

بررسی میزان رضایت‌مندی مردم مناطق شهری و روستایی از اجرای طرح پزشک خانواده در شهرستان لارستان

نسیمه شفیعی^۱، سمانه حاجی‌حسینی^{۲*}

(۱) کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشکده‌ی علوم پزشکی لارستان، لارستان، ایران. (۲) دکتری ژنتیک مولکولی، دانشکده‌ی علوم پزشکی لارستان، لارستان، ایران.

*نویسنده مسئول: فارس، لارستان، شهر جدید، بلوار غدیر شمالی، خیابان کارمندان، دانشکده‌ی علوم پزشکی لارستان، کدپستی: ۷۴۳۱۸۸۹۶۶۲۹، تلفن: ۰۹۱۷۳۸۱۱۶۷۳، نمابر: ۰۷۱۵۲۲۵۵۴۸۴، پست الکترونیک: shajihoseini@yahoo.com

دریافت: ۹۹/۱/۲۴ پذیرش: ۹۹/۲/۲۸

چکیده

مقدمه: مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی میزان رضایت‌مندی جمعیت شهری و روستایی شهرستان لارستان از اجرای طرح پزشک خانواده انجام شد.

روش کار: تحقیق حاضر با رویکردی کمی به‌انجام رسید و ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته بود. جامعه‌ی آماری را کلیه‌ی خانوارهای تحت پوشش پزشک خانواده در شهرستان لارستان تشکیل دادند. تعداد ۲۸۳ نفر به‌عنوان حجم نمونه، با استفاده از فرمول کوکران انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 21 و ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز رگرسیون و آزمون T، تجزیه و تحلیل شدند. برای ارزیابی روایی ابزار، از روش اعتبار صوری و برای سنجش پایایی مقیاس‌ها، از آلفای کرونباخ استفاده شد.

یافته‌ها: میزان کلی رضایت افراد از طرح پزشک خانواده در حد متوسط به بالا، معادل ۶۲/۷٪ بود. میان جنسیت ($P=۰/۰۷۴$)، شغل ($P=۰/۰۴۲۴$)، مالکیت منزل مسکونی ($P=۰/۳۳۸$) و میزان رضایت‌مندی از طرح، رابطه‌ای وجود نداشت ($P>۰/۰۵$). میان محل سکونت، وضعیت تاهل، سن، تحصیلات، پوشش بیمه، درآمد، سطح پوشش خدمات، هزینه‌ی درمانی، مهارت بالینی و میزان دسترسی به پزشک با میزان رضایت‌مندی از طرح، رابطه‌ای معنی‌دار وجود داشت. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که متغیرهای سطح پوشش خدمات ($R=۰/۹۲۵$)، هزینه‌ی درمانی ($R=۰/۹۲۸$)، سن ($R=۰/۹۳۰$) و مهارت بالینی ($R=۰/۹۳۱$)، در مجموع ۸۶٪ از تغییرات رضایت‌مندی از طرح را تبیین می‌کنند ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: تخصیص منابع، برنامه‌ریزی‌های آموزشی برای افزایش مهارت پزشکان، برگزاری دوره‌های آموزشی در روستاها جهت آشنایی با اهداف برنامه‌ی پزشک خانواده و نظارت دقیق بر کیفیت خدمات، می‌تواند به ارتقای کیفیت و افزایش رضایت‌مندی کمک کند.

کلیدواژه‌گان: پزشک خانواده، اصلاح نظام سلامت، رضایت‌مندی، لارستان

مقدمه

اجرا و سپس به‌صورت کشوری در کل شهرهای با جمعیت بالای ۲۰ هزار نفر ادامه یافت. پزشک خانواده در نخستین سطح خدمات، موظف به ارائه‌ی خدمات پزشکی، تامین جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق و هماهنگی با سایر بخش‌ها است. پزشک خانواده مسئولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده‌ی بسته‌ی خدمات تعریف‌شده، بدون تبعیض جنسی، سنی، ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی و خطر بیماری در اختیار فرد، جامعه و جمعیت تحت پوشش خود قرار دهد. روش اصلی پرداخت به پزشک خانواده و تیم سلامت از طریق سرانه است و میزان پرداخت مراجعان جهت دریافت خدمات سلامت، در حداقل مقدار،

سلامت به‌عنوان یکی از پیش‌شرط‌های اصلی نظام‌های رفاه اجتماعی شناخته می‌شود. علاوه‌بر داشتن شیوه‌ی زندگی سالم، مردم برای ارتقا و بازگرداندن سلامت خود، در صورت بیماری، مجبور به استفاده از خدمات هستند [۱]. یکی از اهداف اصلی نظام سلامت، رضایت‌مندی مشتری‌ها و نحوه‌ی پاسخ‌گویی مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت به نیازهای غیرپزشکی مشتریان است [۲]. بر همین اساس، طرح پزشک خانواده از سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر و از سال ۱۳۹۰ در برخی مناطق شهری استان‌های خوزستان، چهارمحال و بختیاری و سیستان و بلوچستان اجرایی شد. اجرای این طرح از سال ۱۳۹۱، ابتدا به‌صورت پایلوت در استان‌های مازندران و فارس

