

میزان رضایت مردم مناطق روستایی شهرستان اصفهان از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده

دکتر رضا خدیوی^۱، دکتر پرستو گلشیری^۲، الهام فراسات^۳، گلنار خالدی سردشتی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: یکی از اهداف اصلی برنامه‌ی پنجم توسعه‌ی اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی کشور در حوزه‌ی سلامت، اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع می‌باشد. با گذشت نزدیک به ۷ سال از اجرای این برنامه‌ی بزرگ و گسترده در کشور لازم است، نتایج اجرای این برنامه را به درستی پایش کرد. این تحقیق جهت ارزیابی اثربخشی برنامه‌ی پزشک خانواده و میزان رضایتمندی مردم روستایی از این طرح در مناطق روستایی شهرستان اصفهان انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه، یک مطالعه‌ی توصیفی تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۰ در شهرستان اصفهان به انجام رسید. جامعه‌ی آماری مورد مطالعه شامل مردم بومی ساکن در مناطق روستایی مراکز بهداشت شماره‌ی ۱ و ۲ شهرستان اصفهان بود که تحت پوشش برنامه‌ی پزشک خانواده قرار داشتند. در این طرح، با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه‌ی چهره به چهره با روستاییان بالای ۱۵ سال، میزان رضایتمندی آن‌ها از برنامه‌های پزشک خانواده بررسی شد. به منظور سنجش میزان رضایتمندی مردم از پرسشنامه مربوط به ارزیابی رضایتمندی بیماران مراجعه‌کننده به پزشک خانواده استفاده گردید.

یافته‌ها: میانگین رضایتمندی روستاییان از برنامه‌های پزشک خانواده $10/5 \pm 70/3$ بود. همچنین در جمعیت مورد مطالعه فردی که از خدمات پزشک خانواده به طور کامل ناراضی باشد وجود نداشت، ولی ۱۵ نفر (۳/۸ درصد) از خدمات مذکور ناراضی بودند. ۲۵۰ نفر (۶۲/۵ درصد) از خدمات پزشک خانواده راضی و ۱۳۵ نفر (۳۳/۸ درصد) به طور کامل راضی بودند.

نتیجه‌گیری: رضایتمندی زیاد از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق روستایی، بیانگر موفقیت‌آمیز بودن فرآیندهای اصلاح نظام سلامت در ارتقای بعضی از شاخص‌های رضایتمندی مردم بود.

واژگان کلیدی: پزشک خانواده، اصلاح نظام سلامت، رضایتمندی، اصفهان

ارجاع: خدیوی رضا، گلشیری پرستو، فراسات الهام، خالدی سردشتی گلنار. میزان رضایت مردم مناطق روستایی شهرستان اصفهان از

اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۲؛ ۳۱ (۲۴۴): ۱۰۵۸-۱۰۴۸

مقدمه

به اهداف سلامت، امروزه برای متولیان نظام سلامت، تنها کاهش میزان مرگ و افزایش طول عمر، به عنوان غایت برنامه‌های سلامت، قانع‌کننده نیست. بنابراین لازم است سیاست‌گذاران و متولیان امر سلامت کشورها، به تأمین و ارتقای جنبه‌های دیگر خدمات

یکی از اهداف اصلی نظام سلامت، رضایتمندی مشتری‌ها و نحوه‌ی پاسخ‌گویی مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت به نیازهای غیر پزشکی مشتریان است. با توجه به نگاه جدید سازمان‌های بین‌المللی

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای حرفه‌ای به شماره‌ی ۳۹۰۲۲۶ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است.

۱- دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

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

Email: farasat_med@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤول: الهام فراسات

سلامت قابل ارائه به مشتریان بیاندهند. مداخلاتی در کشورهای متعدد جهان در راستای پاسخگویی به مطالبات مشتریان واحدهای ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت، تحت عنوان اصلاحات در نظام سلامت، انجام شده است. بر اساس مقتضیات کشورها و یا شیوه‌های اجرای برنامه‌های اصلاحی، دستاوردهای کشورها بعد از اصلاح نظام سلامت آن‌ها متفاوت می‌باشد. (۱) یکی از مطالبات مشتریان نظام سلامت، پاسخ‌گویی ارائه‌دهندگان خدمات به نیازهای پزشکی و غیر پزشکی آن‌ها می‌باشد. رضایتمندی مشتری از خدمات سلامت دریافت‌شده، می‌تواند نشان‌دهنده‌ی میزان انطباق خدمات سلامت با کمیت و یا کیفیت خدمات از نگاه مشتری و یا میزان دسترسی فیزیکی به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باشد (۱). رعایت احترام مشتری و پاسخ به تقاضاهای مشاوره‌ای او در جریان دریافت خدمات سلامت، دریافت خدمات سلامت اعم از خدمات مشاوره‌ای و یا درمانی در وقت مناسب و به طور شایسته و فراهم بودن امکانات جانبی و یا رفاهی به نحوی که اسباب راحتی و آرامش مشتری‌ها را فراهم سازد، از جمله مؤلفه‌های رضایتمندی مشتری از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت به نیازهای غیر پزشکی است (۲). اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع، بخشی از فرآیند اصلاح نظام سلامت در ایران می‌باشد. در این برنامه، انواع مداخلات اعم از تغییرات در نظام تأمین مالی و یا نظام پرداخت و سایر مولفه‌های تأثیرگذار در بهبود عملکرد نظام سلامت، به اجرا گذاشته شده است. در این راستا، طبق ماده‌ی ۹۱ قانون برنامه‌ی چهارم توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و در اجرای قانون بودجه‌ی سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه‌ی

