

عوامل مؤثر بر رضایتمندی دارندگان دفترچه بیمه روستایی از برنامه پزشک خانواده در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار؛ ۱۳۹۰

پوران رئیسی^۱ / علیرضا قربانی^۲ / یاسر تبرایی^۳

چکیده

مقدمه: پزشک خانواده و نظام ارجاع یکی از برنامه‌های مهم برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی کشور در بخش بهداشت و درمان است. میزان رضایت گیرندگان خدمت باید به عنوان محوری ترین شاخص موفقیت برنامه، مبنای بازنگری در مکانیسم پرداخت و فرایند پایش عملکرد پزشک خانواده باشد. این مطالعه با هدف تعیین عوامل مؤثر بر رضایتمندی دارندگان دفترچه بیمه روستایی از خدمات پزشک خانواده در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار به انجام رسیده است.

روش کار: این مطالعه از نوع مقطعی بوده و در جمعیت روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر تحت پوشش برنامه در دانشگاه علوم پزشکی سبزوار در سال ۱۳۹۰ انجام گردید. داده‌های مورد نیاز توسط پرسشنامه روا و پایا جمع آوری شد و با استفاده از آزمون‌های آماری t مستقل، همبستگی پیرسون، ANOVA و رگرسیون خطی مورد تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** در هشت بعد مورد بررسی (مراقبت و تکریم، ایمنی و رفاه، اعتماد و اعتقاد به عملکرد، زمان انتظار، سودمندی اقدامات، میزان هزینه پرداختی، عملکرد واحدهای پیراپزشکی و دسترسی به موقع)، بیشترین و کمترین میزان رضایتمندی به ترتیب از هزینه پرداختی و اعتماد و اعتقاد به عملکرد پزشک خانواده به دست آمد. رضایتمندی کلی بیماران ± 20.86 بود. بر اساس آزمون‌های انجام شده رابطه بین محل سکونت، تحصیلات و نوع مرکز ارائه دهنده خدمات با میزان رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده از نظر آماری معنی دار بود و بر اساس مدل رگرسیون خطی، محل سکونت و تحصیلات توضیح دهنده رضایتمندی افراد از برنامه پزشک خانواده بودند.

بحث: به نظر می‌رسد که تحصیلات بالاتر و محل سکونت، رضایتمندی بیشتری را برای مراجعین به همراه دارد.

کلید واژه‌ها: رضایتمندی، پزشک خانواده، بیمه روستایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

• وصول مقاله: ۹۰/۱۲/۲۴ • اصلاح نهایی: ۹۱/۵/۸ • پذیرش نهایی: ۹۱/۶/۲۸

۱. دانشیار گروه تحلیل و تحقیق، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران؛ نویسنده مسئول (Raeissi2009@yahoo.com)

۲. مربی گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

۳. مربی گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

مقدمه

دسترسی آسان و کم هزینه بیماران به مراکز ارائه خدمات درمانی از فاکتورهای جوامع توسعه یافته است. کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان، ایجاد و راه اندازی مراکز درمانی پیشرفته و توجه به برنامه پزشکی خانواده، از جمله این اقدامات بوده است. [۱] این برنامه با سابقه هفتاد ساله در بسیاری از کشورها، علاوه بر تأمین خدمات مورد نیاز، امکان هرگونه سوء استفاده از نیازهای سلامت مردم توسط ارائه دهندگان خدمات سلامت را محدود می‌کند. سازمان جهانی بهداشت، پزشک خانواده را مرکز تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیت، هزینه اثربخشی و برابری در سیستم‌های مراقبت سلامتی قرار داده است. در ایران، در راستای پاسخگویی به این مهم در قانون برنامه چهارم جهت توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع تأکید شده است. [۲] برنامه پزشک خانواده با محور ارائه بسته خدماتی در حوزه بهداشت و درمان به جمعیت تحت پوشش، مورد تأکید قرار گرفته و این بسته خدماتی نیز در بحث نظام مراقبت، کنترل بیماری‌ها، بیماریابی، غربالگری و به طور کلی خدمات جامع حوزه بهداشت و درمان با اولویت ارائه به موقع این خدمات تعریف شده است. [۳] پزشک خانواده موظف به ارائه خدمات با کیفیت، جامع و متناسب با نیاز مردم برای تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت فرد، خانواده و جامعه است و مسئول ارتقاء سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جمعیت تحت پوشش خود است اعم از سالم یا بیمار و بدون توجه به اختلاف سنی، جنسی، اقتصادی، فرهنگی و نوع بیماری. [۴] در این برنامه؛ به منظور کنترل هزینه‌ها، افزایش پاسخگویی، امکان پیگیری خدمات ارائه شده به بیمار، تشکیل پرونده سلامتی برای همه جامعه تحت پوشش، افزایش امکان کنترل کیفیت خدمات و ایجاد انضباط مالی، حرکت بیمار در سطوح سه گانه نظام ارائه خدمات به شکل کاملاً هدایت شده