تابستان ۹۹، دوره بیست‌وسوم، شماره دوم، پیاپی ۸۹

لارستان، شامل شهری و روستایی تشکیل دادند. براساس برآورد انجام شده از معاونت بهداشتی دانشکده علوم پزشکی لارستان، جمعیت تحت پوشش طرح پزشک خانواده شهری ۸۶ هزار نفر (۲۵،۲۹۴ خانوار) و روستایی ۱۳۴ هزار نفر (۳۹،۴۱۱ خانوار) بود و براساس آن ۳۸۳ نفر به‌عنوان حجم نمونه‌ی پژوهش با سطح اطمینان ۹۵٪، با استفاده از فرمول کوکران انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری براساس میزان دسترسی به جمعیت مورد مطالعه بود؛ بدین منظور، چند پرسش‌گر به‌طور همزمان با مراجعه به مناطق مختلف شهری و روستایی، اقدام به تکمیل پرسش‌نامه نمودند که با رسیدن به حدنصاب تعیین شده (۳۸۳ پرسش‌نامه)، فرآیند نمونه‌گیری متوقف شد. روش گردآوری داده‌ها در پژوهش حاضر، کتابخانه‌ای و میدانی و ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه بود. داده‌های تحقیق از طریق پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته جمع‌آوری گردید و مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان لارستان آن را تکمیل کردند. این پرسش‌نامه با مجموع ۴۳ گویه، در سه بخش تنظیم شده است: ویژگی‌های فردی پاسخ‌دهندگان (مانند سن، جنسیت، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل و ...) و عوامل موثر بر هزینه‌های طرح پزشک خانواده (درآمد، میزان مهارت پزشک، میزان پوشش بیمه و ...)، گویه‌ها در سطح ترتیبی (مقیاس لیکرت) به‌صورت خیلی کم یا کاملاً مخالف عدد ۱، کم یا مخالف عدد ۲، بدون نظر عدد ۳، راضی و موافق عدد ۴ و خیلی زیاد یا کاملاً موافق عدد ۵، امتیازدهی می‌شوند. پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، داده‌ها با استفاده از آزمون‌های مناسب و نرم‌افزار SPSS21 تحلیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام گرفت. در روش توصیفی از فراوانی، درصد، نمودار، واریانس و انحراف معیار استفاده شد و رابطه‌ی میان متغیرها به‌کمک آمار استنباطی بررسی گردید. در آمار استنباطی، از آزمون t و همچنین همبستگی پیرسون و اسپیرمن استفاده شد و در نهایت، رگرسیون برای تعیین سهم هر یک از متغیرها انجام گرفت.

برای ارزیابی میزان اعتبار یا روایی ابزار پژوهش، از روش اعتبار صوری و برای سنجش میزان اعتماد یا پایایی مقیاس‌ها، از آلفای کرونباخ (انجام پیش‌آزمون روی نمونه‌ها، براساس حجم نمونه) استفاده شد. آلفای کرونباخ گویه‌های پرسش‌نامه ۰/۸۵۲٪ بود.

یافته‌ها

در مطالعه‌ی حاضر، از میان ۳۸۳ نفر پاسخ‌دهنده، ۲۸۷ نفر (۷۴/۹٪) ساکن شهر و ۹۶ نفر (۲۵/۱٪) ساکن روستا بودند. میانگین سنی افراد تحت مطالعه ۳۷ سال با دامنه‌ی ۱۵-۷۴ بود. از نظر توزیع جنسیتی، ۱۴۴ نفر (۳۷/۶٪) مرد و ۲۳۹ نفر (۶۲/۴٪) زن بودند. تعداد ۷۹ نفر (۲۰/۶٪) تابستان ۹۹، دوره بیست‌وسوم، شماره دوم، پیاپی ۸۹

تنظیم شده‌است. چنانچه پزشک خانواده یکی از افراد تحت پوشش خود را به پزشک متخصص ارجاع دهد، وی همچنان از تخفیف در پرداخت‌های مالی و یا اولویت در برخورداری از خدمات سلامت بهره‌مند می‌شود [۲،۳]. پزشک خانواده مسئولیت کامل سلامت افراد و خانواده‌های تحت پوشش خود را بر عهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری وضعیت بیمار را نیز برعهده دارد [۴،۵]. یکی از معیارهای بالابودن کارایی تیم بهداشتی-درمانی، میزان رضایت دریافت‌کنندگان خدمات است [۱،۵]. رضایت‌مندی بیمار را می‌توان واکنش دریافت‌کننده‌ی خدمات در مقابل خدمات ارائه‌شده تعریف کرد که منعکس‌کننده‌ی درک کلی وی از کیفیت ارائه‌ی خدمات می‌باشد [۶]. این موضوع از آن جهت اهمیت دارد که باعث جلب مشارکت بیماران در امر مراقبت و درمان می‌شود [۷].

