مقاله پژوهشی

میزان رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده در جمعیت شهری شهرستان فسا؛ ۱۳۹۴-۱۳۹۳

فرزانه مباشری، سعیده جعفرزاده*، احسان بهرامعلی

مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۱/۲۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۹/۲۴

چکیده

زمینه و هدف: رضایت بیمار شاخصی است که امروزه در دنیای رقابت خدمات پزشکی از اهمیتی روزافزون برخوردار است و شاید ساده‌ترین شیوه ارزشیابی برنامه پزشک خانواده باشد. مطالعه حاضر باهدف تعیین میزان رضایتمندی گیرندگان خدمت از اجرای برنامه پزشک خانواده شهری انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۳ روی ۴۱۱ بیمار مراجعه‌کننده به پایگاه‌های مجری برنامه پزشک خانواده شهری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی فسا انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بود که مشخصات دموگرافیک و رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده را در ۶ بعد موردسنجش قرار داد. ابعاد رضایتمندی شامل مراقبت و تکریم پزشک، اعتماد و اعتقاد به عملکرد وی، دسترسی زمانی و مکانی به پزشک، زمان انتظار و روند دریافت خدمات، عملکرد واحدهای پیراپزشکی، میزان هزینه‌های پرداختی و خدمات تخصصی و اورژانس بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های t-test دو نمونه مستقل، مجذور کای و آنالیز واریانس یک‌طرفه تحلیل شد.

نتایج: تنها ۱/۷٪ از افراد نسبت به کلیت برنامه رضایت کمی داشتند. هرچند در تمامی ابعاد اکثریت رضایتی مطلوب را ابراز کردند؛ اما بُعد مراقبت، تکریم و اعتقاد به عملکرد پزشک بیشترین و بُعد خدمات اورژانس و بستری کمترین سطح رضایتمندی را به خود اختصاص دادند.

نتیجه‌گیری: رضایتمندی مطلوب از برنامه بیانگر موفقیت اجرای برنامه است که نقطه عطفی برای اقدام در جهت اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در سایر شهرهای کشور خواهد بود؛ اما در راستای افزایش رضایتمندی از خدمات تخصصی و اورژانس بازنگری برنامه‌های مربوطه و اعمال اصلاحات ضروری به نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: رضایتمندی، گیرندگان خدمت، پزشک خانواده شهری، فسا

مقدمه

نظام مراقبت از سلامت در کشورهای مختلف با تأثیرپذیری از شرایط سیاسی، اقتصادی و فرهنگی جهت ارائه خدمات سلامت از قبیل پیشگیری، درمان و بازتوانی به شکل‌های متفاوت سازمان‌دهی می‌شود (۱)؛ زیرا بدون دسترسی به مراقبت‌های سلامتی بسیاری از فرصت‌ها برای بهبود اساسی سلامت از دست می‌رود (۲)؛ بنابراین دسترسی آسان و کم‌هزینه بیماران به مراکز ارائه خدمات درمانی از فاکتورهای جوامع توسعه‌یافته است. در همین راستا کشورها برای دست یافتن به این جایگاه ممتاز، تلاش‌های زیادی کرده‌اند و توجه به برنامه پزشک خانواده، ازجمله این اقدامات بوده است (۳). سازمان جهانی بهداشت نیز پزشک خانواده را مرکز تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیت، هزینه-اثربخشی و برابری در سیستم‌های مراقبت سلامتی می‌داند. ازاین‌رو یکی از موارد پیش‌بینی‌شده در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران نیز (ماده ۹۱)، تأکید بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع است (۴) و اجرای این برنامه از سال ۱۳۸۴ به‌عنوان یک طرح اولیه بهداشتی با تلاش مسئولان کشور به‌منظور دسترسی آسان و مناسب به خدمات سلامت و باهدف کاهش زمان دریافت خدمات، هزینه‌های رفت‌وآمد و خطرات ناشی از آن، اقلام داروهای مصرفی و جلوگیری از هدر رفتن منابع مالی کشور در حوزه سلامت شروع شد (۵)؛ و ازآنجاکه نظام ارجاع، اساس ساماندهی سلامت بوده و زمینه و فرهنگ نظام ارجاع در روستاها وجود داشت، این طرح ابتدا در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت، اجرا گردید. در راستای اهمیت کاملاً محسوس نظام ارجاع و پزشک خانواده؛ مطالعات زیادی نیز بیان کرده‌اند که پزشک خانواده و نظام ارجاع با شاخص‌های رضایت، سلامت و هزینه‌های بیماران ارتباط تنگاتنگی را دارد (۶) و در

* **نویسنده مسئول: سعیده جعفرزاده**، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران
Email:saeedeh.jafarzadeh@yahoo.com

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2025-10-31]

[DOR: 20.1001.1.22285105.2017.7.2.1.2]

