

بررسی عوامل مؤثر بر ترک خدمت پزشکان خانواده در مناطق روستایی استان‌های با ضریب محرومیت کمتر از ۱/۴ (برخوردار) کشور

عزیزاله عاطفی^۱، سعیده آقامحمدی^{۲*}، عصمت جمشیدیگی^۲، مهرداد ضرابی^۲، ابوالقاسم پوررضا^۳، محمد شریعتی^۴

۱- معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۲- مرکز مدیریت شبکه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۳- گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۴- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
* نویسنده مسؤول: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت شبکه. تلفن: ۰۹۱۲۵۰۲۷۶۳۹
پست الکترونیک: Aghamohamadi@health.gov.ir

دریافت: ۹۲/۴/۱۶ پذیرش: ۹۲/۱۱/۳

چکیده

مقدمه: یکی از چالش‌های اجرایی برنامه پزشک خانواده، ریزش نیروی پزشکان خانواده به ویژه در مناطق محروم است. هدف از انجام این مطالعه، بررسی عوامل مؤثر بر ترک خدمت پزشکان خانواده در مناطق روستایی استان‌های با ضریب محرومیت کمتر از ۱/۴ (برخوردار) کشور بود.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع پژوهش نظام سلامت (Health System Research) و مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی مقطعی بود. بررسی به شیوه سرشماری و پرسشگری از تمام مراکز مجری برنامه پزشک خانواده و تمامی پزشکان شاغل و طرف قرارداد، در نیمه اول سال ۱۳۸۹ انجام گرفت. داده‌ها از طریق مصاحبه مستقیم با واحد آماری و تکمیل پرسشنامه جمع‌آوری شدند و با استفاده از آزمون مجذور کای و توسط نرم‌افزار SPSS 15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: پنج عامل اول مؤثر بر ترک خدمت پزشکان عبارت بودند از: وضعیت نامناسب پرداخت‌ها، وضعیت نامناسب حقوق، ساعت کار زیاد، برخورد نامناسب مردم، و بار مراجعه بالا.

نتیجه‌گیری: ریزش پزشکان در این مناطق روند افزایشی دارد که البته نسبت به مناطق محروم کمتر است. افزایش مجوز استخدام در این مناطق، اصلاح شیوه مدیریت مالی و پرداخت‌های به موقع و افزایش حقوق، ایجاد تخصص پزشک خانواده و اولویت ورود به آن برای پزشکان فعال در این برنامه از جمله اقدامات لازم جهت کاهش ریزش پزشکان است.

کلواژگان: عوامل، پزشک خانواده، ترک خدمت، ضریب محرومیت

مقدمه

سال ۱۹۹۰ یک دوره ۴ ساله با عنوان پزشک خانواده تأسیس شد (۳). در روسیه، در سال ۱۹۹۲ پزشک خانواده به عنوان یک تخصص مورد تصویب قرار گرفت (۴) و بالاخره در سال ۱۹۹۷، حدود ۵۶ کشور برنامه رزیدنتی پزشک خانواده را برقرار نمودند (۱). در چین مفهوم پزشک خانواده به مراقبت‌های سلامتی اطلاق می‌شود که در جامعه برای همه گروه‌ها به وسیله پزشک عمومی و تیم‌های مراقبت اولیه‌اش تدارک دیده می‌شود (۵). در حال حاضر، پزشک خانواده در مرکز نظام سلامتی ایالات متحده

از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، پزشک خانواده، مرکز تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیت، هزینه اثربخشی و برابری در سیستم‌های مراقبت‌های سلامتی به شمار می‌رود (۱). پزشک خانواده، مسؤول هماهنگی و هدایت تیم آرایه دهنده خدمات سلامت در منطقه تحت پوشش خود است که پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسؤولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز به عهده دارد (۲). اجرای برنامه پزشک خانواده در برخی کشورهای دنیا دارای تاریخچه روشن و نتایج مثبتی است. در مالزی در

