

بررسی تطبیقی جنسیتی رضایتمندی از پزشک، در مراجعین به درمانگاه‌های سرپایی عمومی، تخصصی و فوق تخصصی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دکتر غلامرضا قاسمی^۱، سعید ولی‌الله‌پور امیری^۲، پریسا یآوری^۳، علی مهربابی کوشکی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مطالعات و تجربیات مختلف نشان داده است که تطابق جنسیتی بین بیمار و پزشک، موجبات کیفیت ارتباط بهتر با بیمار و برعکس، عدم تطابق جنسیتی، زمینه‌ساز تضعیف ارتباط بین پزشک و بیمار و عدم مشارکت کافی در تشخیص و درمان بیماری می‌باشد. موضوع تطابق جنسیتی بین بیمار و پزشک، از جنبه‌های مختلف، پزشکی، روانپزشکی، مذهبی، فرهنگی و اجتماعی حایز اهمیت است. در برخی موارد، عدم تطابق جنسیتی، موجب پنهان ماندن جنبه‌های مختلف بیماری و همچنین ناراضیاتی بیماران می‌گردد. مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه‌ی زنان و مردان بیمار در رضایتمندی آن‌ها از پزشک معالج خود انجام گرفت.

روش‌ها: این مطالعه‌ی توصیفی- تحلیلی در شش ماه اول سال ۱۳۹۱ در سطح درمانگاه‌های عمومی و تخصصی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بر روی ۴۲۳ بیمار مراجعه کننده به این واحدها انجام شد. شرکت کنندگان در مطالعه، به روش نمونه‌گیری ساده و در دسترس از بین مراجعین به درمانگاه‌های سرپایی عمومی، تخصصی و فوق تخصصی تابعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انتخاب شدند. رضایتمندی بیماران به کمک پرسش‌نامه‌ی مشارکت و رضایت بیمار (PICS یا Perceived involvement in care scale) تعیین گردید. تحلیل داده‌ها به وسیله‌ی رایانه و نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون‌های توصیفی Student-t و χ^2 انجام شد.

یافته‌ها: تطابق جنسیتی در بین ۲۳۱ بیمار (۵۴ درصد) وجود داشت. ۸۳ درصد بیماران مرد و ۷۰ درصد بیماران زن به پزشکان مرد مراجعه کردند و تفاوت معنی‌داری در انتخاب جنسیت پزشک وجود داشت ($P < 0/001$). رضایت بیماران از پزشکان پایین بود. رضایت در گروه انطباق جنسی بالاتر از گروه عدم انطباق جنسی بود؛ اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P = 0/26$).

نتیجه‌گیری: تطابق جنسیتی بیمار و پزشک در مراکز درمانی در حد مناسبی نیست. علاوه بر آن، مشارکت کافی بین بیمار و پزشک صورت نمی‌گیرد. این امر باعث می‌گردد که رضایت بیماران کاهش یابد و تبادل اطلاعات بین پزشک و بیمار در حد مناسبی انجام نشود و در نتیجه، تشخیص و درمان صحیح بیماری دچار مشکل شود. از این‌رو، لازم است در جهت تأمین و توزیع متناسب پزشک عمومی و متخصص در مناطق مختلف، تدابیر ویژه اتخاذ گردد و در جهت اشاعه‌ی فرهنگ برابری توانمندی‌های پزشکان زن و مرد تلاش شود.

واژگان کلیدی: تطابق جنسیتی، مشارکت بیمار و پزشک، رضایتمندی

ارجاع: قاسمی غلامرضا، ولی‌الله‌پور امیری سعید، یآوری پریسا، مهربابی کوشکی علی. بررسی تطبیقی جنسیتی رضایتمندی از پزشک، در مراجعین به درمانگاه‌های سرپایی عمومی، تخصصی و فوق تخصصی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۲؛ ۳۱ (۲۴۹): ۱۳۲۳-۱۳۱۴

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای مرفه‌ای 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- اپیدمیولوژیست، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: amiri.saeed86@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤول: سعید ولی‌الله‌پور امیری

مقدمه

به ادعای برخی محققین، جنسیت و طبقه‌ی اجتماعی پزشک در تصمیم‌گیری بیمار برای انتخاب او نقش اساسی دارد (۱-۲). مطالعات مربوط به رفتار مرضی بیمار و انتخاب آن‌ها با ملاک جنسیت پزشک نتایج متفاوتی به دست داده است. در برخی مطالعات میدانی، ملاک جنسیتی برای ۱۱ تا ۷۵ درصد بیماران گزارش شده است. به ادعای برخی پژوهشگران، بین ۱۶ تا ۳۴ درصد بیماران زن، تمایلی برای مراجعه به پزشک مرد ندارند (۳). بیماران زن زیر ۲۰ سال، همواره ترجیح می‌دهند که به پزشک زن مراجعه نمایند (۴).

