

## آگاهی جنسیتی پزشکان مستقر در درمانگاه‌های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی و رضایتمندی مراجعین از آن‌ها

دکتر غلامرضا قاسمی<sup>۱</sup>، پریسا یآوری<sup>۲</sup>، سعید ولی‌الله پور امیری<sup>۳</sup>، علی مهربانی کوشکی<sup>۳</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** تعامل پزشک- بیمار یک ماتریکس فرهنگی- اجتماعی- روانی- اقتصادی است که امروزه با طرح موضوع جنسیت چشم‌انداز جدیدی از این رابطه‌ی تعاملی حرفه‌ای ارائه شده است. در آموزش پزشکی نیز آگاهی جنسیتی با دو مقوله‌ی حساسیت جنسیتی و ایدئولوژی مربوط به نقش جنسیت مطرح می‌باشد. برای تحقق شعار بیمار محوری و ارائه‌ی خدمات بهداشتی- درمانی مبتنی بر نیاز، این مطالعه با هدف شناخت رابطه‌ی آگاهی جنسیتی و رضایتمندی مراجعین از آن‌ها در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت.

**روش‌ها:** این مطالعه‌ی توصیفی- تحلیلی در شش ماه اول سال ۱۳۹۱ در سطح درمانگاه‌های عمومی و تخصصی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. ۱۵۰ پزشک شرکت‌کننده به صورت تصادفی ساده از بین پزشکان این درمانگاه‌ها انتخاب شدند. آگاهی جنسیتی پزشکان به وسیله‌ی پرسشنامه‌ی آگاهی جنسیتی N-GAMS (The Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale) مورد بررسی قرار گرفت. شرکت‌کنندگان در مطالعه به روش آسان و در دسترس از بین مراجعین به پزشکان متخصص و عمومی مستقر در این مراکز انتخاب شدند و با پرسشنامه‌ی مشارکت بیمار PICS (Perceived Involvement in Care Scale) مورد بررسی قرار گرفتند. رضایتمندی بیماران بر اساس چک لیست مربوطه از بین ۴۲۳ بیمار مراجعه‌کننده به این درمانگاه‌ها تعیین گردید. اطلاعات خام به وسیله‌ی نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ با اجرای آزمون‌های توصیفی و تحلیلی از جمله Student-t، ANOVA و  $\chi^2$  انجام گرفت.

**یافته‌ها:** در این مطالعه ۱۵۰ پزشک متخصص و عمومی حضور داشتند که اکثر آن‌ها را متخصصین تشکیل می‌دادند. میانگین امتیازات مربوط به خرده مقیاس حساسیت جنسیتی در مورد پزشکان مرد بیشتر بود، با این حال این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. همچنین پزشکان مرد امتیاز بالاتری در خرده مقیاس ایدئولوژی نقش جنسیتی کسب نمودند که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود. این یافته‌ها به این معنی است که آگاهی جنسیتی پزشکان مرد نسبت به پزشکان زن کمتر بود و بیشتر از تفکر کلیشه‌ای نسبت به جنس پزشک و بیمار برخوردار بودند. همچنین در این مطالعه آگاهی جنسیتی پزشکان عمومی با توجه به امتیازات کسب‌شده کمتر از متخصصین برآورد شد. با بررسی ۴۲۳ پرسشنامه‌ی مربوط به بیماران مشخص شد که بیماران زن و مرد از پزشکان مرد بیشتر از پزشکان زن است که البته این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نبود.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این مطالعه نشان دادند که آگاهی پزشکان زن در مورد مسایل مربوط به جنسیت از پزشکان مرد بیشتر است، با این حال این امر موجب افزایش رضایتمندی مراجعین از آن‌ها نگردید. این مشاهده می‌تواند با مسایلی چون ازدحام مراجعین در درمانگاه‌های مراکز آموزشی، فقدان وقت کافی پزشکان برای پرداختن به مسایل جانبی، تفکر سنتی جامعه‌ی ایران نسبت به جنسیت پزشک و اعتقاد بیشتر به پزشکان مرد قابل توجیه باشد. تحقق شعار بیمار محوری مستلزم ایجاد فرهنگ پذیرش و فرصت عادلانه برای بیمار می‌باشد.

**واژگان کلیدی:** آگاهی جنسیتی، حساسیت جنسیتی، ایدئولوژی نقش جنسیتی، رضایتمندی بیمار، پزشکان عمومی، پزشکان متخصص، درمانگاه‌های سرپایی، اصفهان

**ارجاع:** قاسمی غلامرضا، یآوری پریسا، ولی‌الله پور امیری سعید، مهربانی کوشکی علی. آگاهی جنسیتی پزشکان مستقر در درمانگاه‌های

عمومی، تخصصی و فوق تخصصی و رضایتمندی مراجعین از آن‌ها. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۲؛ ۳۱ (۲۵۴): ۱۵۲۹-۱۵۲۹

\* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای مرفه‌ای به شماره‌ی ۲۹۰۰۱۸ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است.