و با محوریت پزشک خانواده انجام می‌شود. [۳] از جمله اهداف برنامه بیمه روستایی مبتنی بر پزشک خانواده؛ احیای نظام ارجاع، افزایش پاسخگویی در نظام سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی، کاهش هزینه‌های غیرضروری در بازار سلامت، افزایش پوشش خدمات سلامت و از همه مهمتر، افزایش رضایتمندی مردم از خدمات سلامتی است. [۵] میزان رضایت دریافت کنندگان خدمت باید در مراحل طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه بیمه روستایی به عنوان محوری ترین شاخص موفقیت برنامه مدنظر باشد و مبنای بازنگری در سازوکار پرداخت و فرایند پایش عملکرد پزشک خانواده قرار گیرد. [۴] ارزیابی رضایتمندی بیماران به موضوع مهمی در ارزشیابی خدمات بهداشتی درمانی تبدیل شده و یکی از معیارهای کارایی در ارائه خدمات سلامت است. رضایتمندی، همچنین در رسیدن به نتیجه مؤثر است چرا که بیماران راضی مشارکت بیشتری در روند درمان دارند. علاوه بر این، میزان رضایت، منعکس کننده قضاوت بیماران درباره کیفیت خدمات است. افزایش اهمیت حمایت از مصرف کننده در خدمات بهداشتی نیز یکی از عناصر جامعه آزاد است. [۱] در مطالعه جعفری بیشترین رضایت نسبت به مناسب بودن هزینه خدمات ابراز شده است. بین سن و رضایتمندی، همبستگی معکوس وجود داشت و رضایتمندی افراد با شغل، فاصله محل سکونت تا مرکز و دفعات مراجعه ایشان به مرکز بهداشتی ارتباط معنی دار آماری نشان داد، ولی این ارتباط با جنس، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان و سطح تحصیلات مشاهده نشد. بین سطح تحصیلات افراد و رضایتمندی آنان نسبت به برخورد پرسنل، زمان انتظار، هزینه خدمات و آموزش و راهنمایی نیز ارتباط معناداری وجود داشت. [۶] در مطالعه هال رضایت بیشتر با سن بالاتر، سواد کمتر، متأهل بودن و طبقه اجتماعی بالاتر مرتبط بود و بین رضایت مندی بیماران با نژاد، جنس، درآمد و بعد خانوار

آن ۴۰ می‌باشد. در خصوص سنجش روایی ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه به تأیید کارشناسان دفتر توسعه شبکه معاونت بهداشتی وزارت متبوع و متخصصین پزشکی اجتماعی رسید و برای سنجش پایایی آن نیز در مرحله پیش‌آزمون تعداد ۳۵ پرسشنامه بین دارندگان دفترچه بیمه روستایی توزیع و جمع‌آوری گردید که ضریب آلفای کرونباخ برابر ۸۵.۰ محاسبه شد. برای انجام مطالعه از روش دو مرحله‌ای استفاده شد. بدین صورت که، هر یک از ۳۵ مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشکی خانواده و هر یک از روستاهای تحت پوشش مرکز نیز به عنوان یک طبقه تعریف شد و تعداد نمونه مورد نیاز در هر طبقه بر حسب نسبت جمعیت آن به کل جمعیت طبقه محاسبه گردید. ۳۵ مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه در جمعیت روستایی بود و شش مرکز بهداشتی درمانی، برنامه پزشکی خانواده را در جمعیت شهری-روستایی اجرا می‌کنند. نمونه‌ها بر اساس شماره پرونده خانوار و از بین دارندگان دفترچه بیمه روستایی ساکن در روستاهای اصلی، قمر و تیم سیار به صورت تصادفی ساده انتخاب و پرسشگری با مراجعه به درب منازل و پس از اخذ رضایت نامه کتبی از افراد انجام شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 17 و با استفاده از آزمون‌های آماری t مستقل، همبستگی پیرسون، ANOVA و رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از میان ۱۲۵۰ پرسشنامه توزیع شده، ۱۱۹۹ پرسشنامه تکمیل شده بود که مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصله نشان داد ۶۸.۹ درصد از نمونه‌های پژوهش خانه دار بوده و ۲۰.۸ درصد نیز کشاورز بوده‌اند. همچنین ۷۲.۱ درصد از نمونه‌های مورد پژوهش زن، ۸۵.۷ درصد متأهل، ۸۶.۴ درصد ساکن روستا و ۹۰.۹ درصد از مراکز دولتی خدمات دریافت نموده‌اند. ۳۱.۹ درصد از نمونه‌های پژوهش بی‌سواد، ۳۲.۴ درصد دارای

ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. [۷] در مطالعه کمپیل بین گروه‌های مختلف سنی، نژاد و وضعیت اقتصادی اجتماعی بیماران با رضایت آنها از خدمات بهداشتی درمانی اختلاف معنی‌داری وجود داشت. سفیدپوستان، افراد مسن‌تر و مرفه‌تر رضایت بیشتری از خدمات بهداشتی درمانی داشتند. ولی بین دو جنس، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. [۸]

این مطالعه با هدف تعیین عوامل مؤثر بر رضایتمندی دارندگان دفترچه بیمه روستایی از خدمات پزشکی خانواده در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار به انجام رسیده است. تا از این طریق، نقاط قوت و ضعف مراکز مجری برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده شناسایی و دلایل رضایتمندی یا نارضایتی مردم مشخص شده و راه‌حل‌های پیشنهادی به مسئولین اجرایی برنامه ارائه گردد.

روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی بود و در جمعیت روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر تحت پوشش برنامه پزشکی خانواده دانشگاه علوم پزشکی سبزوار در سال ۱۳۹۰ انجام گردید. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه بود و داده‌ها توسط کارکنان بهداشتی آموزش دیده و مصاحبه با افراد، گردآوری گردید. پرسشنامه دارای دو بخش می‌باشد:

بخش الف: اطلاعات زمینه‌ای و دموگرافیک و بخش ب: سؤالات مربوط به سنجش میزان رضایتمندی دارندگان دفترچه بیمه روستایی را پوشش می‌داد. پاسخ‌ها به صورت مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت بود. این پرسشنامه دارای هشت بعد به شرح زیر بود: مراقبت و تکریم، ایمنی و رفاه، اعتماد و اعتقاد به عملکرد، زمان انتظار، سودمندی اقدامات، میزان هزینه پرداختی، عملکرد واحدهای پیراپزشکی و دسترسی به موقع به واحدهای ارائه خدمات در مراکز بهداشتی درمانی. حداکثر امتیاز رضایتمندی در هر بعد ۲۵ و حداقل آن پنج و در خصوص رضایتمندی کلی نیز حداکثر امتیاز ۲۰۰ و حداقل

تحصیلات دوره ابتدایی و ۴.۴ درصد نیز دارای تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر از آن بوده اند (جدول شماره ۱).

جدول ۱: فراوانی متغیرهای دموگرافیک نمونه‌های پژوهش

| متغیر | تعداد | درصد | |
|------------|--------------------|------|------|
| جنسیت | مرد | ۳۳۵ | ۹.۲۷ |
| | زن | ۸۶۴ | ۱.۷۲ |
| تحصیلات | بیسواد | ۳۸۳ | ۹.۳۱ |
| | ابتدایی | ۳۸۹ | ۴.۳۲ |
| | راهنمایی | ۱۸۹ | ۸.۱۵ |
| | دبیرستان | ۱۸۶ | ۵.۱۵ |
| | فوق دیپلم و بالاتر | ۵۲ | ۴.۴ |
| | کشاورز | ۲۴۹ | ۸.۲۰ |
| شغل | کارمند | ۱۹ | ۶.۱ |
| | خانه دار | ۸۲۶ | ۹.۶۸ |
| | آزاد | ۶۹ | ۷.۵ |
| وضعیت تاهل | محصل | ۳۶ | ۳ |
| | متاهل | ۱۰۲۸ | ۷.۸۵ |
| | مجرد | ۱۷۱ | ۳.۱۴ |

و در بعد اعتماد و اعتقاد به عملکرد پزشک خانواده با نمره 9.83 ± 2.83 دارای کمترین میزان رضایتمندی بوده اند. همچنین میزان رضایتمندی کل از برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی 86.73 ± 20.86 به دست آمده است. (جدول شماره ۲) میزان رضایتمندی کلی پاسخگویان و نیز رضایتمندی آن‌ها در هر یک از ابعاد نشان می دهد.