همچنین پژوهشگران دریافته‌اند که ۸۰ درصد بیماران مرد، ترجیح می‌دهند که به پزشک مرد مراجعه نمایند؛ اما زنان مرفه، ترجیح می‌دهند به پزشکان مرد مراجعه نمایند، اما در موقعیت‌هایی که مربوط به ارگان‌های جنسی باشد، جنسیت پزشک و انتخاب وی با سلیقه‌ی فردی صورت می‌گیرد (۴). علاوه بر جنسیت، مهارت دست و شخصیت پزشک نیز از دیگر شاخص‌های انتخاب بیمار به شمار می‌رود (۵).

پژوهشگران در یک مطالعه‌ی میدانی، دلایل مراجعه به ۱۳ تخصص مختلف را جویا شدند که نتایج این مطالعه نشان داد جنسیت پزشک برای همه‌ی تخصص‌ها مد نظر بیماران نیست. به طور نمونه، برای مسایلی که دارای بار عاطفی است و بیمار نیاز به حمایت‌های عاطفی و اجتماعی پزشک دارد، جنسیت پزشک در انتخاب او نقش اصلی دارد. با این وجود، اغلب آزمودنی‌ها در این مطالعه ترجیح داده‌اند به پزشکان زن مراجعه نمایند و دلیل عمده‌ی

آن، داشتن احساس راحتی بیشتر به خصوص در انجام معاینات فیزیکی ذکر شده است (۶).

ارجحیت پزشک زن نسبت به پزشک مرد، در مطالعات پراکنده‌ی دیگری نیز گزارش شده است (۷-۸، ۱). مطالعه پیرامون تمایل زنان برای مراجعه به پزشکان زن و رعایت انطباق جنسی در جوامع مختلف همواره مورد توجه بوده است. پژوهشگران در کانادا نشان دادند که زنان مهاجر اروپایی و آسیایی تبار، برای امور درمان و مراقبت‌های پیشگیری ترجیح می‌دهند به پزشکان زن مراجعه نمایند (۸). به اعتقاد پژوهشگران، انطباق جنسی برای ۲۰ تا ۴۰ درصد بیماران مطرح است و زنان بیش از مردان به این موضوع توجه دارند و همواره ترجیح می‌دهند برای مشکلات زنانه‌ی خود به پزشک زن مراجعه نمایند (۸).

مطالعات مربوط به منطقه‌ی آمریکای شمالی، نشان داده است که زنان مراجعه کننده به مراکز پیشگیری و غربالگری سرطان، از پزشکان مرد رضایت چندانی نداشته‌اند (۹).

ماهیت نیاز درمانی بیمار، نگرش و نحوه‌ی ارتباط پزشک با بیمار، رفتار کلیشه‌ای بیمار در مقابل پزشک، تجربه‌ی قبلی بیمار با پزشک هم‌جنس خود، تجربه‌ی بیمار با پزشک دیگر و سن بیمار، با تمایل زنان برای مراجعه به پزشک زن مرتبط شناخته شده است. همچنین در یک پژوهش، مراجعین مراکز مراقبت‌های اولیه، به دلیل انطباق جنسی و رفتارهای انسان دوستانه پزشکان داخلی، خانواده و متخصصین زنان و زایمان که با صرف وقت زیاد به صحبت‌های آن‌ها گوش فرا داده بودند، رضایت بالایی داشتند (۱۰).