این میان شاخص رضایت بیمار شاخصی است که امروزه در دنیای رقابت خدمات پزشکی، اهمیت روزافزونی به آن داده می‌شود و شاید ساده‌ترین شیوه ارزشیابی برنامه پزشک خانواده، سنجش میزان رضایت گیرندگان خدمات تلقی گردد. چراکه بیماران ناراضی کمتر تجویزهای پزشکی را انجام داده، کمتر جریان درمان خود را پیگیری کرده و درنتیجه کمتر علائم بهبود را نشان می‌دهند. همچنین با احتمال بیشتری پزشک یا سیستم درمانی خود را تغییر می‌دهند. بنابراین می‌توان رضایت بیماران را به‌صورت نگرش مثبت افراد نسبت به خدمات سلامت و ارائه‌دهندگان این خدمات تعریف نمود (۷). ازاین‌رو بررسی میزان رضایتمندی گیرندگان خدمات در تمامی مراحل طراحی، اجرا و ارزشیابی، به‌عنوان محوری‌ترین شاخص موفقیت برنامه پزشک خانواده مدنظر بوده و مبنای بازنگری در سیستم پرداخت و فرآیند پایش عملکرد پزشک خانواده است و نقش بسیار مهمی در برنامه‌ریزی، اصلاح، پیشرفت و رشد خدمات بهداشتی دارد (۸). مطالعات بسیاری در نقاط مختلف دنیا با درک اهمیت رضایت بیمار از خدمات بهداشتی درمانی انجام گرفته است. ازجمله می‌توان به مطالعه Gadallagh و همکاران اشاره نمود که رضایت مردم مراجعه‌کننده به مراکز خدمات سلامت اولیه نسبت به دریافت مراقبت‌های سلامتی را بالا گزارش کرد. رضایتمندی در مراکز مراقبت‌های اولیه بهداشتی بعد از اصلاح نظام سلامت (۹۵٪) در مقایسه با قبل از اصلاح نظام سلامت (۷۲٪) بالاتر بود (۹). در مطالعه‌ای که توسط Polluste و همکاران انجام شد از بین پاسخ‌دهندگانی که طی یک سال گذشته با پزشک خانواده خود ارتباط داشتند ۸۷٪ از کار پزشک خود راضی بودند (۱۰). هم‌راستا با سایر کشورها در کشور ما نیز مطالعاتی به بررسی رضایت بیماران از خدمات پزشک خانواده پرداخته‌اند. مطالعه عزیزی و همکاران (۱۳۹۱) رضایتمندی اکثر روستاییان شهرستان داراب از پزشک خانواده را متوسط گزارش کردند (۱۱). نتایج مطالعات حیدری، سجادیان و خداویسی نشان داد که حدود ۸۰ درصد افراد از خدمات ارائه شده راضی بودند (۱۲-۱۴). ارزیابی رضایت گیرندگان خدمت در شهرکرد نشان داد ۵۰/۱٪ کاملاً راضی و یا نسبتاً راضی بودند (۵). در کل در ایران میزان رضایت افراد موردبررسی از فرآیند درمان و ارائه خدمات از ۷/۴۷٪ تا ۹۶٪ متغیر بوده است (۱۵). در ادامه طرح پزشک خانواده روستایی، با اهداف ایجاد نظام ارجاع در کشور، از تیرماه سال ۱۳۹۰ طرح پزشک خانواده شهری در چندین شهر کشور ازجمله فسا «استان فارس» اجرا شد. درزمینهٔ پزشک خانواده شهری که حدود یک سال است در چند شهر کشور در حال اجراست مطالعات اندکی انجام شده است. با توجه به اهمیت موضوع رضایت گیرندگان خدمت در نظام ارجاع و پزشک خانواده؛ در پژوهش حاضر سعی بر این است تا رضایت بیماران از پزشک خانواده شهری در شهر فسا «استان فارس» موردبررسی قرار گیرد. امید است تا با گردآوری اطلاعات کلی در رابطه با وضعیت و نتیجه اجرای برنامه بتوان گامی در جهت شناسایی نقاط قوت و ضعف برنامه پزشک خانواده شهری و دلایل رضایتمندی و نارضایتی مردم برداشته شود و با ارائه راه‌حل‌های پیشنهادی به مسئولین اجرایی امر سلامت در راستای تلاش برای رفع نواقص برنامه مؤثر واقع گردد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی مقطعی در جمعیت شهری تحت پوشش برنامه پزشک خانواده شهری دانشگاه علوم پزشکی فسا (جنوب شرقی استان فارس) در فاصله زمانی آذر ۱۳۹۳ تا خرداد ۱۳۹۴ انجام گرفت. برای انجام مطالعه طبق نظر متخصص آمار با در نظر گرفتن شکاف جمعیتی ۵۰٪ و حداکثر اختلاف قابل‌قبول ۰/۰۵ و خطای نوع اول ۰/۰۵ حداقل حجم نمونه لازم برای مطالعه با استفاده از فرمول آماری مربوطه معادل ۳۸۴ نفر برآورد گردید و با توجه به پیش‌بینی مشکلاتی از قبیل احتمال تکمیل ناقص پرسشنامه از سوی برخی از افراد موردمطالعه تعداد ۴۲۰ پرسشنامه توزیع شد. نمونه‌گیری به روش چندمرحله‌ای انجام گرفت. بدین ترتیب که ابتدا ۴۵ پزشک مستقر در پایگاه‌های دولتی (۱۲ پزشک) و خصوصی (۳۳ پزشک) مجری برنامه پزشک خانواده به‌عنوان دوطبقه کلی (پایگاه‌های دولتی و پایگاه‌های خصوصی) و در هر طبقه نیز جمعیت تحت پوشش هر پزشک به‌عنوان یک خوشه تعریف شدند. تعداد ۱۹ خوشه به روش تصادفی انتخاب و تعداد نمونه موردنیاز از هر خوشه برحسب نسبت جمعیت آن خوشه به‌کل جمعیت طبقه محاسبه و درنهایت ۴۲۰ نفر به روش آسان و در دسترس از میان مراجعین به پایگاه‌های منتخب پزشک خانواده شهری فسا پس از اخذ رضایت آگاهانه از آن‌ها، وارد مطالعه شدند. از هر خانوار تحت پوشش طرح پزشک خانواده فقط یک نفر مرد یا زن وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته دوبخشی

