوهش نشان می‌دهد کیفیت زندگی کاری ابراز شده در پزشکان خانواده متأهل، پایین‌تر از پزشکان خانواده مجرد می‌باشد که این نشان‌دهنده آن است که عدم خدمت در محل سکونت خود، مشکلاتی را بر سر راه پزشکان خانواده متأهل قرار می‌دهد و در نتیجه بر کیفیت زندگی کاری آن‌ها تأثیر می‌گذارد. چون عموماً زندگی برای پزشکان خانواده‌ای که مجرد هستند، به صورت موقت و در محل خدمت امکان‌پذیر است ولی این حالت ممکن است برای پزشکان خانواده متأهل فراهم نباشد. با توجه به این که ۸۱٪ از پزشکان خانواده در استان مازندران از پزشکان خانواده متأهل تشکیل می‌دهند، کیفیت زندگی کاری آن‌ها باید مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

بر اساس نتایج به دست آمده از کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده بر حسب سن، کیفیت زندگی کاری ابراز شده پزشکان خانواده با افزایش سن کاهش یافته است. نسل سراجی و حسین درگاهی در مطالعه‌ای با بررسی کیفیت زندگی کاری کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تهران به نتایجی دست یافتند که مغایر یافته‌های این پژوهش است، به این صورت که با افزایش سن، کیفیت زندگی کاری افزایش می‌یابد (۱). همچنین مطالعات انجام شده در سایر کشورها نشان می‌دهد که به طور کلی پزشکان مسن‌تر نسبت به پزشکان جوان‌تر از کارشان راضی‌تر هستند (۱۶-۱۴). همچنین کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده‌ای که دارای کمترین سابقه کاری هستند دارای بالاترین

بر اساس نتایج این پژوهش، پزشکان خانواده‌ای که از حقوق ماهیانه، زمان دریافت حقوق ماهیانه، امکانات موجود در محل خدمت و همچنین از مسؤول مافوق خود رضایت داشتند، از میزان کیفیت زندگی کاری ابراز شده بالاتری برخوردار بودند و این تفاوت‌ها در تمام حیطه‌ها از لحاظ آماری معنادار بود ($p < 0.05$). همچنین پزشکان خانواده‌ای که در روستای محل خدمت ساکن بودند (بیتوته)، در مقایسه با پزشکان خانواده غیر ساکن، از کیفیت زندگی کاری ابراز شده پایین‌تری برخوردار بودند. از طرفی کیفیت زندگی کاری ابراز شده پزشکان خانواده بومی استان مازندران در تمام حیطه‌ها بالاتر از کیفیت زندگی کاری ابراز شده پزشکان خانواده غیربومی بود (جدول ۲).

یافته‌ها نشان داد پزشکان خانواده‌ای که دارای کمترین میزان سابقه کاری بودند (۱۲-۱ ماه) از بالاترین میزان کیفیت زندگی کاری ابراز شده برخوردار بودند. همچنین کیفیت زندگی کاری ابراز شده کل (WRQL) پزشکان خانواده پاره‌وقت، بالاتر از سایر پزشکان خانواده بود که این تفاوت نیز از لحاظ آماری معنادار نبود. پزشکان خانواده‌ای که دارای کمترین میزان ساعت کاری در هفته بودند (۵۰-۴۱ ساعت) از میزان کیفیت زندگی کاری ابراز شده بالاتری نسبت به سایر پزشکان خانواده برخوردار بودند.