رضایت از پزشکان و پیراپزشکان پدیده‌ای است که در پیشگیری و درمان بیماری‌ها نقش به‌سزایی دارد، به‌طوری‌که هرچه بر میزان رضایت فرد افزوده شود، بهبودی جسمی و روانی وی بهتر و سریع‌تر خواهد بود. بنابراین، جلب رضایت هرچه بیش‌تر بیماران، آنان را به انجام صحیح و به‌موقع دستورالعمل‌های درمانی ترغیب نموده و موجب تسریع روند معالجات و دستیابی به هدف اصلی درمان، یعنی بهبودی، می‌شود. از آن‌جا که خدمات ارائه‌شده توسط پزشک خانواده عموماً در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی است و وسیع‌ترین طیف بیماران را تحت پوشش قرار می‌دهد، سنجش میزان رضایت بیماران و عوامل موثر بر آن از طریق شناخت نقاط قوت و ضعف ارائه‌ی خدمات، می‌تواند امکان مداخله جهت ارتقای سطح کیفیت مراقبت‌های بهداشتی-درمانی را به میزان گسترده‌ای فراهم نماید [۸].

در اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده، میزان تحقق اهداف باید به‌طور مستمر مورد پایش و ارزیابی قرار گیرد [۲،۹]. اصلی‌ترین محور اجرای این برنامه، پایش عملکرد پزشک خانواده است. با این حال، در فرآیند ارزشیابی برنامه‌ی پزشک خانواده، سنجش میزان رضایت گیرندگان خدمات از اهمیت بالایی برخوردار است [۲]. مطالعه‌ی حاضر، با هدف ارزیابی میزان رضایت مردم مناطق شهری و روستایی از اجرای طرح پزشک خانواده در شهرستان لارستان اجرا گردید.

مواد و روش کار

مطالعه توصیفی-تحلیلی حاضر در سال ۱۳۹۷ روی جمعیت روستایی و شهری شهرستان لارستان، که تحت پوشش طرح پزشک خانواده قرار داشتند، انجام گردید. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی خانوارهای تحت پوشش طرح پزشک خانواده در کلیه‌ی مناطق شهرستان

ماه به مراکز خدمات درمانی پزشک خانواده مراجعه می‌کردند.

از میان ۳۸۳ نفر پاسخ‌دهنده، ۳۳ نفر (۸/۶ درصد) از اجرای طرح پزشک خانواده کاملاً ناراضی، ۹۰ نفر (۲۳/۵ درصد) ناراضی، ۱۰۸ نفر (۲۸/۲ درصد) رضایت متوسط، ۱۳۲ نفر (۳۴/۵ درصد) راضی، دو نفر (۰/۵ درصد) کاملاً راضی و ۱۸ نفر (۴/۷ درصد) نیز بدون پاسخ بودند.

مجرد، ۲۹۲ نفر (۷۶/۲٪) متأهل، شش نفر (۱/۶٪) بیوه و شش نفر (۱/۶٪) مطلقه بودند. از نظر تحصیلات، ۱۱ نفر (۲/۹٪) بی‌سواد، ۱۲۶ نفر (۳۲/۹٪) ابتدایی و سیکل، ۴۹ نفر (۱۲/۸٪) دیپلم، ۶۸ نفر (۱۷/۸٪) فوق دیپلم، ۱۰۰ نفر (۲۶/۱٪) لیسانس و ۲۸ نفر (۷/۳٪) فوق لیسانس و بالاتر بودند. از میان ۳۸۳ نفر پاسخ‌دهنده، ۳۴۹ نفر ۱ تا ۲ بار، ۲۷ نفر ۳ تا ۴ بار و هفت نفر ۵ تا ۶ بار در

جدول ۱: نتایج مقایسه‌ی میانگین رضایت‌مندی از طرح پزشک خانواده بر حسب جنسیت، محل سکونت و وضعیت تاهل

نوع متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد	مقدار T	سطح معنی‌داری
جنسیت	مرد	۱۳۹	۱۱۵/۴۹۶	۱۹/۲۶۳	۱/۶۳۳	۰/۰۷۴
	زن	۲۲۶	۱۱۱/۸۶۶	۱۸/۴۹۸	۱/۲۳۰	
محل سکونت	شهر	۲۶۹	۱۱۷/۶۳۲	۱۸/۰۴۸	۱/۱۰۰	<۰/۰۰۱
	روستا	۹۶	۱۰۰/۹۶۶	۱۵/۳۵۴	۱/۵۶۶	
وضعیت تاهل	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	سطح معنی‌داری	
	مجرد	۷۷	۱۰۸/۰۳۹	۱۸/۷۳۶	۰/۰۳۲	۲/۹۶۸
	متاهل	۲۷۶	۱۱۴/۷۲۳	۱۸/۵۴۰		
	مطلقه	۶	۱۰۶/۸۳۳	۲۵/۲۸۵		
	سایر	۶	۱۱۸/۶۶۶	۱۹/۰۵۴		

(شهر یا روستا) و وضعیت تاهل، رابطه‌ی معنی‌داری با میزان رضایت از پزشک خانواده داشتند (به ترتیب ۰ و ۰/۰۳۲).

