

Satisfaction Rate of Service Recipients and Providers of Rural Family Physician Program in Iran: A systematic Review and Meta-analysis

Mahmood Moosazadeh¹,
Ghasem Abedi²,
Fereshteh Farshidi³,
Seyed Abolhasan Naghibi⁴,
Farideh Rostami³,
Amin Afsharimoghaddam⁵

¹ Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Health Sciences Research Center, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Associate Professor, Department of Public Health, Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ MSc in Health Care Management, Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Public Health, Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ Assistant Professor, Department of Surgery, School of Medicine, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

(Received July 4, 2015 Accepted September 21, 2015)

Abstract

Background and purpose: Measuring the satisfaction of service recipients and service providers is one of the main key indices for evaluation of rural family physician program. So far, 10 years has passed since this program was implemented and different results have been published. In this study we aimed to estimate the overall level of both service recipients and service providers' satisfaction using meta-analysis.

Materials and methods: National and international databases were reviewed and articles published in March 2005 to April 2015 were identified. We also investigated the study references and interviewed some researchers to enhance the search sensitivity. Eligible papers for final meta-analysis were selected after quality assessment and application of inclusion/exclusion criteria. There was a significant heterogeneity between the results of the studies, therefore, random effects model was applied to estimate the total level of stakeholder satisfaction using Stata SE. V.11.

Results: This meta-analysis included 18 relevant studies investigating the satisfaction level of 8009 service recipients and 921 service providers. Total levels of satisfaction among service recipients and service providers regarding the rural family physician program were estimated to be 54.03% (40.6- 67.4) and 50.4% (27.8-73.03), respectively.

Conclusion: The current study showed a moderate level of satisfaction regarding the rural family physician program among stakeholders.

Keywords: Family physician, satisfaction, job satisfaction, physician, midwife

J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 25(131): 165-180 (Persian).

میزان رضایت گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه مرور ساختاریافته و متاآنالیز

محمود موسی زاده^۱

قاسم عابدی^۲

فرشته فرشیدی^۳

سید ابولحسن نقیبی^۴

فریده رستمی^۳

امین افشاری مقدم^۵

چکیده

سابقه و هدف: سنجش میزان رضایت گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت یکی از محوری ترین شاخص های ارزیابی کیفیت برنامه پزشک خانواده روستایی می باشد. با توجه به گذشت حدود ۱۰ سال از اجرای این برنامه و وجود نتایج متنوع از میزان رضایت برنامه پزشک خانواده روستایی در بین مقالات منتشر شده، هدف این مطالعه تعیین میزان رضایت گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت از این برنامه در ایران با استفاده از متاآنالیز می باشد.

مواد و روش ها: با جستجو در پایگاه های اطلاعاتی ملی و بین المللی، مقالات مرتبط منتشر شده در فاصله زمانی فروردین ۱۳۸۴ الی ۱۰ اردیبهشت ۱۳۹۴ مورد بررسی قرار گرفت. بررسی منابع و مذاکره با مراکز تحقیقاتی و پژوهشگران مرتبط با موضوع جهت افزایش حساسیت جستجو انجام گرفت. بر اساس نتایج ارزیابی کیفیت و معیارهای ورود و خروج، مقالات نهایی جهت ورود به متاآنالیز انتخاب شد. با توجه به وجود هتروژنیته بین مطالعات اولیه، با استفاده از نرم افزار Stata از مدل اثر تصادفی برای برآورد کلی میزان رضایت گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت استفاده شد.

یافته ها: در این متاآنالیز و مرور سیستماتیک ۱۸ مقاله مرتبط وارد مطالعه شد و میزان رضایت ۸۰۰۹ نفر از گیرندگان خدمت و ۹۲۱ نفر از ارائه دهندگان خدمت تعیین گردید. نتایج متاآنالیز نشان داد که با استفاده از مدل اثر تصادفی، میزان رضایت گیرندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی (۶۷/۴-۴۰/۶) و میزان رضایت ارائه دهندگان خدمت (۷۳/۰۳-۲۷/۸) ۵۰/۴ درصد است.

استنتاج: میزان رضایت گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی ایران در سطح متوسط قرار دارد.

واژه های کلیدی: پزشک خانواده، رضایت، گیرندگان خدمت، رضایت شغلی، پزشک، ماما

مقدمه

از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، پزشک خانواده مرکز تلاش های جهانی برای بهبود کیفیت، هزینه اثربخشی و برابری در نظام سلامت است (۱). برنامه پزشک خانواده روستایی در ایران در سال ۱۳۸۴ به عنوان یک طرح

^۱ این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۱۵۵۷ است که توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران تامین شده است.