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2025-10-31]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2017.7.2.1.2]

بود که تکمیل آن توسط رابطین بهداشتی آموزش‌دیده و با روش مصاحبه ساختاریافته در یک اتاق خصوصی (بدون حضور افراد تیم سلامت) در پایگاه‌های مجری پزشک خانواده انجام گرفت. بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک ازجمله جنسیت، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و شغل افراد بود. بخش دوم حاوی ۳۳ سؤال درزمینهٔ رضایتمندی از عملکرد برنامه پزشک خانواده بود. سؤالات از نوع سؤالات بسته بود و با مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (۵: خیلی زیاد، ۴: زیاد، ۳: متوسط، ۲: کم و ۱: خیلی کم) پاسخ داده می‌شد و دامنه امتیاز کلی رضایتمندی ۱۶۵-۳۳ امتیاز بود. جهت سنجش روایی پرسشنامه از نظرات و تأییدیه ۱۰ نفر از افراد صاحب‌نظر و کارشناسان دفتر توسعه شبکه معاونت بهداشتی دانشگاه، متخصصان روانشناسی، آموزش بهداشت و پزشکی اجتماعی استفاده شد. جهت سنجش پایایی نیز در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه در میان ۳۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی پایگاه پزشک خانواده توزیع و جمع‌آوری گردید و با استفاده از روش همسانی درونی، آلفای کرونباخ سؤالات بخش رضایتمندی ۹۴/۴٪ محاسبه شد. این افراد از مطالعه اصلی کنار گذاشته شدند. پس از جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از فاکتور آنالیز سؤالات بخش رضایتمندی در قالب شش بعد مراقبت و تکریم پزشک، اعتماد و اعتقاد به عملکرد وی (۱۱ سؤال)، فراهم بودن دسترسی زمانی و مکانی به پزشک (۵ سؤال)، زمان انتظار و روند دریافت خدمات (۷ سؤال)، عملکرد واحدهای پیراپزشکی (۳ سؤال)، میزان هزینه‌های پرداختی (۵ سؤال) و خدمات تخصصی-اورژانس (۲ سؤال) ارزیابی شد. درنهایت امتیاز رضایتمندی کل و همچنین هریک از ابعاد آن به امتیازی بین ۱۰۰-۰ تبدیل و در تحلیل‌های آماری مورداستفاده قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و با آزمون‌های آماری t-test دو نمونه مستقل، مجذور کای و آنالیز واریانس یک‌طرفه تجزیه‌وتحلیل شدند. در تمام موارد آزمون فرضیه حداکثر خطای نوع اول معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این پژوهش تعداد ۴۱۱ پرسشنامه تکمیل و تحلیل آماری شد. میانگین سنی افراد موردمطالعه ۱۲/۵ ± ۳۷/۷ سال و در طیف ۸۱-۱۷ سال بود. ۷۰/۳٪ افراد زن و ۷۸/۵٪ متأهل بودند. بیشترین فراوانی سطح تحصیلات ۶۲/۳٪ (دیپلم و پایین‌تر) و بیشترین شغل گزارش‌شده مربوط به شغل خانه‌داری (۴۸/۴٪) بود. میانگین سنی زنان و مردان به ترتیب ۳۶/۸ و ۳۹/۸ سال بود و این اختلاف ازنظر آماری معنادار بود (P < ۰/۰۳۸) اما وضعیت تأهل، تحصیلات و بعد خانوار در هر دو جنس مشابه بود. ویژگی‌های دموگرافیک افراد با جزئیات بیشتری در جدول ۱ ارائه شده است.