باتوجه به جدول ۱، رابطه‌ی معنی‌داری میان جنسیت و میزان رضایت‌مندی از پزشک خانواده مشاهده نشد ($P = ۰/۰۷۴$). درحالی‌که محل سکونت پاسخ‌دهندگان

جدول ۲: نتایج مقایسه‌ی میانگین رضایت‌مندی از طرح پزشک خانواده بر حسب تحصیلات، شغل و مالکیت منزل مسکونی

متغیر	رضایت‌مندی	تحصیلات	سطح معنی‌داری
رضایت‌مندی	۱	-۰/۲۰۸**	<۰/۰۰۱
تحصیلات	-۰/۲۰۸**	۱	<۰/۰۰۱
متغیر	رضایت‌مندی	شغل	سطح معنی‌داری
رضایت‌مندی	۱	-۰/۰۳۲	۰/۴۲۴
شغل	-۰/۰۳۲	۱	۰/۴۲۴
متغیر	رضایت‌مندی	مالکیت منزل مسکونی	سطح معنی‌داری
رضایت‌مندی	۱	-۰/۰۵۰	۰/۳۳۸
مالکیت منزل مسکونی	-۰/۰۵۰	۱	۰/۳۳۸

و مالکیت مسکونی با رضایت‌مندی از اجرای طرح پزشک خانواده نشان داد.

براساس جدول ۲، آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن رابطه‌ی معنی‌داری را میان شاخص‌های تحصیلات، شغل

جدول ۳: ضریب همبستگی متغیر پوشش بیمه‌ای / سطح پوشش خدمات ارائه‌شده و رضایت‌مندی از طرح پزشک خانواده

متغیر	رضایت‌مندی از طرح پزشک خانواده		
	همبستگی	سطح معنی‌داری	تعداد
سطح پوشش خدمات ارائه‌شده	۰/۹۲۴**	<۰/۰۰۱	۳۷۵
	وجود ارتباط	دارد	
متغیر	میزان رضایت‌مندی		
	همبستگی	سطح معنی‌داری	تعداد
پوشش بیمه‌ای	-۰/۱۱۴*	۰/۰۲۹	۳۶۵
	وجود ارتباط	دارد	

بیش‌تر باشد، میزان رضایت‌مندی نیز بیش‌تر است. همچنین، میزان همبستگی میان دو متغیر پوشش بیمه‌ای و رضایت‌مندی از طرح پزشک خانواده، براساس آزمون همبستگی پیرسون ۰/۱۱۴- بود که بیانگر رابطه‌ی معنادار دو متغیر است.

باتوجه‌به نسبت‌های محاسبه‌شده میان دو متغیر سطح پوشش خدمات ارائه‌شده و رضایت‌مندی از طرح پزشک خانواده، رابطه‌ی معناداری میان این دو متغیر با میزان همبستگی ۰/۹۲۴ و سطح اطمینان ۹۹٪ مشاهده شد (جدول ۳)؛ یعنی هرقدر سطح پوشش خدمات ارائه‌شده

جدول ۴: ضریب همبستگی درآمد خانوار/ هزینه‌ی خدمات و رضایت‌مندی از طرح پزشک خانواده

وجود ارتباط	رضایت‌مندی از طرح پزشک خانواده			متغیر
	تعداد	سطح معنی‌داری	پیرسون	
دارد	۳۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۵۳**	هزینه خدمات
وجود ارتباط	رضایت‌مندی از طرح پزشک خانواده			متغیر
	تعداد	سطح معنی‌داری	اسپیرمن	
دارد	۳۶۵	۰/۰۱۱	۰/۱۳۴*	درآمد خانوار

پزشک خانواده، به‌ترتیب با میزان همبستگی ۰/۲۵۳- و ۰/۱۳۴-، رابطه‌ی معنی‌دار قوی و معکوسی وجود دارد.

نتایج حاصل از جدول ۴ نشان می‌دهد که میان هزینه‌ی خدمات و درآمد خانوار با رضایت‌مندی از طرح

جدول ۵: ضریب همبستگی در دسترس بودن پزشک خانواده/ مهارت بالینی پزشک و رضایت‌مندی از طرح پزشک خانواده

وجود ارتباط	رضایت‌مندی از طرح پزشک خانواده			متغیر
	تعداد	سطح معنی‌داری	پیرسون	
دارد	۳۸۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۹**	مهارت بالینی پزشک
وجود ارتباط	رضایت‌مندی از طرح پزشک خانواده			متغیر
	تعداد	سطح معنی‌داری	پیرسون	
دارد	۳۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۵۴**	در دسترس بودن پزشک خانواده

پزشک خانواده با میزان همبستگی ۰/۸۵۴، رابطه‌ی معنی‌دار قوی به‌دست آمد. این بدین معنی است که هر اندازه میزان دسترسی به پزشک خانواده افزایش یابد، میزان رضایت‌مندی از طرح پزشک خانواده نیز افزایش می‌یابد.