یک مطالعه‌ی میدانی در بین ۹۰۱ بیمار مراجعه کننده به متخصصین زنان و زایمان نشان داد که اغلب

بیماران (۸۳ درصد) ترجیح دادند همواره پزشک متخصص آن‌ها زن باشد. خانم‌های مجرد و جوان، تمایل بیشتری برای مراجعه به پزشکان جوان زن داشتند و پژوهشگران در این مطالعه با توجه به بیماران در خصوص نقش پزشک متخصص زنان، فرصتی دوباره برای بازنگری افکار و عقایدشان در مورد جنسیت پزشک فراهم ساختند؛ به طوری که ۶۲ درصد افراد، با تغییر دیدگاه خود، ترجیح دادند به پزشکان متخصص زنان و نازایی مرد مراجعه نمایند. در پایان این مطالعه، پژوهشگران نتیجه گرفته‌اند که بدون توصیف نقش پزشک متخصص زنان، بیماران زن ترجیح می‌دادند تا به پزشک زن مراجعه نمایند؛ اما پس از توجه، تمایل آن‌ها برای مراجعه به پزشک متخصص زنان و زایمان مرد تغییر یافت (۱۱).

وجود شباهت‌های فرهنگی و اجتماعی از جمله باورها، ارزش‌ها و زبان مشترک نیز در استحکام پیوند بیمار و پزشک و انتخاب درمانگر، مؤثر شناخته شده‌اند (۱۲). در تأیید این ادعا، پژوهشگران در درمانگاه روماتولوژی، نوعی رابطه‌ی مستقیم بین رضایتمندی بیمار از پزشک و اشتراک قومی و فرهنگی بیمار و پزشک گزارش کرده‌اند (۱۳). در مطالعات دیگر نیز رابطه‌ی مستقیم بین انطباق جنسی و رضایتمندی بیمار از سیستم درمانی و رابطه‌ی معکوس بین عدم انطباق جنسی با رضایتمندی بیمار از پزشک گزارش کرده‌اند (۱۴). متا آنالیز هفت مطالعه نشان داد که بیماران زن در مقابل پزشکان هم جنس خود راحت‌ترند و موقعیت و شرایط طبی-روانی خود را به پزشک اعلام می‌کنند (۱۵).

مطالعه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی ایران نشان داد

که بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های مختلف از نظر انتظارات، حمایت اجتماعی و نیاز درمانی متفاوت هستند و رضایتمندی آن‌ها با برآورده شدن خواسته‌ها و توجه آن‌ها رابطه‌ی مستقیم دارد (۱۶).

پژوهشگران غربی از دیرباز رفتار کمک طلبی بیمار و دلایل انتخاب پزشک را رصد نموده‌اند. برخی با بهره‌گیری از مکتب حمایت از حقوق زنان و برخی با دیدگاه‌های روانشناختی، فرهنگی و اجتماعی، به تفسیر و توجیه این رفتارها پرداخته‌اند. مدافعین حقوق زنان بر این باورند که علم پزشکی در دنیا تحت سیطره‌ی مردان است و واقعیت‌های اجتماعی نیز متعاقب این شرایط شکل گرفته است (۱۷). آن‌ها نرخ بالای مراجعه‌ی زنان به پزشک را به قدرت پزشکان در جامعه و اعمال نقش جنسیتی آن‌ها مربوط می‌دانند. به عقیده‌ی پیروان این مکتب، پزشکان مرد همواره زنان را افرادی وابسته، تابع و زیر دست در جامعه می‌پندارند و با اعمال این کنترل، به نحوی موقعیت حرفه‌ای و اقتصادی خود را تضمین می‌نمایند (۱۸، ۱۳).

در توجه به محبوبیت پزشکان زن، مدافعین حقوق زنان معتقدند که جامعه پذیرای افراد، از جمله نقش‌های مربوط به جنسیت، به راحتی قابل تغییر نیستند و با مکانیسم‌های مربوط به تأکیدهای اجتماعی تشدید می‌شوند. آن‌ها ویژگی‌های جنسیتی پزشکان را تغییر ناپذیر تلقی می‌کنند و معتقدند که فرایندهای جامعه پذیرای حرفه‌ای، نمی‌تواند با آن‌ها مقابله نماید؛ به طوری که پزشکان زن، بر اساس آموزه‌های سنتی زنانه رشد می‌کنند و در مقایسه با پزشکان مرد، نقش‌های عاطفی و مادری را به خوبی ایفا می‌نمایند.

مطالعه ضروری به نظر می‌رسد. همچنین، یافته‌های مطالعه‌ی حاضر سند خوبی برای قیاس با موقعیت‌های موجود درمانی در فرهنگ‌های غیر ایرانی است که از اقلیم، فرهنگ و باورهای متفاوتی برخوردارند.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود که در نیمسال اول ۱۳۹۱ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بر روی ۴۲۳ بیمار به انجام رسید. تنها معیار ورود به مطالعه، رضایت کامل در پاسخ به سؤالات بود.