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی و کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: dr.parisayavari@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤول: پریسا یآوری

## مقدمه

از دیرباز علم پزشکی در سیطره‌ی مردان بوده است و واقعیت‌های اجتماعی نیز متعاقب چنین شرایطی شکل گرفته است (۱-۲). در چین قدیم حجب و حیای بیمار و ارزش‌های اصیل مانع از معاینه‌ی مستقیم پزشک از بیمار بود و بیماران برای نشان دادن و شرح علائم خود نزد پزشک از مانکن‌هایی که در محل طبابت پزشکان مستقر بودند، استفاده می‌کردند. امروزه، در غرب و شرق، واقعیت‌های اجتماعی طبی چنین ایجاب می‌کند که معاینه‌ی فیزیکی بیمار زن توسط پزشک مرد مشکلی ایجاد نمی‌کند و زن و مرد بودن بیمار یک نماد غیر جنسی برای پزشک متصور می‌سازد (۳).

رضایتمندی بیمار از پزشک نیز تا حدود زیادی با تطابق جنسیتی مرتبط است، به طوری که پزشکان زن و مرد در فرایند ارائه‌ی خدمات مراقبت‌های اولیه، متفاوت عمل می‌کنند. پزشکان زن بیشتر درگیر ارائه‌ی خدمات پیشگیرانه می‌گردند و به بیماران خود بیشتر اطلاعات طبی می‌دهند و دوست دارند با بیماران خود از سبک زندگی و مقوله‌های اجتماعی سخن به میان آورند (۴) و در تصمیم‌گیری درمانی بیماران خود را به مشارکت می‌طلبند (۵). نحوه‌ی برخورد و توقعات بیماران زن نیز از پزشک خود متفاوت است. زنان بیشتر تمایل دارند تا جزئیات زندگی و شرح حال خود را برای پزشک بازگو کنند (۶) و پزشکانی را که وقت زیادی صرف آن‌ها می‌نماید و به حرفه‌ایشان گوش می‌دهد، می‌ستایند و احساس رضایتمندی می‌کنند (۷). بیماران زن همواره در جستجوی پزشکان و درمانگران هم‌جنس خود هستند و از آن‌ها برخوردهای عاطفی آمیخته با هم‌دلی

و هم‌دردی انتظار دارند (۸). مطالعات قبلی مؤید نقش و تفاوت جنسیتی پزشکان در ارائه‌ی مراقبت‌های اولیه به بیمار هستند و مدعی هستند که پزشکان زن نسبت به پزشکان مرد وقت بیشتری صرف بیماران می‌کنند (۹-۱۴). برخی محققین این ادعا را زیر سؤال برده‌اند و پدیده‌ی صرف وقت زیاد را مرتبط با ماهیت مشکل بیماری زنان و سر و کار آن‌ها با بیماران زن دانسته‌اند (۱۵).

رویکرد دیگری که در زمینه‌ی تطابق جنسیتی مطرح است، مربوط به نحوه‌ی بیان علائم و درد توسط زنان و مردان است. زنان با جسمی‌سازی شکایات خود به تشخیص‌های روان‌تنی تن در می‌دهند (۱۶-۱۷). در حالی که در مردان این گونه نیست. در یک تحقیق، شمار زنان مراجعه‌کننده به پزشک در آمریکا بیش از مردان است و میانگین مراجعه به پزشک برای هر زن آمریکایی ۵ بار در سال گزارش شده است (۱۸-۱۹). مدافعین حقوق زنان نرخ بالای مراجعه‌ی زنان به پزشک را به قدرت پزشکان مرد در جامعه و اعمال نقش جنسیتی آنان مربوط دانسته‌اند. برخی نیز معتقد هستند که تبعیض و نابرابری کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی با موضوع جنسیت گره خورده است (۲۰). برخی از محققین کاستی‌های موجود را به فرایندهای ناقص مراقبت از سلامت زنان مربوط دانسته‌اند (۲۱).

امروزه با ورود چشم‌گیر زنان به حرفه‌ی طب و احراز کرسی‌های تخصصی طب بالین، بیماران فرصت می‌یابند تا از خدمات تخصصی زنان پزشک نیز بهره‌مند شوند. به طور هم‌زمان انتظار آن را نیز داریم که رضایت بیمار، همکاری درمانی بیمار و وضعیت سلامتی بیمار و به طور کلی رابطه‌ی پزشک

تعداد درمانگاه‌ها و پزشکان، شرکت‌کنندگان در مطالعه به روش نمونه‌گیری ساده و در دسترس از بین پزشکان مستقر در درمانگاه و بیماران مراجعه‌کننده انتخاب شد. برخورداری از سلامت نسبی جسم و روان در حدی که بیمار بتواند به سؤالات پاسخ دهد، معیار ورود بیماران به مطالعه بود. تنها معیار ورود پزشکان به مطالعه، رضایت و موافقت آن‌ها بود. در صورت عدم همکاری، پزشک یا بیمار از مطالعه خارج می‌شدند. در مجموع ۱۵۰ پزشک و ۴۲۳ بیمار در این مطالعه شرکت داشتند. جمع‌آوری اطلاعات به صورت پرسشنامه‌های خودایفا انجام گرفت.