براساس نتایج حاصل، میان مهارت بالینی پزشک و رضایت‌مندی از طرح پزشک خانواده، رابطه‌ای معنی‌دار با همبستگی ۰/۷۳۹ در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ مشاهده شد. همچنین، میان دسترسی به پزشک و رضایت‌مندی از طرح

جدول ۶: نتایج رگرسیون چندمتغیره‌ی مرحله‌به‌مرحله برای متغیر رضایت‌مندی

مرحله	متغیر مستقل	R	R ²	مقدار اضافه‌شده به	سطح معنی‌داری	Beta	b
۱	سطح پوشش خدمات ارائه‌شده	۰/۹۲۵	۰/۸۵۵	۰/۸۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۴۴	۳/۲۲
۲	هزینه‌های درمانی	۰/۹۲۸	۰/۸۶۰	۰/۸۶۰	<۰/۰۰۱	۰/۰۷۹	-۰/۳۳
۳	سن	۰/۹۳۰	۰/۸۶۵	۰/۸۶۴	۰/۰۰۱	۰/۰۶۵	۱/۱۴
۴	مهارت بالینی پزشک	۰/۹۳۱	۰/۸۶۶	۰/۸۶۵	۰/۰۳۷	۰/۰۶۴	۱/۲۶

سن و مهارت بالینی پزشک، به‌ترتیب وارد معادله شده‌اند. اولین متغیر وارد شده، سطح پوشش خدمات ارائه‌شده بوده که ۸۵٪ از متغیر وابسته را تبیین نموده و جهت رابطه نیز مثبت بوده‌است. متغیرهای بعدی نیز توانستند همراه با متغیر قبلی، حدود ۸۶٪ از متغیر وابسته را تبیین کنند.

جدول ۶، نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره به‌روشنی مرحله‌به‌مرحله را برای متغیر وابسته‌ی رضایت‌مندی از اجرای طرح پزشک خانواده نشان می‌دهد. داده‌های جدول ۶ نشان‌دهنده‌ی آن است که از میان متغیرهای مستقل، چهار متغیر سطح پوشش خدمات ارائه‌شده، هزینه‌های درمانی،

طبق نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی حاضر، میزان کلی رضایت افراد از اجرای طرح پزشک خانواده ۶۲/۷٪ و در حد متوسط به بالا بود. یافته‌ی پژوهش حاضر با نتیجه‌ی مطالعه‌های نجیمی و همکاران (۱۳۹۰) و بیاتی (۱۳۸۰) که میزان آگاهی، نگرش و رضایت‌مندی افراد از برنامه‌ی پزشک خانواده را در سطح متوسط نشان دادند، همخوانی دارد [۱۰، ۱۱]. همچنین در مطالعه‌ی علیدوستی و همکاران (۱۳۸۹)، بین میزان آگاهی و رضایت‌مندی روستاییان از برنامه‌ی پزشک خانواده رابطه معنی داری وجود ندارد، و نگرش آن‌ها نیز متوسط بود. یافته‌های ایشان با نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد، اما با نتایج پژوهش‌های خدیوی و همکاران (۱۳۹۲)، خداوسی و همکاران و polluste و همکاران (۲۰۰۵)، که میانگین کلی نمره‌ی رضایت‌مندی از طرح پزشک خانواده را به ترتیب ۷۰/۳٪، ۸۳٪، ۸۷٪ و در سطح بالا عنوان کردند، منطبق و همخوان نیست.

نکته‌ی قابل توجه، نوع پرسش‌نامه از نظر کمی و یا کیفی بودن است. پرسش‌نامه‌های کمی عموماً میزان رضایت‌مندی را کم‌تر از پرسش‌نامه‌های کیفی یا سوالات باز نشان می‌دهند، چرا که مردم بیش‌تر تمایل دارند اظهار نارضایتی خود را در قالب پرسش‌نامه‌های کیفی نشان دهند تا در قالب‌هایی چون کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم و کاملاً مخالفم [۱۵، ۱۶]. با این استدلال، به احتمال زیاد، میزان رضایت‌مندی واقعی مراجعین پایین‌تر از مقادیر ذکر شده است.

فرضیه‌های تحقیق حاضر با استفاده از مطالعه‌های تجربی مشابه تدوین گردیده‌است. فرضیه‌های این تحقیق به بررسی میزان رضایت‌مندی از اجرای طرح پزشک خانواده پرداختند. با تحلیل یافته‌ها، نتایجی به شرح زیر به دست آمد:

نتایج مقایسه‌ی میانگین رضایت‌مندی از اجرای طرح پزشک خانواده بر حسب جنسیت نشان داد که جنسیت پاسخ‌دهندگان، ارتباط و اثری روی میزان رضایت‌مندی ایشان از طرح پزشک خانواده سلامت نداشته‌است. این امر با نتایج مطالعه‌های فلاحی، قربانی و همکاران (۱۳۹۱)، کمپیل (۲۰۰۱) و هال (۱۹۹۰) مطابقت داشته، اما با یافته‌های پژوهش نانبخش و پورعلی (۱۳۸۰) همخوانی ندارد [۱۹، ۵۱۷].

نتیجه‌ی به دست آمده از آزمون پیرسون نشان داد که میان سن و میزان رضایت‌مندی، رابطه‌ی معنی داری وجود دارد. افزایش سن با افزایش احتمال مواجهه با پزشک می‌تواند بر میزان رضایت‌مندی از پزشک خانواده تاثیرگذار باشد. این یافته‌ی پژوهش با نتایج پژوهش فلاح، حاجیان (۱۳۸۶) و چان (۲۰۰۵) مطابقت داشته، ولی با نتایج تحقیق ریسی و همکاران (۱۳۹۰) و قربانی و همکاران همخوانی ندارد [۲۱، ۲۲، ۳۳].