رضایتمندی شرکت‌کنندگان به وسیله‌ی پرسش‌نامه‌ی مشارکت بیمار (PICS یا Perceived involvement in care scale) صورت گرفت. این پرسش‌نامه دارای ۱۳ گویه با سه خرده‌مقیاس می‌باشد: تشویق به همکاری بیمار توسط پزشک با پنج گویه، تبادل اطلاعات بین پزشک و بیمار با چهار گویه و میزان تصمیم‌گیری بیمار با چهار گویه. محور اول که شامل تشویق به همکاری بیمار می‌باشد، در برگزیده‌ی عباراتی مربوط به رفتار پزشک است و محورهای دوم و سوم عباراتی مربوط به رفتار بیمار در طول مدت ویزیت می‌باشد.

پاسخ بیماران در این پرسش‌نامه به صورت موافقم و مخالفم می‌باشد. امتیاز صفر برای مخالفت و امتیاز یک برای موافقت منظور می‌شود. کمترین امتیاز صفر و بیشترین امتیاز ۱۳ خواهد بود که امتیاز بیشتر نشان دهنده‌ی رضایت بیشتر از پزشک می‌باشد. در بررسی اولیه‌ی ما (Pilot)، ضریب Cronbach's alpha برای این پرسش‌نامه بر روی ۸۰ بیمار، ۰/۷۴ محاسبه شد. اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران شامل سن، جنس، نوبت مراجعه و نوع تخصص مورد نیاز بیمار،

از طرف دیگر، با ورود گسترده‌ی زنان به عرصه‌ی طب، حصارها و مرزهای سنتی مربوط به نقش‌های جنسیتی شکسته شده‌اند. از این‌رو، در مقایسه با پزشکان مرد ممکن است بهای چندانی برای نقش‌های جنسیتی قایل نباشند و بر خلاف پزشکان مرد، نگرش‌های جنسیتی سنتی را بر بیماران خود اعمال نکنند. پزشکان زن بهتر از پزشکان مرد می‌توانند بیماران خود را در فرایند درمان و تصمیم‌گیری درمانی مشارکت دهند و به استناد مطالعات انجام شده، پزشکان زن در جلب مشارکت بیمار، دادن اطلاعات لازم به بیمار و توجه به جنبه‌های روانی-اجتماعی علایم بیماری، سرآمد بوده‌اند. در این راستا، پزشکان زن با رعایت انطباق جنسیت و اعتمادسازی، تنظیم سطح اجتماعی خود با بیمار و صرف وقت لازم، موفق‌تر از پزشکان مرد بوده‌اند (۲۰-۱۹).

در ایران، سیستم مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی و فراهم ساختن فرصت‌های مساوی برای زنان و مردان در عرصه‌های اجتماعی-اقتصادی و به خصوص بهداشتی، حضور چشمگیر زنان دانش‌آموخته‌ی رشته‌ی پزشکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی را به ارمغان آورده است؛ اما به نظر می‌رسد دستاوردهای اخیر، احساساتی آمیخته از بیم و امید به همراه داشته است و بدون شک، ورود زنان به رشته‌های طب و احراز کرسی‌های تخصصی، فرصت بیشتری برای تماس و مراجعه‌ی جمع‌کثیری از زنان جامعه‌ی ما را به دنبال داشته است.

با علم به اهمیت نقش جنسیت در رفتار مرضی زنان و مردان و نادانسته‌های مربوط به سهم جنسیت در رضایت از پزشک معالج، که یک پدیده‌ی روانشناختی، فرهنگی و جنسیتی است، انجام این

نموده‌اند و این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود.

ج- رضایتمندی بیمار از پزشک

بر اساس جدول ۲، به طور کلی رضایتمندی بیماران مرد بیشتر از بیماران زن بود؛ اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. همچنین این جدول نشان می‌دهد که میانگین رضایت بیماران زن از پزشکان زن، در مقایسه با بیماران مرد بیشتر است؛ اما این تفاوت نیز از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد.