خدمات درمانی موظف گردید با قرار دادن تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر، تحت پوشش بیمه‌ی روستاییان، امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه‌ی پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد (۳). پزشک خانواده در نخستین سطح خدمات، عهده‌دار خدمات پزشکی است و مسؤولیت تأمین جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق و هماهنگی با سایر بخش‌ها را بر عهده دارد. وی مسؤولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده‌ی بسته‌ی خدمات تعریف‌شده بدون تبعیض جنسی، سنی، ویژگی‌های اقتصادی و 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 مراجعین جهت دریافت خدمات سلامت، در حداقل مقدار، تنظیم شده است. هر گاه پزشک خانواده یکی از افراد تحت پوشش خود را به پزشک متخصص ارجاع دهد، این فرد باز از تخفیفات در پرداخت‌های مالی و یا اولویت در برخورداری از خدمات سلامت بهره‌مند خواهد شد (۴).

مانند هر برنامه‌ی مداخله‌ای در نظام سلامت، ضروری است که میزان تحقق اهداف از قبل تعیین‌شده به طور مستمر مورد پایش و ارزیابی قرار گیرند (۵). اصلی‌ترین محور اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده، پایش عملکرد پزشک خانواده است؛ اما در عین حال، در فرآیند ارزشیابی برنامه‌ی پزشک خانواده، سنجش میزان رضایت گیرندگان خدمات نیز از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد (۶). با گذشت نزدیک به ۷ سال از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده و

انتخاب شد. در مرحله‌ی بعد به روش سهمیه‌ای و با توجه به جمعیت روستاهایی که در مراکز بهداشتی و درمانی روستایی آن‌ها برنامه‌ی پزشک خانواده در حال اجرا بود، تعداد نمونه‌ی متناسب در هر روستا تعیین شد. پس از آن با استفاده از لیست پرونده‌های خانوار، نمونه‌های مورد نیاز به روش تصادفی ساده انتخاب شدند.

با مراجعه به مسئولین آمار و رایانه‌ی مراکز بهداشت شهرستان اصفهان، سرخوشه‌ها و شماره‌های خانوارهای واجد، دریافت شد. با مراجعه‌ی حضوری به درب منزل روستایی سرخوشه، اقدام به پرسشگری حضوری با یک نفر از افراد بالای ۱۵ سال حاضر در خانه شد. در صورت عدم حضور افراد بزرگسال در یک خانواده و یا عدم تمایل به شرکت در تحقیق، از همسایه‌ی ایشان پرسشگری به عمل آمد. پرسشگر بعد از معرفی خود و اهداف طرح، در صورت تمایل داشتن سرپرستان یا والدین خانواده، در یک فضای محترمانه، اقدام به پرسشگری و تکمیل پرسشنامه‌ها نمود. در هر خوشه، ۲۰ خانوار در پرسشگری شرکت کردند.

به منظور سنجش میزان رضایتمندی مردم از پرسشنامه مربوط به ارزیابی رضایتمندی بیماران مراجعه‌کننده به پزشک خانواده که از دستورالعمل کشوری برنامه‌ی پزشک خانواده استخراج شده بود، استفاده گردید (۳). این پرسشنامه شامل ۱۸ سؤال می‌باشد. هر سؤال ۵ گزینه‌ی انتخابی (هیچ، کم، متوسط، زیاد، خیلی زیاد) دارد. پرسشنامه شامل ۶ آیتم کلی می‌باشد. آیتم زمان انتظار شامل یک سؤال، آیتم دسترسی به پزشک خانواده شامل ۳ سؤال، آیتم نحوه‌ی برخورد و مهارت‌های ارتباطی تیم سلامت شامل ۷ سؤال، آیتم هزینه‌ها شامل

نظام ارجاع در کشور، لازم است نتایج اجرای این برنامه را به درستی مورد پایش قرار داد تا در راستای گسترش آن به شهرهای بیش از ۲۰ هزار نفر در کشور، با شواهد متقن قدم برداشت و از مشکلات بعدی پیشگیری نمود. هدف این تحقیق که برای اولین بار در استان اصفهان انجام شد، ارزیابی رضایتمندی مردم مناطق روستایی و ساکنین شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر استان اصفهان، از نحوه‌ی خدمت‌رسانی تیم پزشک خانواده‌ی منطقه‌ی خود بود. این تحقیق در ادامه‌ی چند تحقیق هم‌زمان، جهت ارزیابی اثربخشی برنامه‌ی پزشک خانواده به اجرا در آمد.

روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه‌ی توصیفی تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۰ در مناطق روستایی شهرستان اصفهان که طرح پزشک خانواده در آن‌ها اجرا گردیده بود، به انجام رسید. جامعه‌ی آماری مورد مطالعه شامل افراد بومی ساکن در مناطق روستایی شهرستان اصفهان با سن بالای ۱۵ سال بود که در طول اجرای برنامه‌ی بیمه‌ی روستایی تاکنون در روستای خود ساکن بودند و با شرکت در این مطالعه، موافقت داشتند.