جمع‌آوری اطلاعات مربوط به آگاهی جنسیتی پزشکان به کمک ویرایش فارسی پرسشنامه‌ی آگاهی جنسیتی دانشجویان پزشکی (N-GAMS The Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale) و همکاران صورت گرفت (۲۵). این پرسشنامه دارای ۳۲ گویه می‌باشد که با دو خرده‌مقیاس یعنی حساسیت جنسیتی (۱۴ گویه) و ایدئولوژی نقش جنسیتی (۱۸ گویه) سنجیده می‌شود. ایدئولوژی جنسیتی خود نیز دارای دو خرده‌مقیاس یعنی تفکر کلیشه‌ای نسبت به جنس بیمار (۱۱ گویه) و تفکر کلیشه‌ای نسبت به پزشک (۷ گویه) می‌باشد. روایی درونی ۱۴ سؤال مربوط به مقیاس حساسیت جنسیتی با ضریب آلفای ۰/۸۰ و برای ۱۱ سؤال ایدئولوژی نقش جنسیتی ۰/۸۵ و برای بقیه‌ی ۷ سؤال ۰/۸۰ گزارش شده است (۲۵). این پرسشنامه توسط سه نفر مسلط به دو زبان انگلیسی و فارسی از زبان اصلی یعنی انگلیسی به فارسی ترجمه و به طور مجدد توسط سه نفر دیگر با شرایط مشابه از فارسی به انگلیسی برگردانده شد. ضریب آلفای این

و بیمار نیز بهبودی یابد. شواهد امر نشان می‌دهند که رضایت بیمار تابع رابطه‌ی پزشک-بیمار است و با ویژگی‌هایی چون نحوه‌ی انتقال اطلاعات به بیمار توسط پزشک (علایم و شکایات بیمار، سؤال و پرسش‌های دو طرفه‌ی پزشک و بیمار)، کیفیت رابطه (هم‌دلی، اعتماد و ایجاد رابطه‌ی حرفه‌ای)، مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری و حل تعارضات و اختلافات در اهداف پزشک و بیمار مرتبط هستند (۲۲-۲۳). به طور مشخص، پیامدهای درمانی مورد انتظار باید بر اساس شاخص‌های رابطه‌ی پزشک-بیمار تنظیم (۲۴-۲۵) و رابطه‌ی پزشک-بیمار با جنسیت پزشک و جنسیت بیمار در ارتباط باشد.

تا جایی که بررسی متون پزشکی در ایران نشان می‌دهد، تاکنون پژوهشگری مبادرت به بررسی این رابطه ننموده است. با علم به اهمیت پدیده‌ی انطباق بیمار بر جنسیت و تلاش نظام درمانی برای بیمار محوری، مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین رابطه‌ی آگاهی جنسیتی پزشکان مستقر در درمانگاه‌های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و رضایتمندی مراجعین به آن‌ها طراحی و انجام شد.

### روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود که در شش ماه اول سال ۱۳۹۱ در سطح درمانگاه‌های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به انجام گرفت. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی پزشکان مستقر در درمانگاه‌های سرپایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و بیماران مراجعه‌کننده به آن‌ها بودند. با توجه به محدود بودن

بیماران و پزشکان با یک پرسشنامه با سؤالات بسته جمع‌آوری گردید. کلیه‌ی اطلاعات خام به وسیله‌ی رایانه و نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ (version 21, SPSS Inc., Chicago, IL) با اجرای آزمون‌های Student-t، One way ANOVA و  $\chi^2$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌ها

#### الف- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

پزشکان: در این مطالعه ۱۵۰ نفر از پزشکان عمومی و متخصص مستقر در درمانگاه‌های عمومی و تخصصی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان شرکت داشتند. میانگین سن پزشکان مذکور  $49/3 \pm 9/4$  سال با دامنه‌ی ۷۰-۲۵ سال بود. از نظر توزیع جنسی، ۷۶ نفر (۵۰/۷ درصد) زن و ۷۴ نفر (۴۹/۳ درصد) مرد بودند. از نظر درجه‌ی علمی، ۱۳ نفر (۸/۷٪ درصد) پزشک عمومی و ۱۳۷ نفر (۹۱/۳ درصد) متخصص بودند.

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد اکثر پزشکان را زنان متخصص تشکیل می‌دادند و متخصصین داخلی نسبت به سایرین بیشتر بودند. میانگین سنی پزشکان  $36/55 \pm 9/42$  سال بود. به‌طور کلی کمتر از ۹ درصد پزشکان مستقر در درمانگاه‌ها را پزشکان عمومی و اکثر باقی‌مانده‌ی آن‌ها را متخصصین تشکیل می‌دادند.

بیماران: در این مطالعه ۴۲۳ بیمار شرکت داشتند. میانگین سنی بیماران زن  $34/52 \pm 13/08$  و میانگین سنی بیماران مرد  $39/89 \pm 14/58$  بود. میانگین سنی دو گروه یکسان بود ( $P = 0/8$ ). (جدول ۲)

#### ب- آگاهی جنسیتی پزشکان

همان‌طوری که در قسمت قبل گفته شد، آگاهی

پرسشنامه با اجرا روی ۵۰ پزشک متخصص و غیر متخصص ۰/۷۶ برآورد شد. برای محاسبه‌ی امتیازات هر شرکت‌کننده به هر گویه برای پاسخ، "کاملاً مخالفم" یک، "مخالفم" دو، "نظری ندارم" سه، "موافقم" چهار و "کاملاً موافقم" پنج داده شد. در خرده مقیاس حساسیت جنسیتی نمره دهی سؤالات ۳ تا ۱۲ و ۱۴ عکس حالت فوق بود و به هر گویه برای پاسخ، "کاملاً مخالفم" پنج، "مخالفم" چهار، "نظری ندارم" سه، "موافقم" دو و "کاملاً موافقم" یک داده شد. امتیازات گویه‌های خرده مقیاس حساسیت جنسیتی به صورت مجزا و امتیازات گویه‌های ایدئولوژی جنسیتی به صورت مجزا با هم جمع گردید.