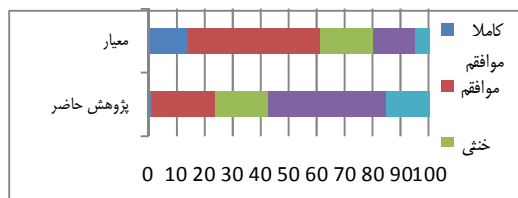
بررسی اثر همزمان متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، رضایت از مسؤول مافوق، رضایت از مبلغ دریافتی، رضایت از زمان دریافت حقوق ماهانه، رضایت از امکانات موجود در محل خدمت، ساکن بودن در منطقه و وضعیت بومی بودن بر کیفیت زندگی کاری ابراز شده کل (WRQL) با استفاده از روش بک‌وارد در مدل رگرسیون نشان داد که تنها متغیرهای رضایت از مسؤول مافوق و رضایت از زمان دریافت حقوق ماهانه اثر معناداری داشتند، به طوری که پزشکان خانواده‌ای که از مسؤول مافوق خود راضی بودند، ۰/۸ واحد از کیفیت زندگی کاری کل (WRQL) بالاتری برخوردار بودند و پزشکان خانواده‌ای که از زمان دریافت حقوق ماهانه خود راضی بودند از ۰/۷ واحد کیفیت زندگی کاری ابراز شده کل (WRQL) بالاتری برخوردار بودند و در این بین متغیر رضایت از زمان دریافت حقوق ماهانه مؤثرتر بود (جدول ۳).

جدول ۳- ضرایب رگرسیونی بررسی همزمان متغیرها بر کیفیت زندگی کاری ابراز شده کل

متغیرهای مستقل معنادار شده از نظر آماری	ضریب	ضریب استاندارد شده	خطای معیار p
رضایت از مسؤول مافوق	۰/۸	۰/۲	۰/۰۳
رضایت از زمان دریافت حقوق ماهانه	۰/۷	۰/۳	۰/۰۱

¹³ Eker

هزار نفر از کارکنان انگلیس مورد بررسی قرار گرفته است که به عنوان معیار ۱۷ در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است (۱۹). همان طوری که در نمودار ۲ ملاحظه می‌گردد پژوهش حاضر در مقایسه با این معیار از وضع نامطلوبی برخوردار است.



نمودار ۲- مقایسه کیفیت زندگی کاری پژوهش حاضر و معیار به دست آمده بر اساس پژوهش HSE

نتیجه گیری

از آنجا که کیفیت زندگی کاری پایین ممکن است بر کیفیت خدمات و تعهدات تأثیر بگذارد و به عنوان یک عامل تأثیرگذار مرتبط با کمبود آرایه خدمات سلامتی باشد (۲۰) و همان طوری که نتایج این پژوهش نشان داد و بر اساس مقایسه انجام شده، کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده استان مازندران در وضعیت خوبی قرار ندارد. لذا مسؤولان طرح پزشک خانواده در وزارت بهداشت و همچنین مسؤولان شبکه پزشک خانواده در استان مازندران توجه بیشتری به کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده معطوف نمایند و در جهت ارتقای کیفیت زندگی کاری آنان برنامه‌ها و راهکارهایی را مدنظر قرار دهند. بر اساس نتایج این پژوهش، از بین فاکتورهای کیفیت زندگی کاری، حیطه ارتباط کار- منزل (HWI) از کمترین میزان برخوردار بود. لذا لازم است که در جهت هماهنگی بیشتر زندگی کاری و زندگی شخصی پزشکان خانواده به منظور ارتقای کیفیت زندگی کاری آنان اقداماتی صورت گیرد.

همچنین لازم است پژوهش‌هایی با هدف مقایسه کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده کشورمان و سایر کشورها صورت گیرد تا راهکارهایی در جهت ارتقای کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده کشورمان به دست آوریم. مقایسه کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده کشورمان که در استان‌های مختلف مشغول خدمت هستند می‌تواند در جهت شناسایی عوامل مرتبط در جهت بهبود کیفیت زندگی کاری کمک کننده باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه با عنوان بررسی کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده در استان مازندران در سال ۱۳۸۶ در مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا شده است.