نتایج نشان داد که همجنس بودن پزشک برای ۲۵.۳ درصد از نمونه‌های پژوهش اهمیتی نداشته و برای ۲۳.۴ درصد ایشان دارای اهمیت خیلی زیاد بوده است. در هشت بعد مورد بررسی رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده، نمونه‌های پژوهش در بعد میزان هزینه پرداختی بابت خدمات ارائه شده با نمره رضایت 4.16 ± 12.38 دارای بیشترین میزان رضایتمندی

جدول ۲: میزان رضایتمندی نمونه‌های پژوهش به تفکیک ابعاد پرسشنامه مورد استفاده

| شاخص | رضایتمندی کلی | ابعاد و رضایتمندی کلی |
|---|---------------|-----------------------|
| میانگین | ۷۳.۸۵ | ۲۳.۱۰ |
| انحراف معیار | ۸۶.۲۰ | ۲۲.۳ |
| رضایتمندی کل | ۹۴.۱۰ | ۴.۳ |
| ایمنی و رفاه در زمان دریافت خدمات از پزشک خانواده | ۳۸.۱۲ | ۸۷.۳ |
| میزان هزینه پرداختی بابت خدمات ارائه شده در برنامه پزشک خانواده | ۴۶.۱۰ | ۸۳.۲ |
| سودمندی اقدامات پزشک خانواده | ۱۷.۱۰ | ۷۲.۴ |
| زمان انتظار برای دریافت خدمات پزشک خانواده | ۸.۹ | ۵۵.۳ |
| اعتماد و اعتقاد به عملکرد پزشک خانواده | ۰.۱.۱۱ | ۷۲.۴ |
| عملکرد واحدهای پیروپزشکی در برنامه پزشک خانواده | ۳۸.۱۱ | ۸۷.۳ |
| فراهم بودن و دسترسی به پزشک خانواده | ۲۳.۱۰ | ۴.۳ |
| مراقبت و تکریم پزشک خانواده | ۲۳.۱۰ | ۲۲.۳ |

ساکنین روستا (۲۰.۳۲±۸۴.۳۲) بوده و این اختلاف معنی دار بود. بر اساس آزمون t، بین نوع مرکز دریافت خدمات و میزان رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده رابطه معنی دار آماری وجود دارد. میانگین رضایتمندی دریافت کنندگان خدمت از مراکز خصوصی (۲۲.۵۵±۹۷.۲۷) بیشتر از رضایتمندی دریافت کنندگان خدمت از مراکز دولتی (۲۰.۵±۸۴.۹۱) بود و این اختلاف معنی دار است (جدول شماره ۳)

آزمون آماری t نشان داد که بین جنس و وضعیت تأهل نمونه‌های مورد پژوهش و میزان رضایتمندی ایشان از برنامه پزشک خانواده رابطه معنی دار آماری وجود ندارد. این آزمون همچنین نشان داد که بین محل سکونت نمونه‌های مورد پژوهش و میزان رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده رابطه معنی دار آماری وجود دارد. میانگین رضایتمندی ساکنین مناطق شهری (۲۲.۶۴±۹۷.۴۲) بیشتر از رضایتمندی

جدول ۳: نتایج حاصل از آزمون آماری t-test بر روی عوامل مورد مطالعه

| متغیر | t | p-value |
|-----------------------|--------|---------|
| جنس | ۰.۱۰۷ | ۰.۹۱۵ |
| وضعیت تأهل | -۰.۲۵۷ | ۰.۷۹۷ |
| محل سکونت | -۶.۳۱۶ | ۰.۰۰۰ |
| نوع مرکز دریافت خدمات | ۴.۷۷۱ | ۰.۰۰۰ |
| سطح تحصیلات | ۴۲۱.۳ | ۰.۰۰۰ |

($\beta_1 = 142.0$) و محل سکونت ($\beta_4 = 157.0$) توضیح دهنده رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده هستند. ($R^2 = 0.57$)