نتایج

کل جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده در این گروه از دانشگاه‌ها، ۱۳۵۴۱۱۵۸ نفر و متوسط جمعیت تحت پوشش به ازای هر پزشک ۶۶۱۸ نفر بود که به طور میانگین با ۳۴/۵٪ کسری پزشک خانواده مواجه بودند. میانگین سن پزشکان خانواده حدود ۳۳ سال و میانگین سال بعد از فارغ‌التحصیلی ۵ سال بود. ۴۸/۵٪ پزشکان خانواده زن و ۵۱/۵٪ مرد بودند. حدود ۳۰٪ پزشکان خانواده مجرد بودند. حدود ۷۵٪ پزشکان خانواده در این گروه، بومی استان و شهرستان محل خدمت خود بودند و حدود ۱۸/۵٪ غیربومی بودند. بار مراجعات جمعیت تحت پوشش این گروه، ۱/۸ بار در سال بود. ترک خدمت پزشکان در این سال ۱۱۷۸ نفر بود (یعنی حدود ۴۰٪). از نظر وضعیت استخدامی در این گروه، حدود ۵/۵٪ قرارداد با بخش غیردولتی، ۴۱٪ نیروی طرحی، ۶٪ پیمانی، ۲۱٪ رسمی و ۲۶٪ پیام‌آور بودند. برای کل دانشگاه‌های این گروه، متوسط ماندگاری پزشکان خانواده ۲۴/۱ ماه و متوسط ماندگاری در مرکز بهداشتی درمانی محل خدمت فعلی آن‌ها ۱۷ ماه بود. برای پرداخت ۸۰٪ حقوق، متوسط تاخیر حدود ۲۳ روز و برای پرداخت ۲۰٪، متوسط تأخیر ۵۳ روز محاسبه گردید.

بر اساس پاسخ‌های مصاحبه، وضعیت نامناسب پرداخت‌ها با ۱۹٪، وضعیت نامناسب حقوق با ۱۸٪، ساعات کاری زیاد با ۱۳/۱٪، برخورد نامناسب مردم با ۱۰/۴٪ و بار مراجعه بالا با ۹٪ به عنوان پنج عامل اول ترک خدمت پزشکان شناخته شدند. بر اساس نتایج بررسی، بین مبلغ دریافتی ماهانه ($p=0/001$)، زمان دریافت حقوق ماهانه ($p=0/001$)، ساعات کاری ($p=0/003$)، جمعیت تحت پوشش ($p=0/021$) و بومی بودن ($p=0/039$) با ترک خدمت پزشکان ارتباط معناداری وجود داشت؛ اما بین امکانات تفریحی و آموزشی محل خدمت ($p=0/057$) و فاصله مرکز محل خدمت تا شهر ($p=0/023$) با ترک خدمت پزشکان خانواده ارتباط معناداری وجود نداشت. همچنین وضعیت نامناسب حقوق با ۲۵/۳٪، وضعیت نامناسب پرداخت‌ها با ۱۸/۸٪، ساعت کار زیاد با ۱۴٪، ادامه تحصیل با ۱۲/۴٪ و عوامل ناشی از ادامه تحصیل با ۱۲/۲٪ به عنوان عوامل اصلی قطع همکاری پزشکان در آینده شناسایی شدند.

بحث

یکی از مهم‌ترین مشکلات اجرایی برنامه پزشک خانواده، موضوع ریزش پزشکان و ماندگار نبودن آن‌ها در نظام سلامت می‌باشد که موجب افزایش سرانه جمعیت تحت پوشش هر