میزان می‌باشد و به تناسب بالا رفتن سابقه کاری، کیفیت زندگی کاری آنان کاهش می‌یابد؛ این موضوع که ممکن است آینده خوبی را برای طرح پزشک خانواده رقم نزند، ممکن است به دلایل زیادی رخ داده باشد: از جمله عمل نکردن به تعهداتی که در ابتدای این طرح در نظر گرفته شده بود، وضعیت نامطلوب محیط کار، نارضایتی از زمان دریافت حقوق و غیره. این یافته با مطالعه‌ای که توسط سابرس^{۱۴} و همکاران انجام شد مطابقت دارد. آنان به این نتیجه رسیدند که رابطه مثبت بین رضایت کلی پزشکان خانواده و سال‌های کاری کمتر وجود دارد (۱۷). همچنین ماینوس^{۱۵} و همکاران گزارش کردند که پزشکان خانواده‌ای که از کارشان ناراضی هستند بیشتر تمایل به ترک خدمت دارند (۱۸). لذا به منظور تداوم طرح پزشک خانواده در کشورمان و بهبود کیفیت خدمات آرایه شده به پزشکان لازم است به مقوله کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده و افزایش رضایت شغلی آن‌ها توجه لازم صورت گیرد.

پزشکان خانواده‌ای که ساکن منطقه نیستند (بیتوته ندارند)، دارای کیفیت زندگی کاری ابراز شده بالاتری نسبت به پزشکان خانواده‌ای که ساکن منطقه هستند دارند. این موضوع می‌تواند به این دلیل باشد که عواملی نظیر مراجعات زیاد بیماران در ساعات‌های غیر کاری و دوری از خانواده بر کیفیت زندگی کاری پزشکان تأثیر بگذارد. اهمیت این مسأله در آنجا است که در درازمدت، مطلوب آن است که پزشک خانواده در محل خدمت یا نزدیک به آن ساکن باشد. حال آن که پایین بودن کیفیت زندگی کاری، تداوم بیتوته در محل را با چالش مواجه می‌کند. از طرفی کیفیت زندگی کاری ابراز شده پزشکان خانواده‌ای که بومی منطقه محل خدمت خود هستند بالاتر از پزشکان خانواده‌ای که بومی نیستند می‌باشد که می‌تواند به دلیل عدم دوری از خانواده و سایر مسایل کاری که بر زندگی شخصی پزشکان خانواده تأثیر می‌گذارد باشد.

پزشکان خانواده‌ای که از مبلغ دریافتی و همچنین از زمان دریافت حقوق ماهانه خود راضی هستند دارای کیفیت زندگی کاری ابراز شده بالاتری هستند. این نتیجه به اهمیت میزان مبلغ دریافتی و زمان پرداخت این مبلغ اشاره دارد. در مطالعه نسل سراجی و درگاهی، حقوق پرداختی به عنوان یکی از مهم‌ترین فاکتورهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی کاری شناخته شد (۱۹). از آنجا که کیفیت زندگی کاری یک مفهوم مقایسه‌ای است، لذا مقایسه آن با پژوهش‌های انجام شده در این زمینه می‌تواند دیدگاه بهتری را در ارتباط با وضعیت موجود آرایه نماید. بر اساس پژوهشی که توسط مجری امنیت و سلامت ۱۶ در انگلیس صورت گرفته است، کیفیت زندگی کاری بیش از سی