به منظور تعیین میزان رضایتمندی بیمار از پزشک، از پرسشنامه‌ی مشارکت بیمار (PICS Perceived Involvement in Care Scale) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۱۳ گویه با سه خرده مقیاس می‌باشد: (۱) تشویق بیمار به همکاری توسط پزشک (پنج گویه)، (۲) تبادل اطلاعات بین پزشک و بیمار (چهار گویه) و (۳) میزان تصمیم‌گیری بیمار (چهار گویه). مقیاس اول مربوط به رفتار پزشک و خرده مقیاس‌های دو و سه مربوط به رفتار بیمار در طول مدت معاینه می‌باشند (۲۶). Brink-Muinen و همکاران ضریب آلفای این مقیاس را ۰/۷۳ برآورد نمودند (۲۷). پاسخ بیماران به سؤالات به صورت موافقم/مخالفم گزارش شد. نمره‌ی صفر برای "مخالفم" و نمره‌ی یک برای "موافقم" منظور گردید. کمترین امتیاز هر بیمار صفر و بیشترین امتیاز ۱۳ بود. نمره‌ی بیشتر نشان‌دهنده‌ی رضایت بالاتر بیمار از پزشک معالج خود بود.

اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

نبود ( $P = 0/37$ ,  $f = 0/080$ ). کسب امتیاز بیشتر در حیطه های دوم و سوم به وسیله ی پزشکان مرد به این معنا بود که آن‌ها از آگاهی جنسیتی ضعیف‌تری نسبت به پزشکان زن برخوردار بودند. به این ترتیب آگاهی جنسیتی مردان نسبت به زنان کمتر بود و بیشتر از زنان از تفکرات کلیشه ای نسبت به بیماران زن برخوردار بودند. این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار بودند (به ترتیب  $f = 4/35$ ,  $P = 0/04$  و  $f = 8/40$ ,  $P = 0/04$ ).

جنسیتی پزشکان با سه خرده مقیاس حساسیت جنسیتی، ایدئولوژی نقش جنسیتی نسبت به بیمار و ایدئولوژی نقش جنسیتی نسبت به پزشک تعیین گردید. جدول ۳ نشان می‌دهد که به طور متوسط، میانگین امتیازات پزشکان مرد نسبت به هم‌تایان زن خود در هر سه حیطه بیشتر است. به عبارتی پزشکان مرد با کسب امتیاز بالاتر در حیطه ی حساسیت جنسیتی از آگاهی جنسیتی بالاتری نسبت به پزشکان زن برخوردار بودند. این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار

جدول ۱. توزیع فراوانی برخی مشخصات جمعیت شناختی در پزشکان مورد مطالعه

| متغیر | فراوانی<br>تعداد | فراوانی<br>درصد | سن    |        |
|-------|------------------|-----------------|-------|--------|
|       |                  |                 | حداقل | حداکثر |
| کل    | ۱۵۰              | ۱۰۰             | ۲۵    | ۷۰     |
| جنس   | زن               | ۵۰/۷            | ۲۵    | ۷۰     |
|       | مرد              | ۴۹/۳            | ۲۵    | ۵۶     |
| مقطع  | زن               | ۵۳/۳            | ۳۰    | ۷۰     |
|       | متخصص            | ۹۱/۳            | ۳۰    | ۵۶     |
| پزشک  | زن               | ۲۳/۱            | ۲۵    | ۴۲     |
|       | عمومی            | ۸/۷             | ۲۵    | ۳۵     |
| داخلی | داخلی            | ۲۵/۳            |       |        |
|       | جراحی عمومی      | ۱۴/۷            |       |        |
|       | اطفال            | ۱۰              |       |        |
|       | پزشک عمومی       | ۸/۷             |       |        |
|       | زنان             | ۸               |       |        |
|       | عفونی            | ۷/۳             |       |        |
|       | روان             | ۵/۳             |       |        |
|       | گوش و حلق و بینی | ۵/۳             |       |        |
|       | اعصاب            | ۴/۷             |       |        |
|       | پوست             | ۳/۳             |       |        |
|       | جراحی پلاستیک    | ۲/۷             |       |        |
|       | جراحی اعصاب      | ۲/۷             |       |        |
|       | چشم پزشکی        | ۰/۷             |       |        |
|       | طب فیزیکی        | ۰/۷             |       |        |
|       | ارتوپدی          | ۰/۷             |       |        |

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران شرکت کننده در مطالعه

| جنس | تعداد | سن                     |       | فاصله اطمینان ۹۵ درصد  |       | مقدار P | مقدار t |
|-----|-------|------------------------|-------|------------------------|-------|---------|---------|
|     |       | انحراف معیار ± میانگین |       | انحراف معیار ± میانگین |       |         |         |
|     |       | حداکثر                 | حداقل | حداکثر                 | حداقل |         |         |
| زن  | ۲۳۰   | ۳۴/۵۲ ± ۱۳/۰۸          |       | ۳۶/۲۵ ± ۱۴/۳۹          |       | ۰/۸     | ۳/۰۹    |
| مرد | ۱۹۳   | ۳۹/۸۹ ± ۱۴/۵۸          |       | ۳۷/۸۲ ± ۱۲/۸۹          |       |         |         |