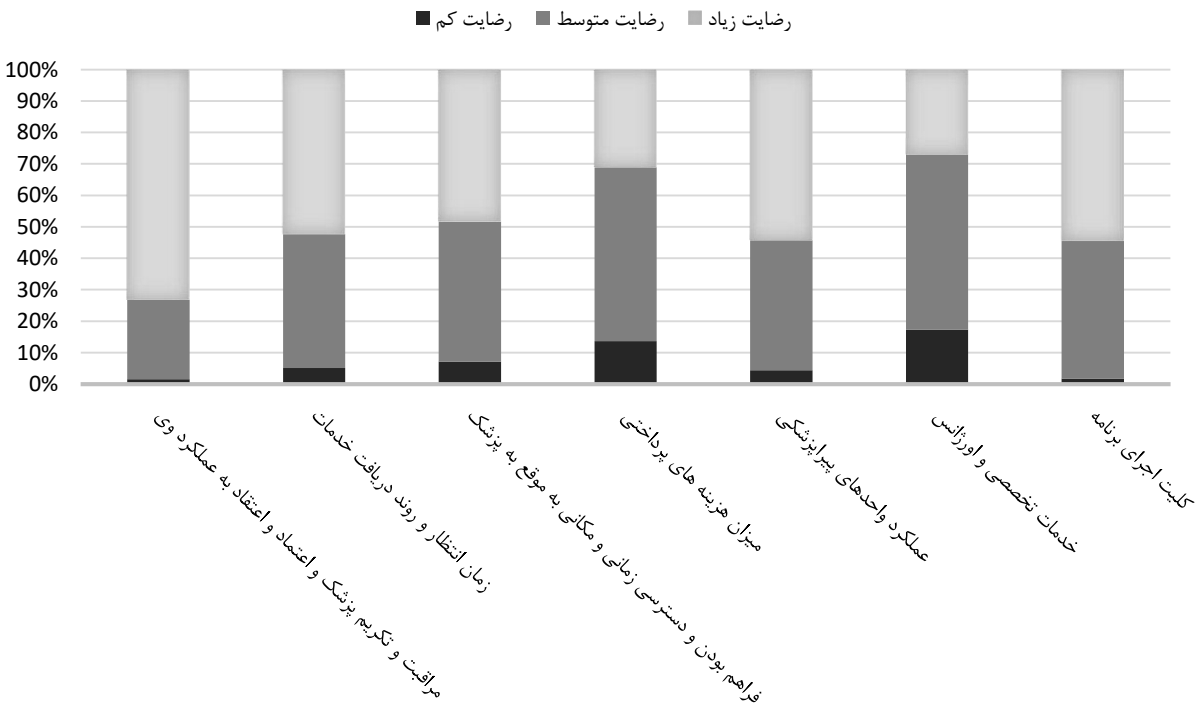
جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک افراد موردمطالعه

ویژگی		تعداد	درصد
جنسیت	زن	۲۸۹	۷۰/۳
	مرد	۱۲۲	۲۹/۷
گروه سنی	۳۰ سال و کمتر	۱۴۲	۳۴/۵
	۳۱-۴۰ سال	۱۱۹	۲۹/۰
	بالاتر از ۴۰ سال	۱۴۸	۳۶/۰
تحصیلات	دیپلم و پایین‌تر	۲۵۶	۶۲/۳
	فوق‌دیپلم و بالاتر	۱۳۲	۳۴/۰
شغل	خانه‌دار	۱۹۹	۴۸/۴
	کارمند	۹۱	۲۲/۵
	آزاد	۸۷	۲۱/۲
	دانش‌آموز یا دانشجو	۲۸	۶/۸
وضعیت تأهل	متأهل	۳۲۲	۷۸/۳
	مجرد	۸۸	۲۱/۴

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2025-10-31]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2017.7.2.1.2]

جدول ۲- میانگین نمره رضایتمندی گیرندگان خدمت از کلیت برنامه پزشک خانواده و ابعاد آن

	مراقبت و تکریم پزشک و اعتماد و اعتقاد به عملکرد وی	زمان انتظار و روند دریافت خدمات	فراهم بودن و دسترسی زمانی و مکانی به‌موقع به پزشک	میزان هزینه‌های پرداختی	عملکرد واحدهای پیراپزشکی	خدمات تخصصی و اورژانس	کلیت برنامه پزشک خانواده
تعداد سؤالات	۱۱ سؤال	۷ سؤال	۵ سؤال	۵ سؤال	۳ سؤال	۲ سؤال	۳۳ سؤال
میانگین	۸۱/۹	۷۳/۰	۷۳/۳	۶۴/۷	۷۷/۰	۶۲/۹	۷۴/۵
انحراف معیار	۱۳/۸	۱۵/۳	۱۷/۱	۱۷/۴	۱۴/۹	۱۷/۸	۱۲/۲
حداقل امتیاز	۳۸/۲	۲۸/۶	۲۴/۰	۲۰/۰	۲۰/۰	۲۰/۰	۱۰۰
حداکثر امتیاز	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰



نمودار ۱- فراوانی نسبی سطوح مختلف رضایتمندی از ابعاد و کلیّت برنامه پزشک خانواده

ارزیابی پاسخ افراد به سؤالات سنجش رضایتمندی نیز نشان داد که میانگین نمره رضایتمندی افراد از هر ۶ بعد برنامه و

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2025-10-31]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2017.7.2.1.2]

درنتیجه از کلیت برنامه از متوسط نمره ممکن بالاتر بود به‌طوری‌که میانگین نمره رضایتمندی افراد ۷۴/۵ (بر مبنای حداکثر نمره ۱۰۰) گزارش گردید (جدول ۲).

به‌منظور مقایسه بهتر سطح رضایت افراد از ابعاد مختلف برنامه پزشک خانواده مجموع نمره هر یک از ابعاد به سه گروه رضایت کم، متوسط و مطلوب گروه‌بندی و فراوانی هر گروه برای تمام ابعاد و رضایت کلی در نمودار ۱ ارائه گردید. طبق این نمودار در تمام مورد فراوانی رضایت زیاد از فراوانی رضایت کم بیشتر گزارش گردیده بود. به‌علاوه گیرندگان خدمت بیشترین رضایت را از مراقبت، تکریم و اعتماد و اعتقاد به عملکرد پزشک و در رتبه بعدی از عملکرد واحدهای پیراپزشکی ابراز کرده بودند؛ اما در مقابل، بیشترین نارضایتی مربوط به خدمات اورژانس و بستری و پس‌ازآن مربوط به میزان هزینه‌های پرداختی جهت دریافت خدمات برنامه پزشک خانواده بوده است.