میانگین رضایت از پزشکان مرد بیشتر از پزشکان زن است؛ که این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد. از طرفی، مشاهده می‌شود که به طور کل رضایت بیماران از پزشکان مرد بیشتر از پزشکان زن می‌باشد که این نیز از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد (جدول ۲).

جدول ۳ نشان می‌دهد که انطباق جنسی بین بیمار و پزشک در ۵۴/۶ درصد شرکت کنندگان رعایت شده است و میانگین رضایت در گروه انطباق جنسی بیشتر از گروه عدم انطباق جنسی می‌باشد؛ هر چند این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نیست.

به وسیله‌ی یک پرسش‌نامه با سؤالات بسته مشخص گردید. همچنین داده‌ها به دو گروه تقسیم‌بندی شدند؛ بدین صورت که اگر بیمار و پزشک معالج جنسیت یکسان داشتند، در گروه انطباق جنسی و در غیر این صورت در گروه عدم انطباق جنسی قرار گرفتند.

اطلاعات خام در نهایت به وسیله‌ی نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ (version 21, SPSS Inc., Chicago, IL) و آزمون‌های student-t و χ^2 تجزیه و شد.

یافته‌ها

الف- ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

در این مطالعه، ۴۲۳ بیمار شرکت داشتند که ۲۳۰ نفر زن و ۱۹۳ نفر مرد بودند.

میانگین سنی در بیماران زن $34/52 \pm 13/08$ سال و در بیماران مرد $39/89 \pm 14/58$ سال بود و تفاوت معنی‌دار آماری نداشت ($t = 3/09$ و $P = 0/8$).

ب- مراجعه به پزشک به تفکیک جنسیت

جدول ۱ نشان می‌دهد که اغلب بیماران زن (۷۳ درصد) و مرد (۸۳ درصد) به پزشکان مرد مراجعه

جدول ۱. وضعیت انتخاب پزشک به تفکیک جنسیت بیمار و پزشک

| جنس بیمار | جنس پزشک | | کل |
|-----------|--------------|----------|-----------|
| | مرد | زن | |
| زن | تعداد (درصد) | ۷۰ (۳۰) | ۲۳۰ (۱۰۰) |
| مرد | تعداد (درصد) | ۳۲ (۱۷) | ۱۹۳ (۱۰۰) |
| کل | تعداد (درصد) | ۱۰۲ (۲۴) | ۴۳۲ (۱۰۰) |

جدول ۲. رضایت بیماران از پزشک

| جنس بیمار | رضایت از پزشک | | آزمون t | | رضایت کلی | |
|-----------|-----------------|-----------------|---------|------|-----------|------|
| | پزشک زن | پزشک مرد | df | t | df | t |
| زن | $7/17 \pm 2/43$ | $7/19 \pm 2/86$ | ۱۰۰ | ۱/۱۲ | ۴۲۱ | ۰/۵۳ |
| مرد | $6/53 \pm 3/17$ | $7/49 \pm 2/81$ | ۳۱۹ | ۰/۹۴ | ۴۲۱ | ۰/۲۴ |
| کل | $6/97 \pm 2/43$ | $7/43 \pm 2/70$ | ۴۲۱ | ۱/۱۷ | | |

جدول ۴. مقایسه‌ی رضایت در دو گروه انطباق و عدم انطباق جنسی

| سطح | تعداد | درصد | رضایت از پزشک | t | df | مقدار P |
|----------------|-------|------|-----------------|------|-----|---------|
| تطابق جنسی | ۲۳۱ | ۵۴/۶ | $7/39 \pm 2/70$ | | ۴۲۱ | ۰/۲۶ |
| عدم تطابق جنسی | ۱۹۲ | ۴۵/۴ | $7/08 \pm 2/92$ | ۱/۱۴ | | |

بحث

هدف اصلی مطالعه‌ی حاضر، تعیین و شناسایی تفاوت رضایتمندی زنان و مردان از پزشکان خود و تأثیر تطابق جنسیتی بر رضایتمندی آن‌ها می‌باشد. فرضیه‌ی ارتباط بین انطباق جنسی و رضایتمندی از پزشک، با وجود بالاتر بودن رضایت در گروه انطباق جنسی، از لحاظ آماری تأیید نشد ($P = 0/26$).