جدول ۳. نمره‌ی آگاهی جنسیتی و خرده مقیاس آن در پزشکان به تفکیک جنس

| محور                               | میانگین نمره           |            |                       |            | مقدار P | مقدار t |
|------------------------------------|------------------------|------------|-----------------------|------------|---------|---------|
|                                    | انحراف معیار ± میانگین |            | فاصله اطمینان ۹۵ درصد |            |         |         |
|                                    | پزشکان زن              | پزشکان مرد | پزشکان زن             | پزشکان مرد |         |         |
| حساسیت جنسیتی                      | ۳۷/۶۳ ± ۶/۶۴           |            | ۳۶/۱۳-۳۹/۰۵           |            | ۰/۳۷    | ۰/۸۰    |
| ایدئولوژی نقش جنسیتی نسبت به بیمار | ۳/۰۵ ± ۶/۹۶            |            | ۲۸/۳۶-۳۱/۶۴           |            | ۰/۰۴    | ۴/۳۵    |
| ایدئولوژی نقش جنسیتی نسبت به پزشک  | ۲/۱۰ ± ۴/۷۸            |            | ۱۹/۹۰-۲۲/۱۰           |            | ۰/۰۴    | ۸/۴۰    |

جدول ۴. آگاهی جنسیتی پزشکان به تفکیک درجه‌ی علمی و خرده مقیاس‌ها

| مقطع       | حساسیت جنسیتی<br>انحراف معیار ± میانگین | تفکر کلیشه‌ای نسبت به بیمار<br>انحراف معیار ± میانگین | تفکر کلیشه‌ای نسبت به پزشک<br>انحراف معیار ± میانگین |
|------------|---|---|--|
| پزشک عمومی | ۳۶/۷۷ ± ۲/۰۴                            | ۳۴/۰۰ ± ۹/۸۴  | ۲۶/۷۷ ± ۷/۰۰   |
| متخصص      | ۳۸/۲۰ ± ۶/۳۵                            | ۳۰/۸۹ ± ۶/۲۶  | ۲۱/۷۴ ± ۴/۷۸   |
| مقدار f    | ۰/۶۵                                    | ۲/۶۱  | ۱۲/۰۱  |
| مقدار P    | ۰/۴۲                                    | ۰/۱۱  | < ۰/۰۰۱  |

### ج- آگاهی جنسیتی پزشکان عمومی و متخصص

جدول ۴ نشان دهنده‌ی تفاوت‌های امتیازات آگاهی جنسیتی پزشکان عمومی و متخصص می‌باشد. همان‌طور که در این جدول دیده می‌شود. پزشکان عمومی نسبت به پزشکان متخصص از امتیاز کمتری در حیطه‌ی حساسیت جنسیتی برخوردار بودند که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود ( $f = ۰/۶۵$ ،  $P = ۰/۴۲$ ). در دو حیطه‌ی دیگر یعنی تفکر کلیشه‌ای نسبت به بیمار و تفکر کلیشه‌ای نسبت به پزشک امتیاز پزشکان متخصص کمتر از پزشکان عمومی بود.

در حیطه‌ی تفکر کلیشه‌ای نسبت به پزشک این تفاوت معنی‌دار بود ( $f = ۱۲$ ،  $P < ۰/۰۰۱$ ). این نشان دهنده‌ی آن است که آگاهی جنسیتی پزشکان متخصص بالاتر از پزشکان عمومی است.

### د- رابطه‌ی رضایتمندی بیمار و آگاهی جنسیتی پزشک

رضایتمندی بیمار از پزشکان با مقیاس مشارکت بیمار (PICS) تعیین گردید. جدول ۵ نشان می‌دهد که رضایتمندی بیماران زن و مرد از پزشکان مرد بیشتر از رضایتمندی از پزشکان زن است. با این همه این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبود.

جدول ۵. رضایتمندی از پزشک به تفکیک جنسیت بیمار و پزشک

| جنس بیمار | رضایت از پزشک              |                 | آزمون t  |         | آزمون واریانس |         |
|-----------|----------------------------|-----------------|----------|---------|---------------|---------|
|           | انحراف معیار $\pm$ میانگین | پزشک زن         | پزشک مرد | مقدار t | درجه‌ی آزادی  | مقدار P |
| زن        | $7/17 \pm 2/43$            | $7/19 \pm 2/86$ | ۱۰۰      | ۱/۱۲    | ۰/۲۷          | ۳/۸۹    |
| مرد       | $6/53 \pm 3/17$            | $7/49 \pm 2/81$ | ۳۱۹      | ۰/۹۴    | ۰/۳۴۹         | ۰/۷۱    |
| کل        | $6/97 \pm 2/43$            | $7/49 \pm 2/81$ | ۴۲۱      | ۱/۱۷    | ۰/۲۴          | ۲/۱۵    |

با وجود تفاوت میان آگاهی جنسیتی این دو گروه، فرضیه‌ی رابطه بین رضایتمندی بیمار و آگاهی جنسیتی پزشک تأیید نشد.