E-mail: iq134589@yahoo.com

مؤلف مسئول: قاسم عابدی - ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت

۱. استادیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دانشیار، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. استادیار، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵. استادیار، گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۴/۱۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۴/۲۹ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۶/۳۰

اساسی سلامت به منظور بهبود سطح دسترسی مردم و ارتقا کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی راه‌اندازی شد (۲). از جنبه‌های مهم ارزیابی کیفیت برنامه، سنجش میزان رضایت جمعیت تحت پوشش و هم‌چنین ارائه دهندگان خدمت می‌باشد. گرفتن بازخورد بیماران از کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، یک شاخص مهم در ارزیابی و بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و نیز روشی قدرتمند جهت توسعه روش‌های بیمار محور در ارائه خدمات بهداشتی است (۳،۴). در مطالعه‌ای که به منظور ارزیابی رضایت بیماران از برنامه پزشک خانواده در اسلوانی انجام گرفت، ۵۸/۲ درصد از بیماران، دسترسی به خدمات پزشک خانواده را بسیار خوب توصیف کردند، درحالی که رضایت از زمان انتظار برای گرفتن خدمات، به عنوان ضعیف‌ترین عامل گزارش شد (۵). در مطالعه دیگر در آلمان، ۷۴ درصد بیماران به خصوص سالمندان از خدمات پزشک خانواده به عنوان اولین سطح تماس راضی بودند که ممکن است به علت ایجاد رابطه صمیمی‌تر، ارائه توضیحات بیش‌تر و یا احساس مسئولیت و در نتیجه دقت بیش‌تر در ارائه خدمات به افراد با نیازهای خاص (بیماران روانی، کودکان، مراقبت‌های مامایی و سالمندان) باشد (۶).

مطالعات متعددی در ارتباط با کیفیت برنامه پزشک خانواده و رضایت از آن در نقاط مختلف ایران انجام شده که نتایج متفاوتی ارائه شده است. در مطالعه برهانی نژاد و همکاران در شهرستان کرمان، رضایت‌گیرندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده در مرکز بهداشت شهرستان کرمان در سطح نسبتاً مطلوبی گزارش گردید (۷). علی بابایی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان تعیین کیفیت خدمات تیم پزشک خانواده از دیدگاه گیرندگان خدمت در شهرستان عجب شیر، بیش‌ترین میزان رضایت را از شاخص کارایی در بخش بهداشت مادر و کودک و کم‌ترین میزان رضایت را در حیطه فراهم بودن گزارش نمودند (۸). در مطالعه جباری و همکاران سطح رضایت پزشکان خانواده از برنامه بسیار پایین بوده است (۴). نتایج

پژوهشی با عنوان رضایت شغلی ماماها از برنامه پزشک خانواده روستایی در شهرستان رشت نشان داده که رضایت شغلی به ویژه در جنبه‌های رفاهی شغلی ضعیف است (۹). در نظام مراقبت بهداشتی و درمانی بایستی هم برای مردم حق استفاده مناسب از خدمات بهداشتی و درمانی فراهم شود و رضایت آن‌ها جلب گردد، هم ارائه‌دهندگان خدمت (پزشکان و ماماها) با میل و رغبت عنوان پزشک خانواده را انتخاب کنند. از آنجایی که برنامه پزشک خانواده یکی از گران‌قیمت‌ترین واحدها در نظام سلامت کشور و نیز یک موقعیت بسیار مهم با مسئولیت‌های سنگین می‌باشد و بخش زیادی از منابع مالی را جذب می‌کند، ارزیابی این برنامه از ضروریات است (۴).

بر اساس جستجوهای به عمل آمده، نتایج مطالعات ذکر شده در ارتباط با میزان رضایت مراجعین و پزشکان و ماماها از برنامه پزشک خانواده روستایی ایران متنوع و از گستردگی قابل ملاحظه‌ای برخوردار است. این تنوع، برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران را در استفاده از نتایج مطالعات اولیه با محدودیت‌هایی مواجه می‌نماید. یکی از مهم‌ترین راهکارها جهت یکپارچه و ترکیب نمودن نتایج مطالعات اولیه، روش مطالعاتی متاآنالیز و مرور سیستماتیک می‌باشد که شواهد و مستندات معتبری را فراهم می‌نماید (۱۰،۱۱). به همین دلیل، هدف مطالعه حاضر تعیین میزان رضایت ارائه‌دهندگان (پزشکان و ماماها) و گیرندگان خدمت (مردم) از برنامه پزشک خانواده روستایی ایران می‌باشد.

مواد و روش‌ها

استراتژی جستجو

در این پژوهش برای یافتن مطالعات انتشار یافته به صورت الکترونیکی از فروردین ۱۳۸۴ الی دهم اردیبهشت ۱۳۹۴، پایگاه‌های اطلاعاتی ملی SID، Magiran و Irandoc و بین‌المللی PubMed، Scopus، Google scholar و Science direct مورد

جستجو قرار گرفت. استراتژی جستجوی مقالات با استفاده از کلید واژه‌های فارسی رضایت بیماران، رضایت مراجعین، رضایت پزشکان، رضایت ماما، رضایت شغلی، پزشک خانواده، بیمه روستایی، ایران و معادل انگلیسی آن‌ها بوده است. جستجو در فاصله زمانی ۱۱ اردیبهشت الی ۳۱ خرداد انجام گرفت. هم‌چنین لیست منابع مطالعات انتشار یافته جهت افزایش حساسیت و انتخاب تعداد بیش‌تری از مطالعات بررسی گردید. ارزشیابی جستجو توسط دو نفر از پژوهشگران (م.م و ف.ر) به صورت تصادفی انجام شد که مشخص گردید، مطالعه‌ای حذف نشده است. هم‌چنین با مراکز تحقیقاتی و افراد صاحب‌نظر در این رشته جهت یافتن مطالعات منتشر نشده مذاکره شد.