و در مقایسه میانگین نمره رضایتمندی بین افراد با ویژگی‌های دموگرافیک مختلف مشاهده شد که میزان رضایتمندی افراد فقط با وضعیت تأهل افراد مرتبط است به‌طوری‌که افراد متأهل به‌طور قابل‌توجهی نسبت به افراد مجرد از میانگین نمره رضایت بیشتری برخوردار بودند (میانگین ۷۵/۴ در برابر ۷۱/۵ و P = ۰/۰۰۷) درحالی‌که ارتباطی میان نمره رضایت با سایر ویژگی‌های دموگرافیک مشاهده نشد.

بحث

پژوهش حاضر باهدف تعیین میزان رضایتمندی افراد از برنامه پزشک خانواده شهری شهرستان فسا در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ انجام شد. میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه ۳۷/۷ سال بود و ۷۰/۳٪ از آن‌ها زن بودند که با نتایج مطالعه خدیوی، عزیزی، قربانی و افکار که بیشترین افراد شرکت‌کننده را زنان تشکیل داده بودند همخوانی داشت (۳، ۱۱، ۱۶ و ۱۷). بیشتر بودن تعداد زنان شرکت‌کننده در مقایسه با مردان را می‌توان به این دلیل دانست که زنان همواره بیشتر از مردان برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی به مراکز ارائه‌دهنده خدمات مراجعه می‌نمایند، در این مطالعات نیز افراد از میان مراجعین به پایگاه‌های پزشک خانواده انتخاب و وارد مطالعه شدند. همچنین مشاهده شد که ۷۸/۵٪ نمونه‌های پژوهش متأهل بودند که با نتایج مطالعه قربانی و عزیزی مطابقت داشت (۳، ۱۱). برخلاف یافته‌های مطالعه Campbell، Hall و جعفری (۱۸-۲۰) در مطالعه ما میزان رضایتمندی بین گروه‌های سنی، جنس، سطح تحصیلات، شغل و بعد خانوار اختلاف قابل‌توجهی نداشت؛ اما افراد متأهل نسبت به افراد مجرد رضایت بیشتری را گزارش کردند که این اختلاف ازلحاظ آماری معنادار بود (P < ۰/۰۵) و این یافته با نتایج پژوهش کمپبل و هال همخوانی داشت (۱۸، ۱۹)؛ اما با نتایج مطالعه قربانی و جعفری متفاوت بود (۳، ۲۰).

در پژوهش حاضر پاسخ افراد به سؤالات سنجش رضایتمندی نشان داد که میانگین نمره رضایتمندی از هر ۶ بعد برنامه از متوسط نمره ممکن بالاتر بود؛ به‌طوری‌که نمره رضایتمندی کل ۷۴/۵ به دست آمد که در مطالعه خدیوی و قربانی به ترتیب ۷۰/۳ و ۹۷/۴ گزارش گردیده است (۳، ۱۷). Gadallagh (۹) و Polluste (۱۰) نیز نمره رضایتمندی افراد از خدمات پزشک خانواده را حدود ۹۰ گزارش نمودند. در مطالعه انجام‌شده در اسلوونی نیز به‌طور متوسط ۵۸/۲٪ از نمونه‌های پژوهش درجه مراقبت‌های دریافتی خود را عالی گزارش نمودند (۲۱). Kurata و همکاران نیز بیان کردند که ۹۷٪ از بیماران و ۸۹٪ از افرادی که از خدمات درمانی بهره می‌بردند و ممکن بود بیمار نباشند؛ رضایت خود را از مراقبت‌های پزشکی در مرکز پزشک خانواده عالی گزارش کردند (۲۲). در پژوهش حاضر بعد مراقبت و تکریم پزشک و اعتماد و اعتقاد به عملکرد وی (رازداری، ارتباط درمانی با بیماران) بیشترین موارد رضایتمندی افراد را به خود اختصاص داد (۷۳٪/۲). خدیوی و همکاران نیز بیشترین نمره میانگین رضایت را برای بعد ارتباط مناسب پزشکان و کارکنان درمانی با بیماران و رازداری پزشکان گزارش کردند (۱۷) که این سطح رضایتمندی را می‌توان به علت برگزاری کلاس‌های توجیهی آموزشی برای پزشکان و کارکنان درمانی قبل از شروع طرح پزشک خانواده دانست. در پژوهش انجام‌شده در اسلوونی نیز رضایت مراجعه‌کنندگان از رازداری پزشکان ۷۷٪، رضایت از توضیح بیماری ۶۳/۳٪ و رضایت از گوش دادن به صحبت‌های آن‌ها ۶۹/۴٪ گزارش گردید (۲۱). Ribeiro و همکاران (۲۰۱۰) نیز اعلام کردند که ۷۴/۲٪ از افراد تحت پوشش پزشک خانواده از پاسخگویی پزشکان به سؤالات و ارتباط آن‌ها با بیماران رضایتمندی داشتند (۲۳). Jaturapatporn نیز در مطالعه رضایت سنجی خود عنوان نمود که مهارت‌های ارتباطی پزشک خانواده با بیمار بالاترین امتیاز را به خود اختصاص داده است (۲۴). درحالی‌که در مطالعات قربانی و رئیسی کمترین نمره رضایتمندی ساکنین سبزوار به بعد اعتماد و اعتقاد به عملکرد

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2025-10-31]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2017.7.2.1.2]

پزشک اختصاص یافته است (۳، ۲۵) که از علل آن می‌توان به پایین بودن میزان ماندگاری پزشکان خانواده و به‌کارگیری پزشکان جوان و کم‌تجربه در ارائه خدمات درمانی به افراد تحت پوشش برنامه پزشک خانواده در سبزوار اشاره نمود.