امریکا قرار دارد (۶). در جمهوری اسلامی ایران، برنامه پزشک خانواده با اهداف افزایش پاسخگویی در بازار سلامت، افزایش دسترسی، پوشش و از همه مهم‌تر افزایش رضایتمندی مردم نسبت به خدمات سلامتی به وجود آمد (۲)؛ اما در مرحله اجرای این برنامه با چالش ریزش نیروی پزشکان خانواده به ویژه در مناطق محروم رو به رو شد. از آن جایی که پزشک خانواده، نیروی محوری در تیم سلامت و اجرای صحیح این برنامه می‌باشد، فقدان ماندگاری وی در منطقه با مفهوم پزشک خانواده که باید با وضعیت سلامتی جمعیت تحت پوشش خود آشنایی کامل داشته باشد تناقض ایجاد می‌کند (۷). بنابراین در این مطالعه به بررسی عوامل مؤثر بر ترک خدمت پزشکان خانواده در مناطق روستایی استان‌های با ضریب محرومیت کمتر از ۱/۴ (برخوردار) کشور پرداخته شد تا با شناسایی این عوامل بتوان اقدامات اجرایی مناسبی جهت کاهش ریزش پزشکان در این مناطق انجام داد.

روش کار

این بررسی از نوع پژوهش نظام سلامت^۱ بود و مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی مقطعی محسوب می‌گردد که با شیوه سرشماری و پرسشگری از تمامی مراکز مجری برنامه پزشک خانواده و تمامی پزشکان طرف قرارداد در نیمه اول سال ۱۳۸۹ انجام شد. جامعه آماری، شامل تمامی مراکز مجری برنامه پزشک خانواده (۲۰۴۸ مرکز) و تمامی پزشکان خانواده طرف قرارداد (۲۹۳۳ پزشک) در استان‌ها یا دانشگاه‌های علوم پزشکی با ضریب محرومیت کمتر از ۱/۴ (برخوردار) کشور در طول سال ۱۳۸۹ بود. گردآوری داده‌ها توسط پرسشگران و از طریق مصاحبه با واحد آماری، توسط دو نوع پرسشنامه صورت گرفت: پرسشنامه شماره ۱) مشخصات مرکز بهداشتی درمانی محل اجرای برنامه پزشک خانواده و ویژگی‌های منطقه محل استقرار؛ پرسشنامه شماره ۲) پرسش‌هایی برای مصاحبه با پزشک خانواده موجود که دارای بخش‌های اطلاعات عمومی فرد مورد مصاحبه، اطلاعات مربوط به امکانات، اطلاعات مربوط به ترک خدمت پزشکان خانواده بود. برای هر مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، یک پرسشنامه شماره ۱ و به تعداد پزشکان خانواده شاغل در آن، پرسشنامه شماره ۲ تکمیل شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون مجذور کای توسط نرم‌افزار SPSS 15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

¹ Health System Research

ضعیف‌ترین عملکرد را دارا بودند (۱۲). نهایتاً این که تا سال ۱۳۸۹ با گذشت ۶ سال از اجرای برنامه پزشک خانواده، متوسط ۱۷ ماه ماندگاری پزشکان در مرکز محل خدمت، آن هم برای مناطق برخوردار وضعیت مناسبی را نشان نمی‌دهد.

نتیجه‌گیری

هر چند برای رفع معضل ماندگاری کم پزشکان در برنامه پزشک خانواده، تلاش‌هایی از جمله قرار دادن ضریب ماندگاری در فرمول محاسباتی حقوق پزشکان خانواده، برقراری امکان ادامه تحصیل در برنامه با شرایط خاص مثل ورود به دوره MPH به صورت مجازی صورت پذیرفته است، اما این اقدامات کافی نمی‌باشد و این برنامه جهت پوشش کامل جمعیت، به حمایت سیاسی دولت و مجلس شورای اسلامی نیاز دارد و لازم است کلیه زیرساخت‌های مورد نیاز تأمین شده و مشکلات نظام شبکه بهداشت و درمان کشور از طریق تأمین منابع کافی اعم از پول، تجهیزات و نیروی انسانی برطرف گردد. همچنین ماندگاری پزشکان نیاز به توجه ویژه اقتصادی، ایجاد امنیت در محل خدمت، آگاهی مردم منطقه، بازنگری شیوه مدیریت و گردش کار اداری و مالی و بکارگیری روش‌های مناسب جمع‌آوری اطلاعات دارد.