حجم نمونه‌ی مورد نیاز مطالعه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، فراوانی رضایتمندی از برنامه‌ی پزشک خانواده (به علت عدم وجود مطالعه‌ی مشابه)، به میزان ۵۰ درصد و میزان خطای ۰/۰۵ به تعداد ۳۸۴ نفر بر آورد شد که جهت اطمینان بیشتر، ۴۰۰ نمونه مورد بررسی قرار گرفت.

روش نمونه‌گیری در این مطالعه به شیوه‌ی چند مرحله‌ای بود. در ابتدا ۲۰ خوشه از بین روستاهای تحت پوشش مراکز بهداشت شماره‌ی ۱ و ۲ اصفهان

۳ سؤال، آیتم پیگیری شامل ۲ سؤال و میزان رضایت کلی شامل ۲ سؤال می‌باشد. این پرسشنامه در ابتدا به وسیله ۵۰ نفر از اهالی روستاها تکمیل گردید و میزان آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۸ به دست آمد. بنابراین پرسشنامه‌ی مذکور از پایایی مناسبی برخوردار بود.

داده‌های جمع‌آوری شده پس از ورود به رایانه به وسیله‌ی نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) و توسط آزمون‌های Student-t و ANOVA، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این مطالعه میزان رضایتمندی ۴۰۰ نفر از ۱۷ روستای تحت پوشش مراکز بهداشت شماره‌ی ۱ و ۲ شهرستان اصفهان مورد سنجش قرار گرفت.

میانگین سن افراد تحت مطالعه $30/0 \pm 8/1$ سال با دامنه‌ی ۱۷-۸۵ سال بود. از نظر توزیع جنسی، ۹۵ نفر (۲۳/۸ درصد) مرد و ۳۰۵ نفر (۷۶/۲ درصد) زن بودند. میانگین سن مردان و زنان به ترتیب $34/2 \pm 9/5$ و $28/6 \pm 6/7$ سال بود. میانگین سن مردان و زنان طبق آزمون Student-t اختلاف معنی‌دار

داشت ($P < 0/001$).

میانگین نمره‌ی رضایتمندی افراد تحت مطالعه $63/3 \pm 9/4$ بود. حداقل و حداکثر نمره‌ی رضایتمندی افراد مذکور از پزشک خانواده به ترتیب ۳۰ و ۹۴ (بر مبنای حداکثر نمره‌ی ۹۰) بود. از طرف دیگر، تبدیل نمره‌ی رضایتمندی بر حسب درصد نشان داد میانگین رضایتمندی روستاییان از برنامه‌های پزشک خانواده $70/3 \pm 10/5$ با دامنه‌ی ۳۳/۳-۷۰/۳ بود. همچنین بر حسب نتایج به دست آمده، هیچ یک از افراد مورد مطالعه از خدمات پزشک خانواده به طور کامل ناراضی نبودند (نمره‌ی کمتر از ۲۵ بر مبنای ۱۰۰)، ولی ۱۵ نفر (۳/۸ درصد) از خدمات مذکور ناراضی بودند. در مقابل، ۲۵۰ نفر (۶۲/۵ درصد) از خدمات پزشک خانواده راضی و ۱۳۵ نفر (۳۳/۸ درصد) به طور کامل راضی بودند.

میانگین نمره‌ی رضایتمندی مردان و زنان مورد مطالعه به ترتیب $67/6 \pm 9/7$ و $71/1 \pm 10/6$ بود. میانگین نمره‌ی رضایتمندی در زنان به طور معنی‌داری بالاتر از مردان بود ($P = 0/005$)، ولی میانگین نمره‌ی رضایتمندی افراد در بین ۴ گروه سنی (طبق آزمون ANOVA)، تفاوت معنی‌داری نداشت ($P = 0/910$) (جدول ۱).

جدول ۱. مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمره‌ی رضایتمندی بر حسب جنس و گروه‌های سنی

متغیر	سطح	میانگین و انحراف معیار	مقدار P
جنس	مرد	$67/6 \pm 9/7$	۰/۰۰۵
	زن	$71/1 \pm 10/6$	
سن	زیر ۲۰ سال	$71/7 \pm 11/2$	۰/۹۱۰
	۲۰-۲۹ سال	$70/4 \pm 10/1$	
	۳۰-۳۹ سال	$70/0 \pm 10/7$	
	۴۰ سال و بالاتر	$70/0 \pm 11/4$	

ذکر شده، در جدول ۲ نشان داده شده است و توزیع فراوانی رضایتمندی از هر گزینه در جدول ۳ نشان داده شده است.

بحث

طبق نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی ما، میانگین نمره‌ی رضایتمندی مردم از پزشک خانواده $70/3 \pm 10/5$ درصد بود. این مقدار رضایت می‌تواند در اثر برخورد مناسب پزشکان و پرسنل با بیماران باشد، چون پزشکان و پرسنل این منطقه در کلاس‌های توجیهی و آموزشی بسیاری شرکت کرده‌اند. در مطالعه‌ی نجیمی و همکاران میزان آگاهی و نگرش افراد مورد مطالعه در مورد طرح پزشک خانواده در سطح متوسط بوده است (۷). در مطالعه‌ی علیدوستی و همکاران نیز روستاییان از آگاهی مناسبی نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده برخوردار نبودند، همچنین نگرش آن‌ها نیز متوسط بود (۸). با وجود آگاهی متوسط روستاییان در سال‌های نخست اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده، به نظر می‌رسد به تدریج با استقرار این برنامه و بهبود کیفیت اجرای برنامه و افزایش بهره‌مندی مردم، میزان رضایتمندی آن‌ها افزایش یافته است.