پس از بعد تکریم و اعتماد، بعد رضایت از عملکرد سایر اعضای تیم سلامت از بالاترین نمره رضایتمندی برخوردار بود و ۵۴/۳٪ از افراد رضایت بالا را ابراز نمودند. طاهری و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه خود رضایتمندی در مورد عملکرد پزشک خانواده را ۳۴/۵۲٪، مامای تیم پزشک خانواده را ۳۷/۱٪، کارکنان آزمایشگاه مجری برنامه را ۳۶/۸٪ و کارکنان داروخانه را ۳۸/۳٪ گزارش نمودند (۲۶). از مهم‌ترین نقاط قوت نظام ارجاع و طرح پزشک خانواده تأمین دسترسی آسان مردم به خدمات درمانی است (۱۶). در مطالعه ما ۵۲/۳٪ افراد از بعد انتظار و روند دریافت خدمات رضایتی مطلوب را اعلام نمودند. نتایج مطالعه خدیوی و همکاران (۱۳۹۱) مشابه نتایج ما بود و بیان نمودند که مهم‌ترین نقاط قوت نظام ارجاع و طرح پزشک خانواده تأمین دسترسی آسان مردم به خدمات درمانی است (۱۷). قربانی و همکاران نیز رضایت بیماران از زمان انتظار را مطلوب گزارش نمودند (۳) که با نتایج پژوهش ما همخوانی داشت؛ اما در مطالعه کوراتا و همکاران ۹۲٪ از بیماران از زمان انتظار خود راضی بودند (۲۲). علت بالا بودن رضایتمندی مردم در خارج از کشور، بیانگر این است که در کشور ما نیز باید در راستای کاهش زمان انتظار گیرندگان خدمت گام‌های مؤثری برداشته شود. در این مطالعه رضایت افراد از بعد دسترسی زمانی و مکانی به پزشک خانواده تقریباً هم‌سطح با رضایت آنان از زمان انتظار و روند دریافت خدمات بود به‌طوری‌که ۴۸/۴٪ افراد از این بعد اعلام رضایت نمودند. این رقم در مطالعه نجیمی ۳۷/۶٪ (۲۷) و در مطالعه ریبرا و همکاران ۷۷/۲٪ گزارش شده است (۲۳). سیدی و همکاران نیز دسترسی آسان به امکانات ارائه‌شده را از مهم‌ترین عوامل رضایتمندی افراد مراجعه به مراکز بهداشتی-درمانی ذکر نمودند (۲۸). قربانی و همکاران نیز عنوان کردند بین محل سکونت و دسترسی زمانی و مکانی به پزشک خانواده با میزان رضایت از برنامه رابطه معنادار آماری وجود دارد (۳)؛ که با نتایج مطالعه جعفری مطابقت داشت (۲۰)؛ بنابراین با توجه به استقرار تیم پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی در نقاط شهری و دسترسی آسان به خدمات و تمایل بیشتر پزشکان و پیراپزشکان باتجربه و دارای سابقه کاری بالاتر به اشتغال در مراکز شهری این اختلاف رضایتمندی قابل توجیه است.

در بعد هزینه‌ها ۳۱/۱٪ از افراد رضایتمندی بالا را گزارش کردند و پس از دسترسی زمانی و مکانی در رتبه بعدی قرار گرفت که با نتایج مطالعه خدیوی و همکاران که بعد هزینه‌ها نامطلوب گزارش گردید (۱۷)، همخوانی دارد. درحالی‌که جعفری و همکاران بیشترین سطح رضایتمندی افراد موردمطالعه را از میزان هزینه‌های پرداخت شده بیان نمودند (۲۰). نجیمی و همکاران نیز رضایت افراد از خدمات برنامه پزشک خانواده را در حیطه هزینه‌ها ۶۵/۱٪ اعلام نمودند (۲۷). قربانی و رئیسی نیز بالاترین سطح رضایتمندی مردم سبزوار را مربوط به بعد هزینه‌ها گزارش نمود (۳، ۲۵)؛ که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی نداشت که این میزان رضایت از بعد هزینه‌ها در پژوهش ما شاید به این دلیل باشد که در اوایل اجرای طرح پزشک خانواده ویزیت پزشکان رایگان بود و بیماران بایستی تنها ۱۰٪ از هزینه‌های دارو و آزمایش‌ها را می‌پرداختند؛ اما در زمان پژوهش ما بیماران بایستی ۱۰٪ هزینه ویزیت پزشک و ۳۰٪ هزینه دارو و آزمایش‌ها را پرداخت می‌کردند که شاید به همین دلیل رضایت در مطالعات قبلی، بالاتر گزارش گردیده است؛ اما مردم مناطق روستایی شهرستان اصفهان بعد هزینه‌ها را نامطلوب گزارش کردند و خدیوی و همکاران دلیل آن را وضعیت اقتصادی پایین‌تر روستاییان ذکر نمودند (۱۷)؛ و درنهایت آخرین و کمترین نمره گزارش‌شده از میزان رضایتمندی مربوط به بعد خدمات تخصصی و اورژانس بود. در این حیطه با توجه به جست‌وجوهای ما مطالعات مشابهی که این بعد را به‌صورت جداگانه موردبررسی قرار داده باشند، یافت نشد اما می‌توان این احتمال را در ذهن داشت که نارضایتی مردم از این بعد از برنامه پزشک خانواده می‌تواند به علت عدم آگاهی و یا آگاهی بسیار پایین آن‌ها از قوانین و نحوه استفاده از این خدمات باشد.