مطالعه‌ی Verdonk و همکاران نشان داد که پزشکان زن حساسیت جنسیتی بیشتری نسبت به پزشکان مرد دارند (۲۵). در حالی که در این مطالعه با وجود این که حساسیت جنسیتی پزشکان مرد بیشتر بود اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. همین مطالعه نشان داده است که تفکر کلیشه‌ای نسبت به جنسیت پزشک و جنسیت بیمار، در پزشکان مرد بیشتر از پزشکان زن است (۲۵). مطالعه‌ی ما نیز مؤید همین موضوع می‌باشد. مطالعات مختلف ایده‌های متفاوتی را در مورد ارتباط بین جنسیت پزشک و رضایتمندی بیماران از آن‌ها نشان داده‌اند. تعدادی نشان داده‌اند که پزشکان زن بیماران خود را بیشتر از پزشکان مرد در امر تشخیص و درمان مشارکت می‌دهند و نگرش‌های سنتی جنسیتی را بر بیماران خود اعمال نمی‌کنند (۳۳-۲۶). در یک مطالعه رضایتمندی بیمار از پزشک با انطباق جنسیت مرتبط شناخته شد (۳۴). مطالعه‌ی Delgado و همکاران در اسپانیا نشان داد که رضایت بیماران از پزشکان زن بیشتر است. برخی دیگر سهم تفاوت جنسیتی در رضایتمندی بیمار را مبهم می‌دانند (۴۰-۳۵). در مطالعه‌ی ما هر چند

## بحث

هدف کلی این مطالعه تعیین رابطه‌ی آگاهی جنسیتی پزشکان مستقر در درمانگاه‌های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و رضایتمندی مراجعین به آن‌ها بود. فرضیه‌ی اصلی مطالعه این بود که تفاوت معنی‌داری در آگاهی جنسیتی پزشکان زن و مرد وجود دارد و متعاقب آن بین آگاهی جنسیتی پزشکان و رضایتمندی بیماران آن‌ها نیز ارتباط معنی‌داری وجود دارد. در این مطالعه ۱۵۰ نفر از پزشکان مستقر در درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان شرکت داشتند و به صورت تصادفی پرسشنامه‌ی بیماران بین مراجعین به درمانگاه‌ها پخش شد. یافته‌ها نشان داد که پزشکان مرد در مقایسه با پزشکان زن، تفکر سنتی‌تری نسبت به مسأله‌ی جنسیت بیمار داشتند. رضایتمندی بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های آموزشی به طور کلی پایین بود و تفاوت آشکاری بین رضایتمندی از پزشکان زن و مرد وجود نداشت.

این مطالعه فرضیه‌ی وجود تفاوت بین حساسیت جنسیتی پزشکان زن و مرد را تأیید نکرد، اما فرضیه‌ی وجود تفاوت کلیشه‌ای نسبت به بیمار و پزشک را بین پزشکان زن و مرد تأیید کرد. با توجه به عدم وجود تفاوت بین رضایتمندی از پزشکان زن و مرد،



برخوردار نباشند و امکان مشارکت کافی بیماران در درمان وجود نداشته باشد. این امر منجر به نارضایتی آن‌ها می‌گردد. در نتیجه با وجود آگاهی جنسیتی بالاتر پزشکان زن، رضایتمندی مراجعین به آن‌ها تفاوتی با مراجعین به پزشکان مرد نداشته است. از طرفی عدم وجود تخصص‌های مختلف به تعداد کافی در دو جنس و هزینه‌ی کمتر درمان در مراکز آموزشی-درمانی، بیماران به پزشکان خاصی مراجعه می‌کنند و جنسیت پزشک در اولویت بیمار قرار ندارد.

در راستای افزایش سطح آگاهی جنسیتی پزشکان لازم است که کارگاه‌های آموزشی در خصوص مسایل جنسیتی در ارتباط پزشک و بیمار برای دانشجویان پزشکی از مراحل ابتدایی ورود به دانشگاه تشکیل شود و متعاقب آن توسط این پرسشنامه سطح آگاهی جنسیتی دانشجویان اندازه‌گیری شود و کارایی این کارگاه‌ها ارزیابی شود و همچنین اساتید محترم ضمن ویزیت بیماران با رعایت مسایل جنسیتی و حریم خصوصی بیمار توجه به این امور را در عمل به دانشجویان گوشزد کنند. جهت بالا بردن رضایتمندی بیماران بهتر است که تعداد بیماران مشخصی در ساعات کار درمانگاه پذیرش شوند و به هر بیمار وقت کافی اختصاص داده شود تا مشارکت بیمار در امر درمان بیشتر گردد و بدین ترتیب منجر به رضایت بیشتر بیمار گردد. همچنین بهتر است که با توزیع مساوی پزشکان متخصص در هر دو جنس در سطح مراکز آموزشی-درمانی امکان انتخاب پزشک هم‌جنس بیماران، به آن‌ها داده شود.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری گروه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان سپاسگزاری می‌نمایم.

میانگین رضایت از پزشکان مرد بیشتر بود اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نبود و به طور کلی می‌توان گفت مسأله جنسیت و آگاهی جنسیتی بر رضایت بیمار از پزشک تأثیر آشکاری نداشت.