در این مطالعه، اغلب مردان (۸۳ درصد) به پزشک مرد مراجعه کرده بودند ($P = 0/001$) که مشابه با مطالعات قبلی مبنی بر تمایل حدود ۸۰ درصد بیماران مرد به مراجعه به پزشک مرد می‌باشد (۲۲-۲۱). در مطالعه‌ی حاضر، تنها ۳۰ درصد بیماران زن به پزشک زن مراجعه داشتند. این در حالی است که در مطالعاتی که در آن‌ها توزیع جنسی مراجعه به پزشک و انطباق جنسی مورد توجه قرار گرفته بود، بالغ بر ۸۰ درصد بیماران زن به پزشک زن و نسبت کمتری به پزشکان مرد مراجعه داشتند (۲۳).

در پژوهش حاضر، رابطه‌ی بین تطابق جنسی و رضایتمندی از پزشک تأیید نشد؛ در صورتی که در مطالعات دیگر، رابطه‌ی مستقیم بین انطباق جنسی و رضایتمندی بیمار از سیستم درمانی (۲۵-۲۴، ۶) و رابطه‌ی معکوس بین عدم انطباق جنسی با رضایتمندی بیمار از پزشک گزارش شده است (۷). مطالعات مختلف، ایده‌های متفاوتی را راجع به ارتباط بین جنسیت پزشک و رضایتمندی بیماران از آن‌ها نشان داده‌اند. تعدادی حاکی از این هستند که پزشکان زن،

بیماران خود را بیشتر از پزشکان مرد در امر تشخیص و درمان مشارکت می‌دهند و نگرش‌های سستی جنسیتی را بر بیماران خود اعمال نمی‌کنند (۳۳-۲۶).

در یک مطالعه، رضایتمندی بیمار از پزشک با انطباق جنسیت مرتبط شناخته شده است (۲۵). مطالعه‌ی Delgado و همکاران در اسپانیا نشان دادند که رضایت بیماران از پزشکان زن بیشتر است (۳۴). برخی دیگر سهم تفاوت جنسیتی در رضایتمندی بیمار را مبهم می‌دانند (۳۸-۳۵، ۳۳، ۲۴). در مطالعه‌ی حاضر هر چند رضایتمندی بیماران زن از پزشکان هم جنس خود و همچنین رضایتمندی بیماران مرد از پزشکان هم جنس خود بالاتر بود؛ اما این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P = 0/35$ ، $P = 0/27$).

در این مطالعه، ۴۳۲ بیمار مراجعه کننده به پزشکان عمومی مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند. میانگین سن بیماران $15/7 \pm 35/4$ با دامنه‌ی ۸۵-۱۵ سال بود. همچنین ۵۵/۱ درصد بیماران، مرد و ۴۴/۹ درصد زن بودند. نظر به این که نیمی از بیماران بررسی شده زن و نیم دیگر مرد بودند، اثر مخدوش شدگی نتایج به دست آمده به وسیله‌ی سن و جنس بیماران در این مطالعه خنثی گردیده است.

تطابق جنسیتی در بین بیماران زن پایین و حدود ۳۰ درصد بود؛ در حالی که بین بیماران مرد حدود ۸۰ درصد و سطح کلی تطابق، ۵۵ درصد بود. پس می‌توان گفت که تطابق جنسیتی زنان در درمانگاه‌های آموزشی در سطح پایینی می‌باشد. شاید عدم وجود

رابطه‌ی پزشک و بیمار، مورد بررسی قرار گیرد. در این پژوهش، میزان رضایت بیمار در خصوص موضوع مشارکت بیمار، مورد بررسی قرار گرفت. بدیهی است جلب رضایت بیمار در این جنبه نیازمند زمان و فرصت کافی درمانگر است. اما ازدحام زیاد بیماران در درمانگاه‌های تخصصی و همچنین پرداختن به مسایل آموزشی، موجب می‌گردد تا پزشکان این مراکز از فرصت کافی برای مشارکت دادن بیمار در امر درمان برخوردار نباشند. بدین ترتیب، فرقی نمی‌کند که انطباق جنسی وجود داشته باشد یا خیر؛ در هر دو حال، ویزیت بیمار سریع انجام می‌گیرد و در چنین شرایطی، بیماران رضایت بالایی نخواهند داشت. شاید اگر فرصت کافی در اختیار پزشکان باشد، میزان مشارکت بیماران در مواردی که انطباق جنسی وجود دارد، بیشتر شود و رضایت آن‌ها از پزشک بیشتر گردد.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود که با افزایش حضور پزشکان زن در درمانگاه‌ها، حق انتخاب بیشتری به بیماران در انتخاب جنسیت پزشک داده شود و بدین ترتیب، انطباق جنسیتی به میزان بیشتری رعایت گردد و از طرفی، با نوبت‌دهی مناسب در درمانگاه‌ها، وقت بیشتری به ویزیت هر بیمار اختصاص یابد تا امکان تعامل بیشتر بین پزشک و بیمار و رضایت بیشتر بیماران فراهم گردد.