انتخاب مطالعات: متن کامل یا خلاصه تمامی مقالات، مستندات و گزارش‌های حاصل از جستجوی پیشرفته استخراج گردید. بعد از حذف موارد تکراری، به ترتیب با بررسی عنوان، چکیده و متن کامل مقالات نسبت به حذف موارد غیر مرتبط اقدام گردید و مقالات مرتبط انتخاب شد. لازم به ذکر است که جهت پیشگیری از تورش ناشی از چاپ مجدد (تورش انتشار عرضی و طولی)، بررسی یافته‌ها برای شناسایی و حذف پژوهش‌های تکراری در دستور کار محققین بوده است. هم‌چنین فرایند انتخاب مطالعات توسط دو نفر از پژوهشگران به صورت مستقل انجام گرفت و موارد تناقض با حضور پژوهشگر سوم بررسی و سپس تصمیم‌گیری برای حذف یا انتخاب آن انجام می‌گرفت.

ارزیابی کیفیت: پس از تعیین مطالعات مرتبط از لحاظ عناوین و محتوا، جهت ارزیابی کیفیت مستندات از چک لیستی که در مطالعات قبلی استفاده شده بود، بهره گرفته شد (۱۲). این چک لیست که با بررسی محتوای چک لیست STROB (۱۳) تهیه شده است، شامل ۱۲ سوال است که جنبه‌های متنوع متدولوژی اعم از تعیین حجم نمونه مناسب، نوع مطالعه، روش نمونه‌گیری، جامعه پژوهش، روش جمع‌آوری داده‌ها،

تعریف متغیرها و نحوه بررسی نمونه‌ها، ابزار جمع‌آوری داده‌ها، آزمون‌های آماری، اهداف مطالعه، ارائه یافته‌ها به شکل مناسب و ارائه نتایج بر اساس اهداف را پوشش می‌دهد. برای هر یک از سوالات یک امتیاز منظور شد و هر مطالعه‌ای که حداقل ۸ امتیاز (۱۲) را کسب نموده باشد، وارد متاآنالیز شد. معیارهای ورود مطالعات: همه مطالعات فارسی و انگلیسی که پس از مراحل فرایند ارزیابی و کسب امتیاز لازم، میزان رضایت ارائه‌دهندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی شامل پزشکان و ماماها و میزان رضایت گیرندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی شامل مردم، مراجعین و بیماران را تعیین نموده بودند، انتخاب شدند.

معیارهای خروج مطالعات: مطالعاتی که میزان رضایت گیرندگان خدمت از پزشک خانواده و هم‌چنین میزان رضایت ارائه‌دهندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده را گزارش نکرده بودند، مطالعاتی که حجم نمونه آن مشخص نبوده است، مطالعاتی که حداقل نمره ارزیابی را کسب نکرده بودند، مطالعاتی که از نوع گزارش مورد، گزارش موارد، مورد-شاهدی و مداخله‌ای بودند.

استخراج داده‌ها: داده‌ها برای هر مطالعه بر اساس عنوان مقاله، نام نویسنده نفر اول، سال انجام مطالعه، محل انجام مطالعه، حجم نمونه در هر مطالعه، میانگین سن در هر مطالعه، نوع مطالعه، روش نمونه‌گیری، میزان رضایت کلی از برنامه پزشک خانواده و سطح معنی‌داری ارتباط بین میزان رضایت با متغیرهای تاهل، جنسیت، تحصیلات و سن داده‌ها استخراج شد. هم‌چنین استخراج داده‌ها توسط دو نفر از پژوهشگران در صفحه گسترده اکسل انجام گرفته است.