طبق نظر اهالی روستاها، رازداری پزشکان خانواده در مورد اسرار بیمار، بالاترین میزان رضایتمندی را به خود اختصاص داد، به طوری که ۴۰/۵ درصد مردم به این گزینه پاسخ خیلی زیاد دادند. همچنین میزان توجه پزشک و پاسخ‌دهی به سؤالات بیماران نیز از رضایتمندی بالایی برخوردار بود، به طوری که ۲۶/۳ درصد مردم گزینه‌ی خیلی زیاد را انتخاب کرده بودند. آیت‌های دیگری همچون درک نگرانی‌های بیمار توسط پزشک، تأثیر پزشک خانواده بر وضعیت سلامت عمومی، نحوه‌ی برخورد پرسنل نیز از رضایتمندی بالایی برخوردار بودند و در مجموع، میزان رضایتمندی از خدمات ارائه‌شده توسط پزشک خانواده در حد مطلوب بود، به طوری که ۲۸/۸ درصد از خدمات آن به طور کامل راضی و ۳۹/۸ درصد از آن راضی بودند. در مقابل، میزان عدم رضایتمندی در مورد آیت‌هایی نظیر مدت زمان حضور فیزیکی پزشک، دسترسی دایمی به پزشک و ماما، زمان انتظار برای دریافت خدمات، پیگیری، هزینه‌ها، فضای فیزیکی و مداخله‌ی مردم در برنامه‌های پزشک خانواده به طور کامل مطلوب نبود. توزیع فراوانی رضایتمندی از کلیه آیت‌های

جدول ۲. توزیع فراوانی رضایتمندی از آیت‌های مربوط به پزشک خانواده

آیت‌ها	هیچ	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
افزایش دسترسی به پزشک	۴ (۱/۰)	۳۰ (۷/۵)	۱۷۷ (۴۴/۳)	۱۶۹ (۴۲/۳)	۲۰ (۵/۰)
افزایش مهارت‌های ارتباطی	۰ (۰)	۱۲ (۳/۰)	۱۲۴ (۳۱/۰)	۲۰۹ (۵۲/۳)	۵۵ (۱۳/۸)
کاهش هزینه‌ها	۲۴ (۶/۰)	۱۳۴ (۳۳/۵)	۲۰۱ (۵۰/۳)	۳۹ (۹/۸)	۲ (۰/۵)
افزایش پیگیری	۲۱ (۵/۳)	۵۵ (۱۳/۸)	۱۲۶ (۳۱/۵)	۱۴۲ (۳۵/۵)	۵۶ (۱۴/۰)
افزایش رضایتمندی کلی	۱ (۱/۵)	۱۴ (۳/۵)	۱۳۱ (۳۲/۸)	۱۹۱ (۴۷/۸)	۵۸ (۱۴/۵)
کاهش زمان انتظار	۳ (۰/۸)	۴۷ (۱۱/۸)	۱۴۳ (۳۵/۸)	۱۶۱ (۴۰/۳)	۴۶ (۱۱/۵)