با عنایت به افزایش دسترسی فیزیکی و اقتصادی مردم به طرح پزشک خانواده و تیم سلامت و حتی سطوح تخصصی، رضایتمندی مردم از دسترسی به خدمات سلامت بهبود یافته است؛ بنابراین استقرار یک نظام سیستمیک استخراج مستمر نظرات مشتریان و از طرف دیگر تلاش پیگیر مسئولین در توجیه ارائه‌دهندگان خدمات جهت رفع نیازهای مراجعین، حتی در موارد درخواست‌های غیر طبی، باعث تکریم مراجعین و درنهایت

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2025-10-31]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2017.7.2.1.2]

ارتقای کیفیت خدمات و رضایت آنان خواهد شد. ازجمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به پایین بودن تعمیم‌پذیری آن اشاره نمود چراکه تنها بیماران مراجعه‌کننده به پایگاه‌های پزشک خانواده موردمطالعه قرار گرفتند که این گروه نماینده مناسبی برای کلیه افراد تحت پوشش پزشک خانواده شهری نیست.

نتیجه گیری

از نتایج مطالعه می‌توان چنین استنباط کرد که رضایتمندی نسبتاً خوب گیرندگان خدمت از برنامه، بیانگر موفقیت اجرای برنامه و دستیابی به طیف وسیعی از اهداف آن است که نقطه عطفی برای اقدام در جهت اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در سایر شهرهای کشور خواهد بود؛ اما در راستای افزایش رضایتمندی از خدمات تخصصی و اورژانس، بازنگری برنامه‌های مربوطه و اعمال اصلاحات لازم توصیه می‌گردد. ضمن اینکه انجام مطالعاتی باهدف ارزیابی سایر ابعاد برنامه مذکور ازجمله ارزیابی بسته خدمات و شیوه‌های تأمین مالی و پرداخت و غیره می‌تواند بسیار مفید واقع شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل اجرای طرح پژوهشی شماره ۹۳۱۱۲ مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی فسا است. نویسندگان بدین‌وسیله از حمایت‌های مالی و معنوی حوزه معاونت تحقیقات و فناوری و تمامی مسئولان و کارشناسان پزشک خانواده معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی فسا و افراد شرکت‌کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافعی را اعلام نکرده اند.

References

1. Motlagh M, Nasrolahpour Sherwani S, Ashrafian Amir H, Kabiri M, Shabestari Monfared M. Satisfaction of family physicians (FPs) about effective factors on activation of FP programin medical university. North Khorasan Medical Science Journal. 2010;2(2-3):33-8. [In Persian]
2. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health, 2008 [cited 2012 Feb 9]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf.
3. Ghorbani A, Shegarf Nakhaie M, Dovlat Abadi A, Alemi H, Tabarraie Y. study of satisfaction rate of family medicine plan in insurd population of Sabzevar University Medical of sciences. Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2013;19(4):364-70. [InPersian]
4. Ministry of Health and Medical Education. Health Sector Reform in Islamic Republic of Iran. Tehran: National Office of Health Sector Reform; 2007. [In Persian]
5. Alidosti M, Tavassoli E, Khadivi R, Sharifirad G. A survey on knowledge and attitudes of rural population towards the family physician program in Shahrekord city. Health Inf Manage. 2011;7(Special):629-36. [InPersian]
6. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarin-Rua M, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. Fam Pract. 2006;23(3):308-16.
7. Rao K, Meiberger M, Kruvank K. Visit- Specific expectation and patient-centered outcome. Journal of family medicine. 2000; 9(10):1148-56.
8. Ministry of Health and Medical Education. Family medicine and Referral System in Islamic Republic of Iran. Tehran. 2007. [In Persian]
9. Gadallah M, Allam M, Ahmed A, ElShabrawy E. Are patients and healthcare providers satisfied with health sector reform implemented in family health centres?. Qual Saf Health Care. 2010;19(6):1-5.
10. Polluste K, Kalda R, Lember M. Evaluation of primary health care reform in Estonia from patients' perspective: acceptability and satisfaction. Croat Med J. 2004;45(5):582-7.
11. Azizi J, Karimyar Jahromi M, Hojat M. Assessment of Darab County Villagers' Satisfaction with Family Doctor Functions from Different Aspects. Journal of Fasa University of Medical Sciences. 2012;2(3):193-8. [In Persian].
12. Heidari A, Side M. Patients satisfaction of general practitioners in Qom (1384-1385). J Sci Med Council Iran. 2008;26(4):530-40. [In Persian]