دیگر یافته‌های مطالعه نشان داد که میان سطح تحصیلات و میزان رضایت‌مندی پاسخ‌دهندگان، رابطه‌ی معنی داری وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش ریسی و همکاران و قربانی و همکاران مطابقت داشته، اما با نتایج مطالعه‌ی جعفری و هال همخوانی ندارد [۱۷، ۳۳]. یافته‌های فوق می‌تواند حاکی از آن باشد که افراد با تحصیلات بالاتر، به دلیل آگاهی بیش‌تر از حقوق برحق خود و همچنین احتمال برخورداری از رفاه اقتصادی-اجتماعی بیش‌تر، انتظار و توقع بیش‌تری از مراکز بهداشتی-درمانی دارند که باید توسط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی-درمانی درک و مورد توجه قرار گیرد. براساس نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی حاضر، میان وضعیت تاهل و رضایت‌مندی از اجرای طرح پزشک خانواده، رابطه‌ی معنی داری وجود داشت. تشکیل خانواده و فرزندآوری با افزایش احتمال مواجهه با پزشک می‌تواند بر میزان رضایت‌مندی از پزشک خانواده موثر باشد. این یافته با نتایج مطالعه‌ی هال همخوانی دارد، ولی با نتایج مطالعه‌های قربانی و همکاران، جعفری (۱۳۸۵)، فلاحی و ریسی و همکاران در تضاد است [۲۴، ۳۳].

همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میان شغل و رضایت‌مندی از اجرای طرح پزشک خانواده، رابطه‌ی معنی داری وجود ندارد. این یافته با نتایج مطالعه‌ی قربانی و همکاران مطابقت دارد، ولی با نتایج مطالعه‌های فلاحی و جعفری همراستا نیست [۵، ۲۴]. دلیل بالا بودن میزان رضایت آن‌ها احتمالاً توقع پایین افراد از خدمات ارائه‌شده توسط سیستم بهداشتی-درمانی است.

همچنین، نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که میان میزان دردسترس بودن پزشک خانواده و مهارت بالینی پزشک با رضایت‌مندی از اجرای طرح پزشک خانواده، ارتباط معنی داری وجود دارد. بنابراین یکی از عوامل افزایش رضایت‌مندی مراجعه‌کنندگان، دردسترس بودن پزشک خانواده است. یافته‌های مطالعه‌ی حاضر با نتایج مطالعه‌های فلاحی و همکاران و جباری و همکاران (۱۳۹۱) مطابقت دارد، ولی با نتایج مطالعه‌ی علیدوستی و همکاران همراستا نیست [۵، ۱۲، ۲۵]. در مطالعه‌ی سیدی و همکاران، دسترسی آسان به امکانات ارائه‌شده، از مهم‌ترین عوامل رضایت‌مندی افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی ذکر شده‌است [۲۶].

در ادامه، نتایج نشان داد که میان درآمد خانوار (وضعیت اقتصادی) و میزان رضایت‌مندی از اجرای طرح پزشک خانواده، ارتباط معنی داری وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات صوفی و همکاران و کاووسی و همکاران همخوان است، ولی با نتیجه‌ی مطالعه‌ی سامکوترا و لاگرادا مطابقت ندارد [۲۷-۲۹]. در این راستا،

آموزشی توسط مراکز بهداشتی برای عموم، مردم را با اهداف برنامه‌ی پزشک خانواده آشنا کرده، نظارتی دقیق بر کیفیت خدمات پزشکان در مناطق روستایی و شهری اعمال و یک نظام سیستماتیک استخراج مستمر نظرات بیماران را مستقر نمایند. از طرف دیگر، تلاش پیگیر مسئولان در توجیه ارایه‌کنندگان خدمات در راستای رفع نیازهای مراجعین، حتی در خصوص درخواست‌های غیرطبیعی، باعث تکریم مراجعان و در نهایت، ارتقای کیفیت برنامه و افزایش رضایت‌مندی عموم از این برنامه‌ی مهم ملی خواهد شد. با توجه به تاثیرگذار بودن عوامل اقتصادی چون میزان درآمد، هزینه‌ی درمان، پوشش بیمه و سطح پوشش خدمات بر میزان رضایت‌مندی از پزشک خانواده، لازم است سیاست‌گذاران با بهبود وضعیت معیشت مردم و همچنین ایجاد معافیت پرداخت برای گروه‌های فقیر، برای افزایش کیفیت برنامه‌ی پزشک خانواده و میزان رضایت‌مندی از آن تلاش نمایند.

سهم نویسندگان

نسیمه شفیی: مجری پژوهش، تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله
سمانه حاجی حسینی: مجری پژوهش، طراحی پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها، نگارش مقاله

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل بخشی از طرح پژوهشی با عنوان «بررسی میزان رضایت‌مندی از اجرای طرح پزشک خانواده در کاهش هزینه‌های کمرشکن سلامت در شهرستان لارستان» است که با شماره‌ی ۹۶۱۲۲۵ در مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی به تصویب رسیده و با حمایت‌های مالی مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی و معنوی دانشکده‌ی علوم پزشکی لارستان (با کد اخلاق IR.LARUMS.REC.1398.029) اجرا شد. نویسندگان مقاله لازم می‌دانند از همکاری کلیه‌ی افراد شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

موافقت سیاست‌گذاران با ایجاد معافیت پرداخت برای گروه‌های فقیری که قادر به مشارکت در طرح‌های پیش‌پرداخت نیستند، می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد. در نهایت، نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که میان سطح پوشش خدمات ارایه‌شده و هزینه‌ی خدمات (بستری، ویزیت، دارو و ...) با میزان رضایت‌مندی از اجرای طرح پزشک خانواده، رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. نتایج مطالعه‌ی حاضر با یافته‌های مطالعه‌ی نجیمی و همکاران همراستا است.