جدول ۳. توزیع فراوانی رضایتمندی از آیت‌های مربوط به پزشک خانواده

سؤالات	هیچ	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
آیا بعد از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده، میزان حضور پزشک در روستای شما افزایش یافته است؟	۱۹ (۴/۸)	۴۶ (۱۱/۵)	۱۵۶ (۳۹/۰)	۱۴۲ (۳۵/۵)	۳۷ (۹/۳)
آیا شما هر وقت به مرکز (یا خانه‌ی بهداشت) برای دریافت خدمات پزشکی، مراجعه کرده‌اید توانسته‌اید خدمت مورد نظر خود را دریافت کنید؟	۶ (۱/۵)	۲۸ (۷/۰)	۱۲۶ (۳۱/۵)	۱۹۱ (۴۷/۸)	۴۹ (۱۲/۳)
آیا هر وقت نیاز به ویزیت پزشکی یا خدمات درمانی داشته باشید، می‌توانید در حداقل زمان ممکن به پزشک یا ماما دسترسی داشته باشید؟	۱۳ (۳/۳)	۴۵ (۱۱/۳)	۱۵۴ (۳۸/۵)	۱۴۸ (۳۷/۰)	۴۰ (۱۰/۰)
شما از زمان انتظار خود برای دریافت خدمت چه قدر راضی هستید؟	۳ (۰/۸)	۴۷ (۱۱/۸)	۱۴۳ (۳۵/۸)	۱۶۱ (۴۰/۳)	۴۶ (۱۱/۵)
آیا پزشک خانوادگی شما، در هنگام معاینه‌ی شما، به طور کامل نگرانی‌های شما را درک می‌کند و به نگرانی‌های شما اهمیت می‌دهد؟	۵ (۱/۳)	۳۳ (۸/۳)	۸۸ (۲۲/۰)	۱۷۹ (۴۴/۸)	۹۵ (۲۳/۸)
پزشک خانواده چقدر در مشکلات سلامتی شما و یا خانواده‌تان رازدار می‌باشد؟	۲ (۰/۵)	۶ (۱/۵)	۴۵ (۱۱/۳)	۱۸۵ (۴۶/۳)	۱۶۲ (۴۰/۵)
آیا فضای این مرکز به گونه‌ای هست که شما بتوانید مشکلات خودتان را به راحتی بیان کنید؟	۲۰ (۵/۰)	۳۳ (۸/۳)	۱۴۸ (۳۷/۰)	۱۲۵ (۳۱/۳)	۷۴ (۱۸/۵)
آیا پزشک خانواده (در زمان معاینه و یا ویزیت) سؤالات شما را به طور واضح پاسخ می‌دهد؟	۴ (۱/۰)	۲۸ (۷/۰)	۸۷ (۲۱/۸)	۱۷۶ (۴۴/۰)	۱۰۵ (۲۶/۳)
پرسنل هنگام مراجعه‌ی شما باید به مشکلات و نظرات شما توجه کنند، در مورد شما تا چه حد این موضوع رعایت می‌شود؟	۷ (۱/۸)	۱۷ (۴/۳)	۱۲۲ (۳۰/۵)	۱۷۸ (۴۴/۵)	۷۶ (۱۹)
آیا پزشک خانوادگی منطقه، نظرات شما را در برنامه‌های مداخله‌ای پزشکی که طرح‌ریزی می‌کند، مد نظر قرار می‌دهد؟	۳۰ (۷/۵)	۶۷ (۱۶/۸)	۱۵۸ (۳۹/۵)	۱۱۰ (۲۷/۵)	۳۵ (۸/۸)
هزینه‌های مربوط به ویزیت پزشک برای شما چگونه بود؟	۳۸ (۹/۵)	۷۹ (۱۹/۸)	۲۰۷ (۵۱/۸)	۶۸ (۱۷/۰)	۸ (۲/۰)
هزینه‌های مربوط به هزینه‌های دارویی برای شما چگونه بود؟	۴۵ (۱۱/۳)	۱۲۰ (۳۰/۰)	۱۸۶ (۴۶/۵)	۴۴ (۱۱/۰)	۵ (۱/۳)
هزینه‌های مربوط به آزمایشات برای شما چگونه بود؟	۴۹ (۱۲/۳)	۱۲۶ (۳۱/۵)	۱۸۱ (۴۵/۳)	۳۴ (۸/۵)	۱۰ (۲/۵)
در صورتی که بیماری اعضای خانوادگی شما نیازمند پیگیری‌های بعدی است، تیم پزشک خانواده زمان ویزیت بعدی را به شما یادآوری می‌کند؟	۲۱ (۵/۳)	۴۵ (۱۱/۳)	۱۰۴ (۲۶/۰)	۱۴۴ (۳۶/۰)	۸۶ (۲۱/۵)
آیا اگر خانوادگی شما برای پیگیری مراجعه نکنند، اعضای تیم زمان پیگیری بعدی را به خانوادگی شما گوشزد می‌کنند؟	۳۷ (۹/۳)	۳۵ (۸/۸)	۹۰ (۲۲/۵)	۱۴۴ (۳۶/۰)	۹۴ (۲۳/۵)
خدمتی که شما دریافت می‌کنید چقدر بر سلامتی خودتان یا خانواده‌تان تأثیر مفید دارد؟	۶ (۱/۵)	۱۱ (۲/۸)	۹۴ (۲۳/۵)	۱۸۷ (۴۶/۸)	۱۰۲ (۲۵/۵)
شما چقدر از نحوه‌ی برخورد پرسنل ارائه‌دهنده‌ی خدمت با خودتان راضی هستید؟	۷ (۱/۸)	۲۱ (۵/۳)	۸۰ (۲۰/۰)	۱۶۹ (۴۲/۳)	۱۲۳ (۳۰/۸)
با توجه به مجموعه‌ی مواردی که درباره‌ی آنها با هم گفتگو کردیم چقدر از این مرکز یا خانه‌ی بهداشت راضی هستید؟	۳ (۰/۸)	۱۳ (۳/۳)	۱۱۰ (۲۷/۵)	۱۵۹ (۳۹/۸)	۱۱۵ (۲۸/۸)

روستاییان، معتقد بودند که با اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده، حضور پزشک در منطقه‌ی آن‌ها افزایش پیدا کرده است. ۶۰ درصد افراد نیز ابراز کردند که در زمان مراجعه به واحد بهداشتی، خدمات مورد نیاز خود را به موقع دریافت می‌کنند. در مطالعه‌ی نقوی و جمشیدی قبل از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده ۸۲/۱ درصد از بیماران از توجه سریع رضایت داشتند (۱۳) که این نشان‌دهنده‌ی کمبود پزشک یا امکانات باتوجه به جمعیت این منطقه بود. در طرح پزشک خانواده بین ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر باید تحت پوشش یک پزشک باشند ولی در این روستاهای منطقه مورد بررسی ما، هر پزشک ۶۰۰۰ نفر را پوشش می‌دهد.