در مطالعه‌ی ما نزدیک به تمامی گروه‌های سنی پزشکان حضور داشتند، به طوری که دامنه‌ی سنی افراد تحت مطالعه از ۲۵ تا ۷۰ سال متغیر بود، بنابراین این احتمال مخدوش شدن نتایج به واسطه‌ی سن پزشکان بسیار کم می‌باشد. همچنین از نظر توزیع جنسی نیز درصد پزشکان مرد و زن شرکت‌کننده در مطالعه کمابیش برابر بود و احتمال انحراف نتایج به سمت نگرش مردانه و یا زنانه وجود نداشت. از نظر Verdonk و همکاران آگاهی جنسیتی رابطه‌ی مستقیم با حساسیت جنسیتی و رابطه‌ی عکس با تفکر کلیشه‌ای نسبت به جنسیت دارد. مطالعه‌ی ما نشان داد که تفاوتی میان حساسیت جنسیتی پزشکان زن و مرد وجود ندارد، اما نمره‌ی تفکر کلیشه‌ای نسبت به جنسیت در پزشکان مرد بیشتر است. پس می‌توان نتیجه گرفت که آگاهی جنسیتی پزشکان زن بیشتر از پزشکان مرد است. ما این طور فرض کردیم که بالاتر بودن آگاهی جنسیتی موجب رضایت بیشتر بیماران می‌شود اما نتایج مطالعه نشان داد که بالاتر بودن آگاهی جنسیتی پزشکان زن تأثیر مثبتی بر رضایت بیماران از آن‌ها ندارد. البته رضایت بیماران به طور کلی پایین بود و شاید عوامل دیگر و مهم‌تری غیر از آگاهی جنسیتی بر رضایت بیماران تأثیر می‌گذارند. در توجیه این مسأله باید در نظر داشت که ازدحام زیاد بیماران در کلینیک‌های تخصصی و همچنین مسایل آموزشی، موجب می‌گردد تا پزشکان از فرصت و توجه کافی برای پرداختن به مسایل جنسی



## References

1. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* 2002; 288(6): 756-64.
2. Henderson JT, Weisman CS. Physician gender effects on preventive screening and counseling: an analysis of male and female patients' health care experiences. *Med Care* 2001; 39(12): 1281-92.
3. Street RL, O'Malley KJ, Cooper LA, Haidet P. Understanding concordance in patient-physician relationships: personal and ethnic dimensions of shared identity. *Ann Fam Med* 2008; 6(3): 198-205.
4. Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care, Board on Health Sciences Policy, Institute of Medicine. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care* (full printed version). Washington, DC: National Academies Press; 2003.
5. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, et al. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care* 2004; 42(11): 1049-55.
6. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004; 53(12): 974-80.
7. Williams GC, McGregor HA, King D, Nelson CC, Glasgow RE. Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians. *Patient Educ Couns* 2005; 57(1): 39-45.
8. O'Malley AS, Sheppard VB, Schwartz M, Mandelblatt J. The role of trust in use of preventive services among low-income African-American women. *Prev Med* 2004; 38(6): 777-85.
9. Jackson JL. Communication about symptoms in primary care: impact on patient outcomes. *J Altern Complement Med* 2005; 11(Suppl 1): S51-S56.
10. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001; 323(7318): 908-11.
11. Cooper LA, Roter DL, Johnson RL, Ford DE, Steinwachs DM, Powe NR. Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Ann Intern Med* 2003; 139(11): 907-15.
12. King WD, Wong MD, Shapiro MF, Landon BE, Cunningham WE. Does racial concordance between HIV-positive patients and their physicians affect the time to receipt of protease inhibitors? *J Gen Intern Med* 2004; 19(11): 1146-53.
13. Laveist TA, Nuru-Jeter A. Is doctor-patient race concordance associated with greater satisfaction with care? *J Health Soc Behav* 2002; 43(3): 296-306.
14. Laveist TA, Nuru-Jeter A, Jones KE. The association of doctor-patient race concordance with health services utilization. *J Public Health Policy* 2003; 24(3-4): 312-23.
15. Beach MC, Roter DL, Wang NY, Duggan PS, Cooper LA. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? *Patient Educ Couns* 2006; 62(3): 347-54.
16. Lasser KE, Mintzer IL, Lambert A, Cabral H, Bor DH. Missed appointment rates in primary care: the importance of site of care. *J Health Care Poor Underserved* 2005; 16(3): 475-86.
17. Stevens GD, Mistry R, Zuckerman B, Halfon N. The parent-provider relationship: does race/ethnicity concordance or discordance influence parent reports of the receipt of high quality basic pediatric preventive services? *J Urban Health* 2005; 82(4): 560-74.
18. Tai-Seale M, Bramson R, Drukker D, Hurwicz ML, Ory M, Tai-Seale T, et al. Understanding primary care physicians' propensity to assess elderly patients for depression using interaction and survey data. *Med Care* 2005; 43(12): 1217-24.
19. Weisse CS, Foster KK, Fisher EA. The influence of experimenter gender and race on pain reporting: does racial or gender concordance matter? *Pain Med* 2005; 6(1): 80-7.
20. Flocke SA, Gilchrist V. Physician and patient gender concordance and the delivery of comprehensive clinical preventive services. *Med Care* 2005; 43(5): 486-92.
21. Franks P, Bertakis KD. Physician gender, patient gender, and primary care. *J Womens Health (Larchmt)* 2003; 12(1): 73-80.
22. Garcia JA, Paterniti DA, Romano PS, Kravitz RL. Patient preferences for physician characteristics in university-based primary care clinics. *Ethn Dis* 2003; 13(2): 259-67.
23. Cooper LA, Beach MC, Johnson RL, Inui TS. Delving below the surface. Understanding how race and ethnicity influence relationships in health care. *J Gen Intern Med* 2006; 21(Suppl 1): S21-S27.
24. Doyal L, Payne S, Cameron A. Promoting gender equality in health. Manchester, UK: Equal Opportunities Commission; 2003.
25. Verdonk P, Benschop YW, De Haes HC, Lagro-Janssen TL. Medical Students' Gender