تخصص‌های مختلف به تعداد کافی در دو جنس و هزینه‌ی کمتر درمان در مراکز آموزشی-درمانی باعث می‌شود تا بیماران به پزشکان خاصی مراجعه کنند و جنسیت پزشک در اولویت بیمار قرار نگیرد و انطباق جنسی، به درستی اعمال نگردد. توجیه دیگر این مسأله، وجود تفکر سنتی برتری پزشکان مرد است که باعث می‌گردد تا بیماران زن نیز بدون توجه به انطباق جنسی، بیشتر به پزشکان مرد مراجعه کنند.

از طرفی، نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که رضایت بیمار از پزشکان زن و مرد پایین بوده و جنسیت بیمار و پزشک تأثیر آشکاری بر رضایت بیمار نداشته است. در صورتی که در مطالعات دیگر، رابطه‌ی مستقیم بین انطباق جنسی و رضایتمندی بیمار از سیستم درمانی (۲۵-۲۴، ۶) و رابطه‌ی معکوس بین عدم انطباق جنسی با رضایتمندی بیمار از پزشک گزارش شده است (۷). این امر می‌تواند ناشی از خطای نمونه‌گیری باشد. همچنین باید در نظر داشت که رضایتمندی بیماران به معنی برداشت ذهنی آن‌ها از کمیت و کیفیت خدمات درمانی ارایه شده در مراکز درمانی است و این شناخت در جریان فرایند درمان و فعل و انفعالات و روابط متقابل بین بیماران و کادر درمانی است (۱۶) که می‌تواند از جنبه‌های متفاوت مثل در دست بودن خدمات بهداشتی، تداوم روند درمانی، تشخیص درست پزشک، هزینه‌ی درمان، تأثیر درمان بر روند بیماری و

References

1. Ahmad F, Gupta H, Rawlins J, Stewart DE. Preferences for gender of family physician among Canadian European-descent and South-Asian immigrant women. *Fam Pract* 2002; 19(2): 146-53.
2. Franks P, Bertakis KD. Physician gender, patient gender, and primary care. *J Womens Health (Larchmt)* 2003; 12(1): 73-80.
3. Schnatz PF, Murphy JL, O'Sullivan DM, Sorosky JI. Patient choice: comparing criteria for selecting an obstetrician-gynecologist based on image, gender, and professional attributes.