¹⁴ Sobreques

¹⁵ Mainous

¹⁶ Health & Safety Executive

¹⁷ Benchmark

References

- 1- Nasl Saraji G, Dargahi H. Study of quality of work life (QWL). *Iranian J Public Health* 2006; 35(4): 8-14. (in Persian)
- 2- Walton RE. Quality of Work Life (QWL) Measurement. Available from: <http://syn.com/qwl.htm>: 2005.
- 3- Hatami H, Textbook of Public Health. Volume 2. Tehran; 2006. (in Persian)
- 4- Ministry of Health. Family physicians and rural health program performance report in 2005. Tehran; 2006. (in Persian)
- 5- Carman G, Sandra R, Isable R. Family physician job satisfaction in different medical care organization models. *Family practice* 2000; 17(4): 309-313.
- 6- Mc whinney I. Family physicians are generalist. *Canadian Family Physician Journal* 2006; 52: 434-439.
- 7- Jones TO, Sasser W. Why satisfied customers defect. *Harvard business Review* 1995: 88-89.
- 8- Darren Van Laar, Julian A. Easton S. The work-related quality of life scale for healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 60 (3): 325-333.
- 9- Smith R. Why are doctors so unhappy. *BMJ* 2001; 322: 1073-4.
- 10- Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. *N Engl J Med* 2004; 350: 69-75.
- 11- Mechanic D. Physician discontent. *JAMA* 2003; 291: 941-6.
- 12- Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. *Health Policy and Planning* 2010; 26 (2): 1-11.
- 13- Eker L, Tuzun EH, Daskapan A, Surenkok O. Predictors of job satisfaction among physiotherapists in Turkey. *J Occup Health* 2004; 46(6): 500-5.
- 14- Branthwaite A, Ross A. Satisfaction and job stress in general practice. *Fam Pract* 1988; 5: 83-93.
- 15- Winefield HR, Anstey TJ. Job stress in general practice: practitioners age, sex and attitudes as predictors. *Fam Pract* 1991; 8: 140-144.
- 16- Al-Eisa IS, Al-Mutar MS, Al-Abduljalil HK. Job Satisfaction of Primary Health Care Physicians at Capital Health Region. *Middle East Journal of Family Medicine* 2005; 3: 2-5.
- 17- Sobreques J, Cebria J, Segura J, Rodriguez C, Garcia M, Juncosa S. Job satisfaction and burnout in general practitioners. *Aten Primaria* 2003; 31 (4): 227-33.
- 18- Mainous AG, Ramsbottom-Lucier M, Rich EC. The role of clinical workload and satisfaction with workload in rural primary care physician retention. *Archives of Family Medicin* 1994; 3(9): 787-92.
- 19- Improving Quality of Working Life, Summary report and data analysis of the Quality of Working Life Survey for: Cardiff University, Cardiff, Wales, UK; December 2007 to January 2008.
- 20- Von de Looi F, Bender J. Not just money, quality of working life as employment strategy. *Health Man Pow* 1995; 21 (3): 27-33.

Quality of Working Life of Family Physicians in Mazandaran

Shabaninejad H¹ (PhD Student), Arab M^{2*} (PhD), Rashidian A^{2,3} (MD, PhD), Zeraati H⁴ (PhD), Bahrami S⁵ (MD, PhD Student)

¹ *Department of Health Policy and Management, Faculty of Management and Medical Information, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

² *Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

³ *National Institute of Health Research of Iran, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

⁴ *Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

⁵ *Department of Health Ethics, Shiraz University of Medical Sciences, Iran; Mazandaran University of Medical Sciences. Deputy of public Health*

Received: 26 Sep 2011, Accepted: 13 Jul 2012

Abstract

Introduction: Quality of working life of family physicians influences the way they provide services to patients. The purpose of this study was to assess the quality of working life of family physicians in Mazandaran and to determine the related factors.

Methods: A cross-sectional study was conducted among family physicians in Mazandaran. The data were collected using a standard questionnaire including 24 questions. The questionnaire was designed according to the Likert scale. A stratified random sampling technique was used to select 84 respondents. After completing the questionnaire, data were analyzed using the statistical tests in the SPSS. The simultaneous effect of the independent variables was evaluated using the backward regression model (significant level=0.05).

Results: According to the results, the quality of working life of family physicians in Mazandaran was average and low (%46). The quality of working life of family physicians who were satisfied with their higher level managers, payment system, and facilities of their workplaces were higher in compare with those who were not satisfied with these factors ($p<0.05$). Also the simultaneous effect of the independent variables on the quality of working life showed that only satisfaction with the higher level managers and payment system had significant effect (0.8; SE=0.36 and 0.7; SE=0.28, respectively).

Conclusion: Based on the results of this study and benchmark comparisons, the quality of working life of family physicians in Mazandaran was not appropriate. It seems that the decision-makers should pay more attention on the quality of working life of family physicians in order to solve the problems and to improve their quality of working life.

Key words: job satisfaction, family physician, general wellbeing, quality of working life

Please cite this article as follows:

Shabaninejad H, Arab M, Rashidian A, Zeraati H, Bahrami S. Quality of working life of Family Physicians in Mazandaran. *Hakim Research Journal* 2012; 15(2): 178- 184.

*Corresponding Author: Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel: +98- 912- 6587530, E-mail: arabmoha@tums.ac.ir