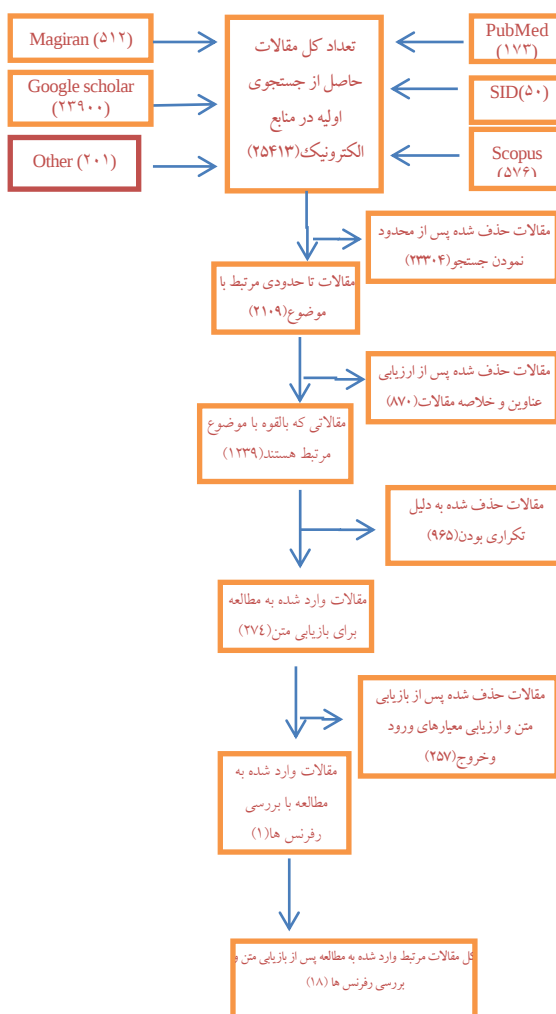
آنالیز: داده‌ها برای آنالیز به نرم‌افزار Stata انتقال داده شدند. خطای معیار میزان رضایت گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت در هر مطالعه بر اساس فرمول توزیع دو جمله‌ای محاسبه شد. در نهایت شاخص هتروژنیته بین مطالعات با استفاده از آزمون کوکران (Q) و I-square تعیین گردید. از مدل اثر تصادفی برای برآورد

یافته‌ها

با جستجوی اولیه در پایگاه‌های اطلاعاتی ملی و بین‌المللی تعداد ۲۵۴۱۳ مستند شناسایی شد که بعد از محدود نمودن استراتژی جستجو و افزایش ویژگی آن تعداد مقالات تا حدودی مرتبط به ۲۱۰۹ مورد رسید. با بررسی عناوین و خلاصه مقالات، ۸۷۰ مورد مقاله حذف شد و تعداد مقالات مرتبط به ۱۲۳۹ مورد کاهش یافت. هم‌چنین ۹۶۵ مورد به دلیل همپوشانی پایگاه‌های اطلاعاتی حذف گردید. در ادامه متن کامل ۲۷۴ مقاله جهت ارزیابی معیارهای ورود و خروج و کیفیت مورد بررسی قرار گرفت که ۲۵۷ مورد آن به دلیل مرتبط نبودن و یا دارا نبودن معیارهای ورود حذف گردید. هم‌چنین یک مقاله با بررسی رفرنس‌ها یافت شد که در نهایت ۱۸ مقاله (۹۰۴-۲۷۰-۱۴) وارد فرایند متاآنالیز و مرور سیستماتیک شد. (جداول شماره ۱ و تصویر شماره ۱).

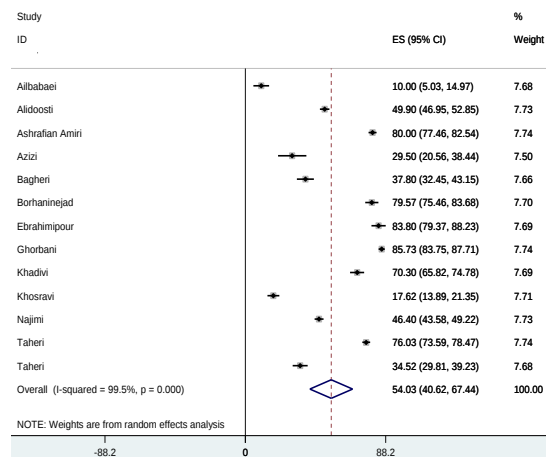
لازم به ذکر است دو مورد از مقالات مرتبط، مقاله مفتون و همکاران به دلیل عدم گزارش شاخص مورد نظر و دیگری مقاله جنتی و همکاران به دلیل عدم گزارش حجم نمونه حذف شد. هم‌چنین یکی از مقالات که در جمعیت سبزوار انجام شده، دوبار چاپ شده است که شامل مقاله رئیسی و همکاران و قربانی و همکاران بوده که یکی از این مقالات وارد مطالعه شد. زبان انتشار ۱۵ مقاله از ۱۸ مقاله مورد بررسی فارسی بوده است. نوع مطالعه در تمامی مقالات از نوع مقطعی بوده و روش نمونه‌گیری در ۶ مقاله از نوع تصادفی، ۶ مقاله از نوع خوشه‌ای و چند مرحله‌ای و ۶ مقاله از نوع سرشماری بوده است. سال انتشار مقالات از ۱۳۹۰ الی ۱۳۹۴ بوده است. میزان رضایت مراجعین از برنامه پزشکی خانواده از ۱۰ درصد در مطالعه علی بابایی تا ۸۵/۷ درصد در مطالعه قربانی متغیر بوده است که بعد از تطبیق با آنالیز بیزین مقدار آن به ترتیب به ۱۰/۵ تا الی ۸۵/۷ درصد محدود شد. در بین ۱۳ مطالعه، رضایت ۸۰۰۹ نفر از گیرندگان خدمت در ارتباط با برنامه