مطالعه‌ی حاضر نیز مانند سایر مطالعات، با محدودیت‌هایی همراه بود. عدم همکاری برخی مراکز بهداشتی-درمانی، بی‌میلی مراجع‌کنندگان و عدم همکاری ایشان، ترس مراجع‌کنندگان از پزشک خانواده‌ی خود و عدم ارایه‌ی نظرات واقعی، از جمله محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر بود.

نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه‌ی حاضر، بررسی میزان رضایت‌مندی مردم مناطق شهری و روستایی شهرستان لارستان از اجرای طرح پزشک خانواده و شناسایی عوامل موثر بر این رضایت‌مندی بود. با توجه به اجرای تقریباً ۱۰ ساله‌ی طرح پزشک خانواده در شهرستان لارستان، ۳۴/۵٪ از جمعیت این شهرستان، اعم از شهری و روستایی، از اجرای این طرح راضی هستند.

نتایج نشان‌دهنده‌ی عدم ارتباط متغیرهای جنسیت، شغل و مالکیت منزل مسکونی با رضایت‌مندی از طرح پزشک خانواده بود و متغیرهای محل سکونت، تاهل، سن، میزان تحصیلات، پوشش بیمه، درآمد، سطح پوشش خدمات، هزینه‌ی درمانی، مهارت بالینی پزشک و میزان دسترسی به پزشک خانواده، ارتباط معنی‌داری با رضایت‌مندی از طرح پزشک خانواده داشت.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

سیاست‌گذاران سلامت می‌توانند با برگزاری دوره‌های

References

- 1- WHO. The world health report 2000: health system: improving performance. Geneva: World health organization 2000: 1-10
- 2- Khadivi R, Gholshiri P, Farasat E, Khaledi G. Caregiver satisfaction in rural areas in Isfahan district, Iran, after implementation of family physician project. Journal of Isfahan Medical School 2013; 244: 1048-1058)In Persian(
- 3- Baeza C, Crocco P, Nunez M, et al. Towards Decent Work: Social Protection in Health for all Workers and their Families. The ILO/STEP Framework for the Extension in Social Protection in Health. International Labour Organization: Italy, Genova. 2001: 1-20
- 4- Narayan D, Patel R, Schafft K, et al. Voices of the poor: can anyone hear us? New York Oxford university press: 2000: 30-73
- 5- Fallahi A, Nemat Shahrabaki B, Hashemian M. Assessment client satisfaction with family physician and its relationship with physician demographic variables in health care centers of Jiroft county. Zanco Medical Sciences Journal 2015: 72-61)In Persian(
- 6- Mackinley RK, Robert C. Patient satisfaction with out of hours' primary medical care. Quality Health Care 2001: 10: 23-28
- 7- Bond S, Thomas IH. Measuring patient satisfaction with nursing care. Journal of Advanced Nursing 1996: 23: 747-56
- 8- Nooronesa R, Rezaian S, Moradi S, Rezaian Z. Evaluation of