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که بالاترین سطح رضایتمندی در برنامه پزشک خانواده، از میزان هزینه پرداختی برای دریافت خدمات می باشد که با نتایج مطالعه جعفری [۶] مطابقت دارد. با توجه به عدم پرداخت حق بیمه سالانه (Premium)، تعرفه پایین ویزیت پزشک و خدمات دارویی در برنامه پزشک خانواده (ده درصد فرانشیز) و ارائه خدمات رایگان پانسمان و تزریقات، رضایت بالا از میزان هزینه پرداختی قابل توجه می باشد. از طرفی بعد اعتماد و اعتقاد به عملکرد پزشک خانواده دارای کمترین میزان رضایتمندی است که از علل احتمالی آن می توان به جا به جایی بالای پزشکان خانواده و جوان و کم تجربه بودن ایشان در ارائه خدمات درمانی به جمعیت تحت پوشش اشاره نمود. بر اساس نتایج به دست آمده بین محل

تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین سن (40.41 ± 16.19) نمونه‌های مورد پژوهش و میزان رضایتمندی ایشان از برنامه پزشک خانواده رابطه معنی دار آماری وجود ندارد ($P = 0.699$). تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آنالیز واریانس نشان داد که بین سطح تحصیلات و میزان رضایتمندی پاسخگویان از برنامه پزشک خانواده رابطه معنی دار آماری وجود دارد. ($P = 0.000$, $df = 4$) اما شغل پاسخگویان ($P = 0.437$, $df = 4$) و هم جنس بودن پزشک با پاسخگو ($P = 0.241$, $df = 4$) تأثیر چشمگیری بر میزان رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده نداشت. بر اساس آزمون‌های انجام شده، بین میزان رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده با متغیرهای سطح تحصیلات، محل سکونت و نوع مرکز ارائه دهنده خدمات رابطه معنی دار آماری دیده شد. لذا مادامی که این سه متغیر به عنوان متغیر مستقل وارد مدل رگرسیون شدند، نتایج حاصل نشان داد که تحصیلات

تحصیلات و رضایتمندی از خدمات رابطه معنی دار آماری وجود دارد که این امر با نتایج مطالعه جعفری و هال [۶،۷] مطابقت ندارد. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که بین شغل و رضایتمندی از خدمات رابطه معنی دار آماری وجود ندارد که این امر با نتایج مطالعه جعفری [۶] همخوانی نداشت.

با توجه به نتایج به دست آمده و در راستای ارتقاء رضایتمندی بیماران از برنامه پزشک خانواده، باید با ایجاد شرایط مطلوب رفاهی - زیستی، ماندگاری پزشکان خانواده در مراکز بهداشتی درمانی بیشتر شده و همچنین مهارت‌های بالینی ایشان با برگزاری دوره‌های مدون بازآموزی ارتقاء یابد.

تشریح و قدردانی

این مقاله حاصل اجرای طرح پژوهشی شماره ۳۸۹۰۹۱۵۳۷-۸۹/۱۰/۴ مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار می باشد. بدینوسیله از حمایت‌های مالی و معنوی حوزه معاونت آموزش، تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی سبزوار سپاسگزاری می شود. همچنین از تلاش پرسشگران و همکاری شرکت کنندگان در این پژوهش قدردانی می‌گردد.