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2025-10-31]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2017.7.2.1.2]

13. Khodavysy M, Allahverdi-Pur H. Survey knowledge and satisfaction of the families living in Hamadan city services in health centers in 1376. Med Purific Spring. 2002;1(44):64-9. [In Persian]
14. Sajadyan A, Kaviani A, Usefiyan M, Manzari A. Patient satisfaction: a descriptive study of breast care clinic in Iran. Iran J Breast Dis. 2008;1(30):45-51. [In Persian]
15. Shakeri I. Contact doctor- patient and its role in patient satisfaction of treatment process. J Med Ethics History. 2009;2(3):9-16. [In Persian]
16. Afkar A, Pourrza A, Khodabakhshi Njad V, Mehrabian F. Family physician performance from the perspective of Gilani customers.. Hospital Quartirly. 2012;12(1):39-47. [In Persian]
17. 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]
18. Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patient's assessments of primary health care. Quality in Health Care Journal. 2002;10(2):90-5.
19. Hall J, Michael A, Dornan C. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. Department of psychology, Northern University, Boston.2004, USA.
20. Jafari F, Zaieri F, Johari Z, Ramezankhani A, Sayyah Iran Z. Evaluation of Satisfaction and its Determinants in health Center Customers. Daneshvare Salamat. 2006;14(66):16-22. [In Persian]
21. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. Int J Qual Health Care 2000;12(2):143-7.
22. Kurata J, Nogawa A, Phillips D, Hoffman S, Werblun M. Patient and providersatisfaction with medical care. J Fam Pract. 1992;35(2):176-9.
23. Ribeiro L, Rocha R, Ramos-Jorge M. Reception of children in primary health care: a study on attitudes by family health team members. Cad Saude Publica. 2010;26(12):2316-22.
24. Jaturapatporn D, Dellow A. Does FamilyMedicine training in Thailand affect patient
satisfaction with primary care doctors? BMCFam Pract. 2007;8(2):14.
25. Raeissi P, Ghorbani A, Tabarraie Y. Factors Determining Satisfaction with Family Practitioner Program from the Perspective of Rural Insurance Card holders affiliated with Sabzevar University of Medical of Sciences 2011. Health Managemant. 2011;15(49):69-76. [In Persian]
26. Taheri M, Amani A, Zahiri R, Mohammadi M. Patient satisfaction with Urban and Rural Insurance and Family Physician Program in Iran. Journal of Family and Reproductive Health. 2011;5(1):11-8. [InPersian]
27. Najimi A, Alidoosti M, Sharifirad G. Study of Knowledge, Attitude, and Satisfaction toward the Family Physician Program in Rural Regions of Isfahan, Iran. J Health Syst Res. 2012;7(6):883-90. [In Persian]
28. Seyedi Andi S, Shojaeizadeh D, Batebi A, Hoseini M, Rezai R. Client satisfaction with health system services offered by urban health care centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. J Babol Univ Med Sci. 2009;10(6):80-7. [In Persian]

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2025-10-31]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2017.7.2.1.2]

Original Article

The Level of Satisfaction of Family Physician Program in Urban Population of Fasa from 2014 to 2015

Mobasheri F, Jafarzadeh S*, Bahramali E

Noncommunicable Disease Research Center, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran

Received: 17 Apr 2016 Accepted: 14 Dec 2016

Abstract

Background & Objective: Patient satisfaction is an indicator of the health services that is increasingly important in today's competitive world and perhaps the simplest method for evaluation of family physician program. This study aimed to determine the level of satisfaction of service recipients in urban areas in Fasa, Iran, with implementation of the Family Physician Program.

Materials & Methods: This descriptive cross-sectional study was carried on the 411 patients for whom family physician program was implemented in 2014. Data were collected by a valid and reliable demographic and satisfaction questionnaire in 6 dimensions (care and reverence, trust and belief in his performance, waiting time, availability and timely access to a doctor in time, usefulness of actions, payment costs and paramedical unit performance and on time accessibility, professional services and emergency). Data were analyzed using SPSS software version 18 using independent-samples t-test, chi square test, and ANOVA.

Results: Only 1.7% of people had little satisfaction. However, the majority of people expressed consent in all aspects of the Satisfaction of the Family Physician Project. The highest levels of satisfaction were observed in care, respect, trust and belief and the emergency services were observed in the lowest level of satisfaction.

Conclusion: Good satisfaction after implementing the family physician program shows the successfulness of the program. Therefore, implementation of family physician program will be a significant milestone for other cities but in order to increase the satisfaction of the emergency services and relevant programs, revision seems necessary in order to improve some of the indices of people satisfaction.

Keywords: Satisfaction, Service recipients, Urban Family Physician, Fasa

***Corresponding author: Saeedeh Jafarzadeh,** Noncommunicable Diseases Research Center, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran
Email: saeedeh.jafarzadeh@yahoo.com

Journal of Fasa University of Medical Sciences 7 (2017): 190-198

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2025-10-31]

[DOR: 20.1001.1.22285105.2017.7.2.1.2]