¹ Wong

References

- 1- Rivo M. Family practice in the new millennium: from health care to health improvement. *Family practice management* 1997; 33 (4): 259-267.
- 2- Supplementary payment instructions conservative Edition 1/11 of Family Physician program. Ministry of Health and Medical Education- Center for Health Network Management. [Cited 16 Jun 2009]. Available from: <http://port.health.gov.ir/hnd/Lists/Announcements/DispForm.aspx?ID=680>
- 3- Jogerst GJ, Lenocho EJ. Russian Family Practice Training Program: A single step on a long journey. *Family Medicine* 1998; 30(5):372-377.
- 4- Weingarten MA, Laderer J. The development of family medicine in Israel. *Fam Med* 1995;27:599 604.
- 5- American Academy of Family Physicians. [cited 16 May 2009]. Available from: <http://www.Aafp.org>
- 6- Schwenk T. Family medicine. *JAMA* 1992; 268 (3): 356-8.
- 7- Jamshidbeygi E, Mardfar N, Maleki F, Moghimi M. Rural family physicians and insurers reported performance in 2006 and the first six months of 2007. Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran; 2007.
- 8- Farzadi F, Kazem M, Maftoon F, Labaf Qasemi R, TabibZadeh N. Survey of general practitioners and family physicians of the possibility of human resources programs. *Journal of Payesh* 2009; (32): 415-421.
- 9- Iran Ministry of Health and Medical Education- Center for Health Network Management. Report the reasons set forth by some universities; 2007.
- 10- Iran Ministry of Health and Medical Education- Center for Health Network Management. Reports of Medical University; 2008.
- 11- Wong E, Stewart M. Predicting the scope of practice of family physicians. *Can Fam Physician* 2010; 56(6):e219-25.
- 12- Hafezi Z, Askari R, Momayezi M. Practice of family physicians in the province of Yazd. *Journal of Sunrise Health* 2010;26:16-26.

Factors Influencing Desertion of Family Physicians Working in Rural Areas with Deprivation Index Less than 1.4 (Prosperous) in 2010

Atefi A¹ (MD), Aghamohamadi S^{2*} (PhD Student), JamshidBeygi E² (MSc), Zarabi M² (MSc), Poor Reza A³ (PhD), Shariati M⁴ (PhD)

¹ Deputy of Health, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

² Center for Health Network Management, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

³ Department of Management Science and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Department of Social Medicine, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 7 Jul 2013, Accepted: 23 Jan 2014

Abstract

Introduction: One of the challenging issues in family physicians program is dropping out of physicians from the program. The aim of this study was to determine factors influencing desertion of family physicians in rural areas with deprivation index less than 1.4 (Prosperous) in 2010.

Methods: This health system research was a cross-sectional study. The study covered all healthcare centers implementing family physician program as well as the physicians working within the family physician program on contracting based throughout the first half of 2010. Data were collected through directed interviews and questionnaires. Data were analyzed using the Chi-squared test in the SPSS-15.

Results: The first five reasons to giving up the program in this group of physicians included: improper payments, insufficient salary, excessive working hours, misbehaving of patients, and high patient visit loads.

Conclusion: There was an increasing trend on dropping out of family physician program. To seize this trend, some actions could be done, including: to promote authorization for hiring family physicians, to reform the amount of payments, to ensure timely payments, to develop residency program on family physicians and dedicate an admission priority to active family physicians to enroll in the program, and finally to set a higher salary for family physicians practicing in rural areas.

Keywords: factors, family physician, desertion, Deprivation Index

Please cite this article as follows:

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- 47.

*Corresponding Author: Ministry of Health and Medical Education, Center for Health Network Management. Tel: +98- 912- 502729, E-mail: Aghamohamadi@health.gov.ir