میزان رضایت گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمت استفاده شد. علاوه بر این برای به حداقل رساندن پراکندگی تصادفی بین برآورد نقطه‌ای مطالعات، یافته‌های تمامی مطالعات با استفاده از آنالیز بیزین adjusted شده است. در نهایت با استفاده از روش متارگرسیون اثرات متغیرهای که به عنوان منابع احتمالی مظنون به ایجاد هتروژنیته در مطالعه تعیین شده بودند، با استفاده از دستور متارگرسیون در نرم‌افزار stata ver.11 مورد بررسی قرار گرفتند. برآورد نقطه‌ای میزان رضایت ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت با فاصله اطمینان ۹۵ درصد در نمودار انباشت (forest plots) محاسبه شدند که در این نمودار اندازه مربع نشان دهنده وزن هر مطالعه و خطوط دو طرف آن فاصله اطمینان ۹۵ درصد را نشان می‌دهد.



تصویر شماره ۱: روند جستجو و انتخاب مطالعات اولیه

پزشک خانواده روستایی مورد ارزیابی قرار گرفت. میزان رضایت کلی گیرندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی بر اساس مدل اثر تصادفی (۶۷/۴ - ۴۰/۶) ۵۴/۰۳ درصد برآورد گردید. ضمناً شاخص هتروژنیتی بین مطالعات اولیه زیاد بوده است (I^2 -squared = ۹۹/۵ درصد) ($Q = ۲۴۳۰/۹$, $p < ۰/۰۰۱$) (نمودار شماره ۲).

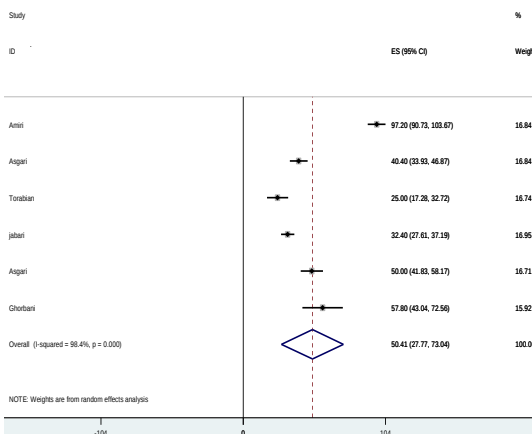


نمودار شماره ۲: میزان رضایت گیرندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی ایران بر حسب هر مطالعه و برآورد کلی

آنالیز حساسیت برای شناسایی مطالعات تاثیر گذار بر هتروژنیتی انجام گرفت. مطالعه های قربانی (با حجم نمونه ۱۱۹۹ نفر)، اشرفیان امیری (با حجم نمونه ۹۵۵ نفر)، خسروی (با حجم نمونه ۴۰۰ نفر) و نجمی (با حجم نمونه ۱۲۰۰ نفر) به عنوان مطالعات تاثیر گذار شناسایی شدند. با حذف این چهار مطالعه، میزان رضایت کلی (۶۸/۰۴ - ۳۶/۹) ۵۲/۵ درصد برآورد گردید ولی شاخص هتروژنیتی هم چنان بالا بوده است. ضمناً به دلیل کاهش تعداد مطالعات، متاآنالیز با تمامی مطالعاتی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انجام گرفت. دو متغیر سال انتشار و میانگین سنی جمعیت مورد مطالعه به عنوان عوامل مظنون به هتروژنیتی با استفاده از متارگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند که آزمون مورد نظر تفاوت معنی داری را از نظر آماری نشان نداده است. یعنی این عوامل تاثیر قابل ملاحظه ای بر هتروژنیتی نداشته اند ($p > ۰/۰۵$). هم چنین به طور کلی در بین تمام مطالعات اولیه مرتبط، میزان رضایت

۹۲۱ نفر از ارائه دهندگان خدمت مورد ارزیابی قرار گرفت. میزان رضایت ارائه دهندگان از ۲۵ درصد در مطالعه ترابیان تا ۹۷/۲ درصد در مطالعه امیری متغیر بوده است. بر اساس تطبیق نتایج مطالعات اولیه با آنالیز ییزین، میزان رضایت ارائه دهندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی به ۲۵/۵ درصد در مطالعه ترابیان تا ۹۶/۶ درصد در مطالعه امیری محدود شده است. میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات از برنامه پزشک خانواده روستایی ایران بر اساس مدل اثر تصادفی ۵۰/۴ درصد با فاصله اطمینان ۷۳/۰۳ - ۲۷/۸ بوده است (I^2 -squared = ۹۸/۴ درصد) ($Q = ۳۰۴/۵$, $p < ۰/۰۰۱$) و (نمودار شماره ۳). جنبه های مختلف مرتبط با میزان رضایت گیرندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی به شرح زیر ارائه شده است:

یکی از متغیرها، در دسترس بودن می باشد. این متغیر شامل دسترسی راحت و سریع به خدمات پزشک خانواده می باشد. در ۱۰ مورد از مطالعات اولیه وارد شده به پژوهش به این موضوع پرداخته شد. میزان رضایت از بعد در دسترس بودن در بین ۱۰ مطالعه از ۲/۳ درصد در مطالعه علی دوستی در روستاهای شهرکرد تا ۶۷/۵۱ درصد در مطالعه طاهری در استان مرکزی متغیر بوده است.