- Am J Obstet Gynecol 2007; 197(5): 548-7.
4. Street RL, Jr., 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.
 5. Berrios-Rivera JP, Street RL, Jr., Garcia Popa-Lisseanu MG, Kallen MA, Richardson MN, Janssen NM, et al. Trust in physicians and elements of the medical interaction in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2006; 55(3): 385-93.
 6. Bertakis KD, Franks P, Azari R. Effects of physician gender on patient satisfaction. *J Am Med Womens Assoc* 2003; 58(2): 69-75.
 7. Bischoff A, Hudelson P, Bovier PA. Doctor-patient gender concordance and patient satisfaction in interpreter-mediated consultations: an exploratory study. *J Travel Med* 2008; 15(1): 1-5.
 8. Hall JA, Roter DL. Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Educ Couns* 2002; 48(3): 217-24.
 9. Roter DL, Hall JA. Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. *Annu Rev Public Health* 2004; 25: 497-519.
 10. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* 2002; 288(6): 756-64.
 11. Bonds DE, Foley KL, Dugan E, Hall MA, Extrom P. An exploration of patients' trust in physicians in training. *J Health Care Poor Underserved* 2004; 15(2): 294-306.
 12. 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.
 13. Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *Am Psychol* 2003; 58(1): 5-14.
 14. LaFrance M, Hecht MA, Paluck EL. The contingent smile: a meta-analysis of sex differences in smiling. *Psychol Bull* 2003; 129(2): 305-34.
 15. Knapp ML, Hall JA. *Nonverbal communication in human interaction*. 5th ed. New York, NY: Wadsworth; 2001.
 16. Arya N, Masrouf D, Karimi A, Kamali P. A field survey was conducted to study kidney transplant patients' satisfaction from education in Tehran. *Iran J Nurs* 1998; 12(16-17): 5-9. [In Persian].
 17. Torpy JM, Lynn C, Glass RM. JAMA patient page. Men and women are different. *JAMA* 2003; 289(4): 510.
 18. Sleath B, Rubin RH. Gender, ethnicity, and physician-patient communication about depression and anxiety in primary care. *Patient Educ Couns* 2002; 48(3): 243-52.
 19. Meeuwesen L, Bensing J, Brink-Muinen A. Communicating fatigue in general practice and the role of gender. *Patient Educ Couns* 2002; 48(3): 233-42.
 20. Zaharias G, Piterman L, Liddell M. Doctors and patients: gender interaction in the consultation. *Acad Med* 2004; 79(2): 148-55.
 21. Engleman EG. Attitudes toward women physicians. A study of 500 clinic patients. *West J Med* 1974; 120(2): 95-100.
 22. Gray PG, Cartwright A. Choosing and changing doctors. *Lancet* 1953; 265(6799): 1308-9.
 23. Wilder CS. Physician visits: volume and interval since last visit. *United States--1969. Vital Health Stat* 10 1972; 10(75): 1-58.
 24. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Med Care* 1994; 32(12): 1216-31.
 25. 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.
 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 D. Resident psychological performance: A brief report. *FamPract* 1990; 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. 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.
35. 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.
36. Elderkin-Thompson V, Waitzkin H. Differences in clinical communication by gender. *J Gen Intern Med* 1999; 14(2): 112-21.
37. 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.
38. 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.

A Comparative Study of Satisfaction with Physicians among Patients at Outpatient Departments Affiliated to Isfahan University of Medical Sciences, Iran

Gholamreza Ghasemi MD¹, Saeid Valiollah Pooramiry², Parisa Yavari²,
Ali Mehrabi Khoushki MSc⁴

Original Article

Abstract

Background: Several studies have shown that gender concordance between patient and physician led to a better relationship between them. Moreover, lack of gender concordance may lead to decrease in quality of this relationship, and finally to the lack of contribution of patients in diagnosis and treatment of the diseases. Gender concordance is very important in the several aspects such as medicine, psychology, religion, culture, and society. Lack of concordance can cause different aspects of the disease to remain hidden and dissatisfaction of the patient. Thus, the aim of this study was to compare male and female patients' satisfaction of physicians.

Methods: This is a cross-sectional study conducted in general and specialized medical centers of Isfahan, Iran, during 2012-2013. The target population was patients who referred to the above centers. The sample of this study was selected by sequential method from general, specialized, and highly specialized patient centers affiliated to Isfahan University of Medical Sciences. Patient satisfaction was measured by the patient contribution questionnaire Perceived involvement in care scale (PICS). After collection, the data were analyzed by SPSS software and applying of Student t-test and chi-square.

Findings: 423 patients were studied, among 231 (54%) of which gender concordance existed. 83% of male and 70% of female patients were referred to male physicians, and there was a statistical difference between males and females in physician gender selection ($P < 0.001$). Total patients satisfaction is low, but it was higher among patients with gender concordance; no statistical difference was observed between concordance and non-concordance groups ($P = 0.26$).

Conclusion: According to results of this study, gender concordance between patients and physician is not at a suitable level in Isfahan medical centers. In addition, there is not enough contribution between patient and physician. This problem led to a decrease in patient satisfaction and information transferred between doctor and patient. As a result, their diagnosis and treatment encountered some problems. Thus, suitable decisions and programs may be needed for medical staff distribution in different areas and the dissemination of the culture of equality of male and female doctors' capability.

Keywords: Gender concordance, Patient and physician contribution, Satisfaction

Citation: Ghasemi Gh, Valiollah Pooramiry S, Yavari P, Mehrabi Khoushki A. A Comparative Study of Satisfaction with Physicians among Patients at Outpatient Departments Affiliated to Isfahan University of Medical Sciences, Iran. J Isfahan Med Sch 2013; 31(249): 1314-23

* This paper is derived from a medical doctorate thesis 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: Saeid Valiollah Pooramiry, Email: amiri.saeed86@yahoo.com