از طرف دیگر میزان رضایت از دسترسی به پزشک ۴۷ درصد بود که این نیز شاید به علت همان کمبود پزشک در مقایسه با تعداد روستاها باشد، به طوری که مردم روستاهای کوچک مجبور بودند برای ویزیت توسط پزشک به روستای دیگری بروند. شاید تعداد روزهای سیاری پزشکان برای روستاهای قمر کم است و انتظار مردم این است که هر روز پزشک در منطقه‌ی آن‌ها حضور داشته باشد. در مطالعه‌ی سیدی و همکاران دسترسی آسان به امکانات ارائه‌شده را از مهم‌ترین عوامل رضایتمندی افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی ذکر شده است (۱۴). در مطالعه‌ی در عربستان سعودی ۳۹ درصد شرکت‌کنندگان فکر می‌کردند که فاصله تا مرکز مراقبت بهداشتی دور یا خیلی دور بود (۱۵). در مطالعه‌ی نجیمی و همکاران نیز نتیجه‌ای مشابه تحقیق ما به دست آمده است، به طوری که رضایتمندی افراد مورد مطالعه در حیطه‌ی امکانات ۳۷/۶ درصد بود (۷). در مطالعه‌ی Ribeiro و همکاران ۷۷/۲ درصد از

اما نتایج مطالعه‌ی انجام‌شده توسط Gadallah و همکاران با مطالعه‌ی ما، هماهنگی داشت، به نحوی که رضایت مردم مراجعه‌کننده به مراکز خدمات سلامت اولیه (Primary health care یا PHC) نسبت به دریافت مراقبت‌های سلامتی، بالا بود. رضایتمندی در مراکز PHC بعد از اصلاح نظام سلامت (۹۵ درصد) در مقایسه با مراکز PHC قبل از اصلاح نظام سلامت (۷۲ درصد) بالاتر بود (۹).

در مطالعه‌ی که توسط Polluste و همکاران انجام شد، از بین همه‌ی پاسخ‌دهندگان که طی یک سال گذشته با پزشک خانواده‌ی خود ارتباط داشتند، ۸۷ درصد از کار پزشک خانواده راضی بودند (۱۰). در مطالعه‌ی در اسلوونی، به طور متوسط ۵۸/۲ درصد پاسخ‌دهندگان درجه‌ی مراقبت دریافتی خود را عالی گزارش کردند (۱۱).

در مطالعه‌ی Kurata و همکاران به طور کلی ۹۷ درصد بیماران و ۸۹ درصد از کسانی که از خدمات بهداشتی بهره می‌بردند و ممکن بود بیمار نباشند، از مراقبت‌های پزشکی در مرکز پزشک خانواده راضی بودند (۱۲).

بر حسب نتایج به دست آمده در این مطالعه، هیچ یک از افراد به طور کامل از خدمات پزشک خانواده ناراضی نبودند، ولی کمتر از ۴ درصد مردم ساکن در مناطق روستایی از برنامه‌های پزشک خانواده ناراضی بودند که این مطلب، بیانگر اجرای موفق این برنامه در سطح مناطق روستایی است. هیچ تحقیق مشابهی در مورد موارد ذکر شده تاکنون انجام نشده است.

در عین حال مواردی نیز در این برنامه وجود داشت که رضایتمندی کامل استفاده‌کنندگان را به دنبال نداشت. به عنوان مثال فقط ۴۵ درصد از

والدین بیان کردند که همیشه قادر بودند با مراقبین سلامتی در زمان نیاز صحبت کنند (۱۶).

در مطالعه‌ی ما میزان رضایتمندی مردم از زمانی که برای دریافت خدمات انتظار می‌کشند ۵۱/۸ می‌باشد (۹). در مطالعه‌ای در اسلوونی، رضایت از زمان انتظار ۲۶ درصد بود (۱۱). در حالی که در مطالعه‌ی Kurata و همکاران حدود ۹۲ درصد از بیماران از زمان انتظار راضی بودند (۱۲). این میزان در مطالعه‌ی Gadallah و همکاران نیز در مراکز PHC بعد از اصلاح نظام سلامت ۹۶ درصد و در مراکز PHC قبل از اصلاح نظام سلامت ۶۳/۳ درصد بود (۹). پایین بودن رضایتمندی مردم از زمان انتظار برای دریافت خدمات سلامت، شاید ناشی از تعداد زیاد مراجعه‌کنندگان و تعداد کم پزشکان منطقه باشد یا شاید انتظار مردم بالا می‌باشد.

میزان رضایت افراد مراجعه‌کننده از برخورد پرسنل ۷۳ درصد بود. در مطالعه‌ی جمشیدی و نقوی قبل از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده رضایت از برقراری ارتباط ۸۵/۹ درصد بود (۱۳)، اما در مطالعه‌ی Gadallah و همکاران، این شاخص برای مراکز PHC بعد از اصلاح نظام سلامت به ۹۳/۲ درصد افزایش یافت (در حالیکه این نسبت برای مراکز PHC قبل از اصلاح نظام سلامت، ۸۰/۷ درصد بود) (۹). مقایسه‌ی نتایج این تحقیقات، بیانگر این است که هر چند کلاس‌های توجیهی برای پرسنل در دوره‌های مختلف آموزشی برگزار شده است، اما لزوم ارتقای کیفیت برخورد پرسنل با مشتری‌ها در مراکز بهداشتی و درمانی کشور احساس می‌شود.