نمودار شماره ۳: میزان رضایت ارائه دهندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی ایران بر حسب هر مطالعه و برآورد کلی

نحوه برخورد و احترام به حقوق مراجعین یکی دیگر از متغیرهای مورد توجه در بین مقالات منتشر شده بوده

است. این بعد از رضایت شامل ارائه اطلاعات کافی در خصوص مشکلات بیماران، تعهد تیم پزشک خانواده در حفظ اسرار و تکریم مراجعین می‌باشد. این حیطه در ۱۱ مطالعه گزارش شده که میزان رضایت گیرندگان خدمت از این بعد از ۱۰/۲۳ درصد در مطالعه قربانی در جمعیت بیمه شده تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار الی ۸۷ درصد در مطالعه اشرفیان امیری در استان های شمالی ایران متغیر بوده است. بعد دیگری از رضایت فراهم بودن بوده است که شامل حضور منظم پزشک خانواده از ساعت ۸ صبح تا ۲ بعد از ظهر، ارائه خدمات پزشک خانواده برای بیماران اورژانسی از ساعت ۲ بعد از ظهر تا ۸ صبح روز بعد می‌باشد. این حیطه در ۷ مقاله مورد بررسی قرار گرفت که میزان رضایت از نظر فراهم بودن از صفر در مطالعه علی بابایی در شهرستان عجب شیر الی ۸۶ درصد در مطالعه اشرفیان امیری و همکاران متغیر بوده است. تداوم خدمات، متغیر دیگری از بررسی جنبه های رضایت بوده است که شامل ویزیت مراجعات مکرر و پیگیری هنگام ارجاع می‌باشد. در ۱۱ مطالعه میزان رضایت از این حیطه گزارش شده بود که از ۱۱ تا ۷۰ درصد متغیر بود. کم ترین میزان رضایت مربوط به پیگیری بعد از ارجاع در مطالعه علی دوستی و همکاران در روستائیان شهرستان شهرکرد بوده است و بیش ترین میزان رضایت مربوط به استان های شمالی در مطالعه اشرفیان امیری بوده است. یکی دیگر از ابعاد رضایت به موقع بودن ارائه خدمات می باشد که شامل مدت زمان انتظار، به موقع در اختیار قرار گرفتن خدمات تشخیصی (آزمایشگاهی و رادیولوژی) می‌باشد. در مقالات بررسی شده میزان رضایت از این حیطه در ۹ مطالعه گزارش شده بود که از ۱۰/۱۷ تا ۷۹ درصد متغیر بود. کم ترین میزان رضایت مربوط به مقاله قربانی در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و بیش ترین میزان رضایت مربوط به استان های شمالی در مطالعه اشرفیان امیری بوده است. هم چنین در ۶ مطالعه میزان رضایت از دانش و مهارت پزشکان و اعتقاد به

عملکرد آن ها گزارش شده بود که مقدار آن از ۱/۹ تا ۸۵ درصد متغیر بوده است. کم ترین میزان رضایت در مطالعه علی دوستی و همکاران در روستائیان شهرستان شهرکرد و بیش ترین میزان رضایت در مطالعه اشرفیان امیری و همکاران در استان های شمالی بوده است. میزان رضایت از هزینه پرداختی برای خدمات در ۷ مطالعه مورد بررسی قرار گرفت که میزان آن از ۱۰/۳ تا ۶۵/۱ درصد متغیر بوده است. بیش ترین میزان رضایت در مطالعه نجیمی در مناطق روستایی شهرستان اصفهان و کم ترین میزان رضایت هم در مطالعه خدیوی که در دو سال بعد از مطالعه نجیمی در مناطق روستایی شهرستان اصفهان انجام گرفت، گزارش شده است. هم چنین ۵ مطالعه به میزان رضایت از مناسب بودن امکانات و تسهیلات اشاره داشتند که در بین آن ها میزان رضایت از ۲/۱ تا ۸۱ درصد متغیر بوده است. بیش ترین میزان رضایت مربوط به مطالعه اشرفیان امیری در استان های شمالی و کم ترین میزان رضایت مربوط به مطالعه علی بابایی در شهرستان عجب شیر گزارش شده است. در ۳ مقاله میزان رضایت از خدمات پیراپزشکی بررسی شده بود که این میزان رضایت از ۱۱/۰۱ تا ۱۷/۵ متغیر بوده است. بیش ترین رضایت در مطالعه خسروی در روستائیان بردسیر و کم ترین میزان رضایت در مطالعه قربانی در جمعیت بیمه شده تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار گزارش شده بود. در ۱۰ مقاله رابطه رضایت مندی از برنامه پزشک خانواده و سن بیماران مورد بررسی قرار گرفت. در ۵ مقاله بین سن و رضایت مراجعین رابطه معنی دار آماری مشاهده نشد ولی در ۵ مقاله دیگر این رابطه معنی دار بود. نتایج در این ۵ مطالعه نشان داد افراد مسن تر رضایت بیش تری دارند. ضمناً ۷ مقاله به بررسی رابطه رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده و جنسیت گیرندگان خدمت پرداختند. در یک مقاله رابطه معنی دار آماری مشاهده شد و در ۶ مقاله دیگر بین جنسیت و رضایت مراجعین رابطه معنی دار آماری گزارش نگردید. در ۱۰ مقاله به بررسی رابطه

رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده و تحصیلات پرداخته شد. در ۶ مقاله مشخص شد بین تحصیلات و رضایت همبستگی معنی داری وجود دارد و با بالا رفتن سطح تحصیلات به طور معنی داری از میزان رضایت کاسته می شد. در ۴ مقاله بین سطح تحصیلات با رضایت تفاوت معنی داری مشاهده نگردید. هم چنین ۹ مقاله به بررسی رابطه رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده و وضعیت تاهل پرداختند. در سه مقاله بین رضایتمندی و وضعیت تاهل رابطه آماری معناداری مشاهده گردید و میانگین رضایت در افراد متاهل به طور معنی داری بیش تر بود. همچنین جنبه های مختلف مرتبط با میزان رضایت ارائه دهندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی به شرح زیر ارائه شده است:

در مطالعه امیری و همکاران در شاهرود رضایت پزشکان خانواده از نظام ارجاع سنجیده شد که کم ترین میزان رضایت از کیفیت و کمیت پسخوراند موارد ارجاعی به سطح ۲ با میانگین ۴/۳ درصد گزارش شده بود. در

مطالعه ترابیان و همکاران در همدان مشخص شد که پزشکان خانواده از ارتباط نامناسب درون سازمانی، عدم دریافت بازخورد از پزشکان متخصص و ارجاع معکوس، ناراضی هستند. در خصوص مکان ارائه خدمت و محیط سازمانی، در مقاله عسگری و همکاران در استان اصفهان بیش ترین رضایت مندی پزشکان از "مکان ارائه خدمت با میانگین ۶۳/۲۶ درصد گزارش شده بود. هم چنین در بین حیطه های سنجیده شده از رضایت، کم ترین رضایت مندی از "مسائل مالی" با میانگین ۱۲/۳۳ درصد در مطالعه عسگری و همکاران در استان اصفهان بوده است. در مطالعه امیری و همکاران در شاهرود رضایت پزشکان خانواده از ستاد برنامه پزشک خانواده سنجیده شد که در این مطالعه بیش ترین میزان رضایت از پرداخت به موقع حق الزحمه با میانگین ۷۸/۱ درصد بوده است. وجود محدودیت در ایفای نقش حرفه ای یکی از ابعاد میزان رضایت ارائه دهندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده بود که در مطالعه ترابیان و همکاران در همدان

جدول شماره ۱: ویژگی های مطالعات اولیه وارد شده به متاآنالیز در ارتباط با میزان رضایت گیرندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی

ردیف	نام نویسنده اول (رفرنس)	سال انتشار	استان انجام مطالعه	حجم نمونه	میانگین سن	میزان رضایت (درصد)	سطح معنی داری ارتباط بین میزان رضایت بر حسب سن	تحصیلات	جنسیت	وضعیت تاهل
۱	علی بابایی (۸)	۱۳۹۳	آذربایجان شرقی	۱۴۰	۳۲/۱	۱۰	$p < 0.05$	$p < 0.05$	$p < 0.05$	$p < 0.05$
۲	علی دوستی (۱۴)	۱۳۹۰	چهار محال و بختیاری	۱۱۰۰	۳۴/۲	۴۹/۹				
۳	اشرفیان امیری (۱۷)	۱۳۹۳	استان های شمالی	۹۵۵	۴۰/۲	۸۰				۰/۵۴۵
۴	عزیزی (۲۲)	۱۳۹۲	فارس	۱۰۰	۳۰/۴۲	۲۹/۵	$p < 0.05$	$p < 0.05$		
۵	باقری (۲۳)	۱۳۹۳	مازندران	۳۱۵	۳۵/۴۸	۳۷/۸	$p < 0.04$	$p < 0.002$	$p < 0.001$	$p < 0.005$
۶	برهانی زاد (۷)	۱۳۹۴	کرمان	۳۷۰	۳۶/۳	۷۹/۵۷	$p < 0.05$	$p < 0.001$	$p < 0.05$	$p < 0.003$
۷	ابراهیم پور (۲۱)	۱۳۹۱	خراسان رضوی	۲۶۶	۳۲/۵	۸۳/۸	۰/۶۷	۰/۷۴۱	۰/۵۱	۰/۷۴۱
۸	قربانی (۱۶)	۱۳۹۲	خراسان رضوی	۱۱۹۹	۴۰/۴۱	۸۵/۷۳	۰/۶۹۹	۰	۰/۹۱۵	۰/۷۹۷
۹	خدبویی (۱۹)	۱۳۹۲	اصفهان	۴۰۰	۳۰	۷۰/۳	۰/۹۱			
۱۰	خسروی (۲۰)	۱۳۹۳	کرمان	۴۰۰	۳۳/۶۸	۱۷/۶۲		۰/۳۶۲	۰/۵۹۳	۰/۳۹
۱۱	نجیمی (۱۸)	۱۳۹۰	اصفهان	۱۲۰۰	۱۷/۰۲	۴۶/۴	۰/۰۳	۰/۰۳	$p < 0.05$	$p < 0.05$
۱۲	طاهری (۲۴)	۱۳۹۳	مرکزی	۱۱۷۳	۳۸/۲۴	۳۴/۵۲	۰/۰۳	۰/۰۳	$p < 0.05$	$p < 0.05$
۱۳	طاهری (۱۵)	۱۳۹۰	مرکزی	۳۹۱						