- Patients' Satisfaction with GP Services: A cross-sectional study. *Journal of Medical Ethics*. 2012; 22: 162-184)In Persian(
- 9- WorldBank. World development report 2000/2001: Attacking poverty. New York Oxford university press: 2000: 1-12
 - 10- Najimi A, Alidoosti M, Sharifirad Gh. Study of knowledge, attitude, and satisfaction toward the family physician program in rural regions of Isfahan, Iran. *Journal Health System Research*. 2011; 7: 883-90)In Persian(
 - 11- Bayati A, Survey satisfaction of patients admitted to hospital of provided services for their hospitals subsidiary to the Arak medical sciences university, Persian. *Rahavard Danesh* 2000;3 (13): 6-11)In Persian(
 - 12- Alidoosti M, Tavassoli E, Delaram M, Najimi A, Sharifirad G. The relationship between satisfaction and knowledge about family-doctor program in Shahre-e-Kord. *Zahedan J Res Med Sci* 2011; 13: 36-39)In Persian(
 - 13- Khdavysy M, Allahverdi-Pur H, Survey Knowledge and satisfaction of the families living in Hamadan city services in health centers in 1376, Persian. *Med Purific Spring* 2002; 1 (44): 64-69
 - 14- Polluste K, Kalda R, Lember M. Evaluation of primary health care reform in Estonia from patients prepective: acceptability and satisfaction. *Croat Med J*. 2004; 45: 582-7
 - 15- Mobasheri F, Jafarzade S, Bahramali A. Satisfaction with family physician program in urban population of Fasa city. *Fasa Medical Sciences Journal* 2017; 2: 190-198)In Persian(
 - 16- Ebrahimipour H, Vejdani M, Vafae-najar A, Nejat zadegan Z, Amini AR, Vejdani M, Nezamdoust F. Patients satisfaction family in health centers affiliated with Sabzevar university of medical sciences with EUROPEP-2012. *Yazd School of Health Journals* 2014; 48: 25-33)In Persian(
 - 17- Ghorbani E, Shegarf nakhaee M, Assessment of Satisfaction with Family Physician Program in Insured Population Covered by Sabzevar University of Medical Sciences *Journal of Sabzevar University of Medical Science* 2012; 19: 364-370)In Persian(
 - 18- Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients assessments of primary health care. *Qual Health Care*. 2001;10 (2): 90-5
 - 19- Hall JA, Dorman MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: meta-analysis. *Soc Sci Med*. 1990; 30 (7): 811-8
 - 20- Nanbakhsh H, Porali R, Study of Satisfaction of the villagers of providing health services in health care centers in the city of Oromiye.persian, *Oromiye medical journal*. 2002;4 (1): 1-26)In Persian(
 - 21- Hajiyan K, Satisfaction of hospitalized patients of providing Health services in Shahidbeheshti and Yahyanejad of Babol. Persian, *journal of Babol university of Medical Sciences*. 2007; 9 (2):51-60.
 - 22- Chan J, Chau J. Patieny satisfaction with triage nursing carein Hong Kong *J Adv Nurs*, 2005;50 (5): 498-507.
 - 23- Raeissi P, Ghorbani A, Tabarraie Y. Factors Determining Satisfaction with Family Practitioner Program from the Perspective of Rural Insurance Care holders affiliated with Sabzevar University of Medical of Sciences. *Journal of health administration* 2012;(49)15: 69-75)In Persian(
 - 24- Jafari F, Zaieri F, Johari Z, Ramezankhani A, Sayyahiran Z. Evaluation of Satisfaction and its Determinants in health Center Customers.persian. *Daneshvare Salamat*. 2006;14 (66): 15)In Persian(
 - 25- Jabari A, Sharirad G, Shokri A, Bahmanziari N, Kordi A. Overview of the performance of rural family physician in Iran. *Health Information Management* 2011; 9: 1132-1145)In Persian(
 - 26- Seyedi Andi SJ, Shojaeizade 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: 80-87)In Persian(
 - 27- Soofi M, Rashidian A, Abolhasani F, Sari A, Bazayr M, Measuring Households' Exposure to Health Breakdown Costs in 2001 in Iran: World Health Organization and World Bank approach. *Journal of Hospital* 2002; 45: 40-50)In Persian(
 - 28- Kavoozi Z, Rashidian A. Measuring Households' Exposure to Expensive Health Costs: A longitudinal study in district 17 of Tehran. *Hakim Health Sys Res* 2009; 12: 38-47)In Persian(
 - 29- Somokotra T, Lagrada LP. Which household are at risk of catastrophic health spending: experience in in Thailand after universal coverage. *Health affairs* 2009; 28: 1-12

Survey of Satisfaction of People in Urban and Rural Areas with the Family Physician Plan

Nasimeh Shafiei¹, Samaneh Hajihoseini^{2*}

1- MSc of social science research, Larestan University of Medical Sciences, Larestan, Iran.

2- Ph.D in molecular genetics, Larestan University of Medical Sciences, Larestan, Iran.

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to evaluate the satisfaction of urban and rural populations of Larestan with the family physician plan.

Methods: The present study was conducted with a quantitative approach. The data collection tool was a researcher-made questionnaire. The statistical population consisted of all households covered by the plan in Larestan city. A sample of 383 people was selected using the Cochran formula. Data were analyzed by SPSS21 software using Pearson analysis, regression analysis, and T-test. The face validity and Cronbach's alpha were used to assess the validity and reliability of the research instrument, respectively.

Results: The overall satisfaction with the family physician plan was moderate to high (62.7%). There was no relationship between gender ($P=0.074$), occupation ($P=0.424$), and residential homeownership ($P=0.338$), and satisfaction with the plan. There were significant direct relationships between residence place, marital status, age, education, insurance coverage, income, level of service coverage, medical costs, physician's clinical expertise, and access to physician, and satisfaction with the plan. The results of multivariate regression analysis showed that service coverage ($r=0.925$), treatment costs ($r=0.928$), age ($r=0.930$), and clinical expertise ($P=0.931$) explained a total of 86% of changes in the satisfaction with the family physician plan ($P<0.001$).

Conclusion: The quality of services and satisfaction with the plan can be increased by allocating resources, implementing educational programs for increasing physician skills, holding training courses for villagers to get them acquainted with the goals of the plan, and careful monitoring and surveillance of the program.

Keywords: Family Physician Plan, Health System Reform, Satisfaction, Larestan

Please cite this article as follows:

Shafiei N, Hajihoseini S. Survey of satisfaction of people in urban and rural areas with the family physician plan. *Hakim Health Sys Res.* 2020; 23(2): 238-245.

*Corresponding Author: Larestan University of Medical Sciences, Karmandan street, North Ghadir Blvd, Shahr e Jadid, Larestan, Fars. Postal code: 74318896629, Tel: (+98)9173811673, Fax: (+98)7152255484. E-mail: shajihoseini@yahoo.com