میزان رضایت افراد مراجعه‌کننده از پزشک در مورد رازداری، درک و اهمیت دادن به نگرانی‌های

آنها و توضیح صحیح به سؤالات آنها در مورد درمان، به ترتیب ۸۶/۸ درصد، ۶۸ درصد، ۷۰/۳ درصد بود. این میزان در مطالعه‌ی Gadallah و همکاران به ترتیب ۹۷/۷ درصد، ۹۷/۶ درصد، ۹۷/۹ درصد در مراکز PHC بعد از اصلاح نظام سلامت و ۸۲/۶ درصد، ۸۰/۵ درصد و ۸۴/۶ درصد در مراکز PHC قبل از اصلاح نظام سلامت بود (۹). در مطالعه‌ای در اسلوونی میزان رضایت مراجعه‌کنندگان از رازداری پزشک ۷۷ درصد، رضایت از توضیح دادن درباره‌ی بیماری ۶۲/۳ درصد و رضایت از گوش کردن به حرف‌های آنها ۶۹/۴ درصد بود (۱۱).

در مطالعه‌ی Ribeiro و همکاران ۷۴/۲ درصد از والدین گزارش کردند که مراقبین سلامتی، سؤالات و شکایات آنها را درک کردند و ۷۹/۲ درصد گزارش کردند که مراقبین سلامتی به روشی که والدین بتوانند بفهمند به مشکلات و سؤالات آنها پاسخ دادند (۱۶). در مطالعه‌ی Jaturapatporn و Dellow برای مهارت‌های ارتباطی، بیماران بالاترین امتیاز را به پزشکان خانواده‌ی آموزش‌دیده (۶۹/۷۷ درصد) و رزیدنت‌های پزشک خانواده (۶۹/۷۹ درصد) در مقایسه با پزشکان عمومی دادند (۱۷). در حالی که در مطالعه‌ای در عربستان سعودی کمترین میزان رضایت به دلیل گوش کردن به شکایات بیماران بود (۱۵). در مطالعه‌ی نقوی و جمشیدی قبل از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده، بهترین امتیاز را در بین حیطه‌های مختلف، محرمانه بودن اطلاعات و رعایت احترام مراجعه‌کنندگان (۸۹ درصد) داشت که با میزان رضایت بعد از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده کمترین کمابیش برابر است (۱۳). در همین مطالعه، کمترین

مراجعه‌کننده در این مراکز باشد. در این مورد تحقیق مشابهی پیدا نشد.

مانند سایر مطالعات، مطالعه‌ی حاضر نیز با محدودیت‌هایی همراه بود. تعداد محدود مطالعات انجام‌شده در موضوع پژوهش، به خصوص در کشور ما، مانع از مقایسه‌ی نتایج مطالعه‌ی حاضر با سایر مطالعات داخلی شده است. چون زمان مراجعه به درب منازل جهت تکمیل پرسشنامه بیشتر صبح‌ها بوده است، بیشتر خانم‌ها در منزل حضور داشتند و بنابراین سهم خانم‌ها در این مطالعه زیاد شده است و شاید میزان رضایت در مطالعه‌ی ما به دلیل ذکر شده زیاد تخمین زده شده است..

با عنایت به افزایش دسترسی فیزیکی و اقتصادی مردم مناطق روستایی به پزشک خانواده و تیم سلامت و حتی سطوح تخصصی، رضایتمندی مردم از دسترسی به خدمات سلامت بهبود یافته است. استقرار یک نظام سیستمیک استخراج مستمر نظرات مشتری‌ها و از طرف دیگر، تلاش پیگیر مسئولین در توجیه ارائه‌کنندگان خدمات جهت رفع نیازهای مراجعین، حتی در موارد درخواست‌های غیر طبی، باعث تکریم مراجعین و در نهایت، ارتقای کیفیت خدمات خواهد شد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بدین وسیله از رییس محترم مرکز بهداشت استان اصفهان، ریاست محترم مراکز بهداشت ۱ و ۲ اصفهان تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

امتیاز در بین حیطه‌های مختلف متعلق به درگیر شدن در تصمیم‌گیری‌ها و قدرت انتخاب مراجعه‌کننده بود (۷۷ درصد) (۱۳)، که نسبت به بعد از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده بیشتر می‌باشد. بنابراین لزوم افزایش آگاهی پزشکان در این زمینه احساس می‌شود.

میزان رضایت در مطالعه‌ی ما از هزینه‌های مربوط به ویزیت پزشکان، دارو و آزمایش به ترتیب ۲۹ درصد، ۴۱/۳ درصد و ۴۳/۸ درصد بود، اما در مطالعه‌ی جعفری و همکاران بیشترین سطح رضایتمندی افراد مورد مطالعه مربوط به میزان مناسب هزینه‌های دریافت‌شده، بود (۱۸). در مطالعه‌ی نجیمی و همکاران نیز رضایت افراد از خدمات برنامه‌ی پزشک خانواده در حیطه‌ی هزینه‌ها ۶۵/۱ درصد بود (۷). این میزان رضایت در مطالعه‌ی ما شاید ناشی از وضعیت اقتصادی پایین‌تر روستاییان این منطقه باشد. از طرفی در اوایل اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده، ویزیت پزشک رایگان بود و بیماران باید ۱۰ درصد هزینه‌ی دارو و آزمایش را می‌دادند، ولی در زمان انجام تحقیق ما، بیماران باید ۱۰ درصد هزینه‌ی ویزیت پزشک و ۳۰ درصد هزینه‌ی دارو و آزمایش را می‌دادند که شاید به همین دلیل رضایت نسبت به مطالعات مذکور کمتر شده است.