- Awareness. *Sex Roles* 2008; 58(3-4): 222-2345.
26. Weisman CS, Teitelbaum MA. Physician gender and the physician-patient relationship: recent evidence and relevant questions. *Soc Sci Med* 1985; 20(11): 1119-27.
  27. Brink-Muinen A, Bensing JM, Kerssens JJ. Gender and communication style in general practice. Differences between women's health care and regular health care. *Med Care* 1998; 36(1): 100-6.
  28. Charon R, Greene MG, Adelman R. Women readers, Women doctors: A feminist reader-response theory for medicine. In: More ES, Milligan MA, Editors. *The empathic practitioner: Empathy, gender and medicine*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1994. p. 205.
  29. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychol* 1994; 13(5): 384-92.
  30. Law SA, Britten N. Factors that influence the patient centredness of a consultation. *Br J Gen Pract* 1995; 45(399): 520-4.
  31. Roter D, Lipkin M, Jr., Korsgaard A. Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Med Care* 1991; 29(11): 1083-93.
  32. Shapiro J, Schiermer DD. Resident psychosocial performance: a brief report. *Fam Pract* 1991; 8(1): 10-3.
  33. Shapiro J. Patterns of psychosocial performance in the doctor-patient encounter: a study of family practice residents. *Soc Sci Med* 1990; 31(9): 1035-41.
  34. Schmittiel J, Grumbach K, Selby JV, Quesenberry CP, Jr. Effect of physician and patient gender concordance on patient satisfaction and preventive care practices. *J Gen Intern Med* 2000; 15(11): 761-9.
  35. Delgado A, Lopez-Fernandez LA, Luna JD. Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. *Med Care* 1993; 31(9): 795-800.
  36. Bertakis KD, Helms LJ, Callahan EJ, Azari R, Robbins JA. The influence of gender on physician practice style. *Med Care* 1995; 33(4): 407-16.
  37. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Med Care* 1994; 32(12): 1216-31.
  38. Elderkin-Thompson V, Waitzkin H. Differences in clinical communication by gender. *J Gen Intern Med* 1999; 14(2): 112-21.
  39. Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, Vu HT, Powe NR, Nelson C, et al. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA* 1999; 282(6): 583-9.
  40. Linn LS, Cope DW, Leake B. The effect of gender and training of residents on satisfaction ratings by patients. *J Med Educ* 1984; 59(12): 964-6.

## The Relationship of Patient Satisfaction and the Academic Clinic Physicians' Awareness about Gender Concordance

Gholamreza Ghasemi MD<sup>1</sup>, Parisa Yavari<sup>2</sup>, Saeid Valiollah-Pooramiry<sup>2</sup>,  
Ali Mehrabi Khoushki MSc<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Contribution of physician and patient is a social, cultural, psychological and economic matrix programmed a new over vision about occupational relation. Gender awareness has two sub-groups included gender sensitivity and gender related to ideology. This study was done to recognize the relationship of patient satisfaction and the physicians' awareness about gender concordance.

**Methods:** This cross-sectional study was done in general, special and high-special clinics related to Isfahan University of Medical Sciences, Iran, during 2012-2013. We randomly selected 150 physicians from clinics. Gender awareness was measured by the Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS) standardized questionnaire. In addition, 423 patients were studied for satisfaction and patient contribution by Perceived Involvement in Care Scale (PICS) standardized questionnaire. Finally the data analyzed by chi-square and Student-t and one way ANOVA tests.

**Findings:** The mean of gender sensitivity among male physicians was higher but no statistically difference was seen. The mean of gender-role based ideology in the physicians male was statistically higher than the females. In addition, the mean of gender awareness in general physicians was lower than the specialists. The male and female patients' satisfaction of male physicians was higher than the female physicians but the difference was not statistically significant.

**Conclusion:** According to results of this study, the awareness of female physicians about gender concordance was higher than the males, but this founding did not have a positive effect on patient satisfaction. These results could belong to many problems such as patients overcrowding and physicians' limited time for studying side problems, Iranian traditional ideas about physician gender and more confidence to male physicians. Applying for patient-based services is based on cultural acceptance and preparing fair chance for patients.

**Keywords:** Gender awareness, Gender sensitivity, Patient satisfaction

**Citation:** Ghasemi Gh, Yavari P, Valiollah-Pooramiry S, Mehrabi Khoushki A. **The Relationship of Patient Satisfaction and the Academic Clinic Physicians' Awareness about Gender Concordance.** J Isfahan Med Sch 2013; 31(254): 1529-39

\* This paper is derived from a medical doctorate thesis No. 290018 in Isfahan University of Medical Sciences.

1- Associate Professor, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Student of Medicine, School of Medicine AND Student Research Committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Epidemiologist, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Parisa Yavari, Email: dr.parisayavari@yahoo.com