سکونت (دسترسی و فاصله تا مرکز ارائه دهنده خدمت) و رضایتمندی از خدمات رابطه معنی دار آماری وجود داشت که با نتایج مطالعه جعفری [۶] مطابقت دارد. با توجه به استقرار تیم پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی مستقر در نقاط شهری و دسترسی آسان به خدمات و همچنین تمایل بیشتر پزشکان و پیراپزشکان با تجربه و دارای سابقه کاری بالاتر به اشتغال در مراکز شهری این اختلاف رضایتمندی قابل توجیه می باشد. از میان ۳۵ مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده، چهار نقطه شهری تحت پوشش پزشکان خصوصی طرف قرارداد مستقیم با بیمه و مابقی تحت پوشش معاونت بهداشتی دانشگاه می باشند. با توجه به اینکه پزشکان بخش خصوصی معمولاً از ابتدای اجرای برنامه (شش سال) به طور ثابت طرف قرارداد بیمه خدمات درمانی هستند و در مقایسه با مراکز دولتی ارائه دهنده خدمات درصد تغییرات پزشکان خانواده بسیار پایین تر می باشد. همچنین پزشکان بخش خصوصی مستقر در مراکز شهری دارای سابقه کاری بیشتری نیز در همان مناطق هستند که این عوامل در رضایتمندی بیشتر مراجعین، تأثیر قابل توجهی خواهد داشت. همچنین بر اساس نتایج این پژوهش بین جنس و رضایتمندی از خدمات رابطه معنی دار آماری وجود نداشت که این امر با نتایج مطالعه جعفری، هال و کمپیل [۶،۷ و ۸] مطابقت دارد. بر اساس نتایج به دست آمده از این مطالعه بین وضعیت تأهل و رضایتمندی از خدمات پزشک خانواده، رابطه معنی دار آماری وجود نداشت که این امر با نتایج مطالعه جعفری [۶] مطابقت دارد ولی با نتایج مطالعه هال و کمپیل [۷،۸] همخوانی نداشت. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که بین سن و رضایتمندی از خدمات رابطه معنی دار آماری وجود ندارد که این امر با نتایج مطالعه جعفری، هال و کمپیل [۶،۷ و ۸] همخوانی ندارد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، بین سطح

References

1. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultation in general practice. *British Journal of General Practice*, December 1990, 487-490 pp.
2. National Office of Health Sector Reform. Ministry of Health and Medical Education. Health Sector Reform in Islamic Republic of Iran. Tehran. 2007 (in Persian)
3. Ministry of Health and Medical Education. Executive Instruction of Family medicine and Rural Insurance. Tehran. 2009 (in Persian)
4. Department of Health. Ministry of Health and Medical Education. Family medicine and Referral System in Islamic Republic of Iran. Tehran. 2007 (in Persian)
5. Jamshidi H, et al. Performance Monitoring of Family medicine. National Office of Health Sector Reform. Nashre andishe. Tehran. 2006. (in Persian)
6. Jafari F, Zaieri F, Johari Z, Ramezankhani A & Sayyah Iran Z. Evaluation of Satisfaction and its Determinants in health Center Customers. *Daneshvare Salamat*, 14 (66), p 15. 2006.
7. Hall J A, Michael C. Dornan. Patient socio-demographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. Department of psychology, Northern University, Boston, 2004, MA 02115, USA.
8. Campbell J L, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patient's assessments of primary health care. *Quality in Health Care Journal*, 2002, No 10, 90-95 pp.



Factors Determining Satisfaction with Family Practitioner Program from the Perspective of Rural Insurance Card holders affiliated with Sabzevar University of Medical of Sciences 2011

Raeissi P¹/ Ghorbani A²/ Tabarraie Y³

Abstract

Introduction: The family Practitioner and referral system is one of the main programs of the 4th social and economical development plans in health sector. Client satisfaction is a basic index in payment mechanism and performance monitoring process in family practitioner program. This study aimed to determine factors effective in the satisfaction of insured rural population of Sabzevar University of Medical Sciences.

Methods: This cross-sectional study was conducted in rural population of Sabzevar in 2011. Data were collected by a valid and reliable questionnaire and were analyzed using independent t-test, ANOVA, Pearson Correlation coefficient and simple linear regression.

Results: In the 8 aspects surveyed (care and reverence, safety and welfare, trust and belief in performance, waiting time, usefulness of actions, payment costs, paramedical unit performance and on time accessibility), the highest and the lowest levels of satisfaction were observed in payment costs, trust and belief in family practitioner performance, respectively. The correlation between sex, age, job, and marital status, and satisfaction rate was not significant. However, the relationship between residence, education, type of center and satisfaction of family practitioner was significant. Based on linear regression model, there was a significant correlation between patient satisfaction with family practitioner, residence, education, and the type of the center rendering services.

Discussion: The results show that higher level of education, place of residence, and delivery from urban health centers may lead to more client satisfaction.

Keywords: Satisfaction, Family Practitioner, Sabzevar University of Medical Sciences, Iran

• Received: 15/July/2012 • Modified: 29/July/2012 • Accepted: 18/Sep/2012

1. Associate Professor of Research and Analyses Department, School of Health Management and Information Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Corresponding Author (Raeissi2009@yahoo.com)

2. Instructor, Social Medicine Department, School of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

3. Instructor, Biostatistics Department, School of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