میزان رضایت مراجعه‌کنندگان از پیگیری بیماری‌ها توسط تذکر در همان ویزیت و در صورت عدم مراجعه گوشزد کردن پیگیری به آن‌ها به ترتیب ۵۷/۵ درصد و ۵۹/۵ درصد بود که این شاید به علت مشغله‌ی زیاد پزشکان و پرسنل و تعداد زیاد افراد

References

1. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. 1st ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2008. p. 95-7.

2. de Silva A. A framework for measuring responsiveness. GPE discussion paper series: No. 32. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000. p. 7-14.
3. Ministry of Health and Medical Education, Department of Health. Directives and executive insurance program in rural family physician. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2004. p. 7. [In Persian].
4. Ministry of Health and Medical Education, Ministry of Cooperation, Labour and Social Welfare. Instructions about referral system and family physician in urban areas. 1st ed. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2000. [In Persian].
5. Latin America and Caribbean Regional Health Sector Reform Initiative. Methodology for monitoring and evaluation of health sector reform in Latin America and the Caribbean [Online] 1998. [cited 1998 Dec]; Available from: URL:http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/01-methodology_monitoring_e.
6. Ministry of Health and Medical Education. General of rural insurance program and the family physician program. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2005. p. 11-4. [In Persian].
7. Najimi A, Alidoosti M, Sharifirad Gh. Study of knowledge, attitude, and satisfaction toward the family physician program in rural regions of Isfahan, Iran. *J Health Syst Res* 2011; 7(6): 883-90. [In Persian].
8. Alidosti M, Tavassoli E, Khadivi R, Sharifirad GhR. 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. [In Persian].
9. Gadallah MA, Allam MF, Ahmed AM, El-Shabrawy EM. Are patients and healthcare providers satisfied with health sector reform implemented in family health centres? *Qual Saf Health Care* 2010; 19(6): e4.
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. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. *Int J Qual Health Care* 2000; 12(2): 143-7.
12. Kurata JH, Nogawa AN, Phillips DM, Hoffman S, Werblun MN. Patient and provider satisfaction with medical care. *J Fam Pract* 1992; 35(2): 176-9.
13. Naqavi M, Jamshidi HR. Benefit from health services in the Islamic republic of Iran in 2002. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education, Development Network and Health Promotion Center, Applied Research Secretariat; 2002. [In Persian].
14. Seyedi Andi SJ, 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].
15. Saeed AA, Mohammed BA, Magzoub ME, Al-Doghaither AH. Satisfaction and correlates of patients' satisfaction with physicians' services in primary health care centers. *Saudi Med J* 2001; 22(3): 262-7.
16. Ribeiro LC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Reception of children in primary health care: a study on attitudes by family health team members. *Cad Saude Publica* 2010; 26(12): 2316-22. [In Portuguese].
17. Jaturapatporn D, Dellow A. Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC Fam Pract* 2007; 8: 14.
18. Jafari F, Zayeri F, JohariZ, Ramezankhany A, Saiah Iran Z. Satisfaction and its determinants in referring health.centers. *Daneshvar Med* 2006; 14(66): 15-22. [In Persian].

Caregiver Satisfaction in Rural Areas in Isfahan District, Iran, after Implementation of the Family Physician Project

Reza Khadivi MD¹, Parastoo Golshiri MD², Elham Farasat³, Golnar Khaledi³

Original Article

Abstract

Background: One of the main objectives of fifth program of economic, cultural and social development in Iran in health domain is the carrying out the family physician program and reference system. Nearly, 7 years after implementation of this big and widespread program in Iran, it is likely necessary to evaluate the efficiency of family physician program. For that, this research measured only the caregiver satisfaction in rural areas in Isfahan district.

Methods: This descriptive-analytic study was carried on the population of rural areas in Isfahan district in those, family physician program has been implemented in 2011 Data was gathered by face to face interviewing with over 15-years old of age customers.

Findings: The mean of caregiver satisfaction of family physician programs in rural area was 70.3 ± 10.5 percent. Nobody was completely unsatisfied from family physician services. But 15 people (3.8%) were unsatisfied of these services. 250 people (62.5%) were satisfied of family physician services and 135 (33.8%) were completely satisfied.

Conclusion: Good satisfaction after implementing the family physician program in rural areas defines the successfulness of health sector reform in primary health care in order to improve some of the indices of people satisfaction.

Keywords: Family physician, Health sector reform, Satisfaction, Isfahan, Iran

Citation: Khadivi R, Golshiri P, Farasat E, Khaledi G. **Caregiver Satisfaction in Rural Areas in Isfahan district, Iran, after Implementation of the Family Physician Project.** J Isfahan Med Sch 2013; 31(244): 1048-58

* This paper is derived from a medical doctorate thesis No. 390226 in Isfahan University of Medical Sciences.

1- Associate Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

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

Corresponding Author: Elham Farasat, Email: farasat_med@yahoo.com