جدول شماره ۲: ویژگی های مطالعات اولیه وارد شده به متاآنالیز در ارتباط با میزان رضایت ارائه دهندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی

ردیف	نویسنده اول (رفرنس)	سال انتشار	گروه هدف	استان انجام مطالعه	حجم نمونه	میزان رضایت (درصد)	جنس	سن	تاهل	سابقه خدمت در پزشک خانواده	تعداد جمعیت
۱	امیری (۲۵)	۱۳۹۱	پزشکان	سمنان	۲۵	۹۷/۲	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$
۲	عسگری (۲۶)	۱۳۹۱	پزشکان	اصفهان	۲۲۱	۴۰/۴	-	-	-	-	-
۳	ترابیان (۲۷)	۱۳۹۳	پزشکان	همدان	۱۲۱	۲۵	-	-	-	-	-
۴	جباری (۴)	۱۳۹۴	پزشکان	آذربایجان شرقی	۳۶۷	۳۲/۴	۰/۶۳	۰/۰۲۸	۰/۷۴۴	۰/۰۱۴	۰/۷۰۴
۵	عسگری (۲۶)	۱۳۹۱	ماما	اصفهان	۱۴۴	۵۰	-	-	-	-	-
۶	قربانی (۹)	۱۳۹۳	ماما	گیلان	۴۳	۵۷/۸	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.004$	$p > 0.05$	-

مشخص شد، وجود محدودیت در ایفای نقش حرفه‌ای، از دیگر دلایل نارضایتی پزشکان خانواده بود. امنیت شغلی بعد دیگری از رضایت بود که در مطالعه جباری و همکاران در آذربایجان شرقی کم‌ترین رضایت از حیطه امنیت شغلی با میزان ۱۸/۹ درصد و بیش‌ترین رضایت در حیطه همراهی با میزان ۴۸/۸ درصد ذکر شده بود. ارتباط رضایت پزشکان با تعداد جا به جایی، در مطالعه امیری و همکاران در شاهرود مورد بررسی قرار گرفت نتایج بیانگر رابطه معکوس بود. در دو مقاله جباری و همکاران در آذربایجان شرقی و مقاله امیری و همکاران در شاهرود ارتباط رضایت پزشکان با سابقه خدمت بررسی شد که در هیچ کدام رابطه معنی‌داری وجود نداشت. هم‌چنین در این دو مطالعه ارتباط بین رضایت پزشکان با جنسیت بررسی شد که رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. در مطالعه تراییان و همکاران در همدان، پزشکان زن از محدود بودن دارو و آزمایشات، نارضایتی بیش‌تری از پزشکان مرد داشتند. ارتباط بین رضایت پزشکان با سن و تاهل نیز در این دو مطالعه بررسی شد که در هر دو مطالعه رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. در مقاله قربانی و همکاران در رشت مشخص شد بین حیطه مسائل رفاهی شغل و وضعیت تاهل ارتباط معنی‌داری وجود دارد.

بحث

در این متاآنالیز و مرور سیستماتیک، میزان رضایت ۸۰۰۹ نفر از گیرندگان خدمت و ۹۲۱ نفر از ارائه‌دهندگان خدمت که شاخصی از کیفیت خدمات است، تعیین گردید. نتایج متاآنالیز نشان داد که میزان رضایت گیرندگان خدمت از برنامه پزشک خانواده روستایی ۵۴/۰۳ درصد و میزان رضایت ارائه‌دهندگان خدمت ۵۰/۴ درصد برآورد گردید. هم‌چنین بر اساس نتایج مرور سیستماتیک، گیرندگان خدمت، برنامه پزشک خانواده روستایی را از ابعاد و جنبه‌های در دسترس بودن، نحوه برخورد و احترام به حقوق مراجعین، فراهم بودن، تداوم خدمات، به موقع بودن، دانش و مهارت تیم پزشک خانواده،

هزینه پرداختی، امکانات و تسهیلات و خدمات پیراپزشکی بین صفر الی ۸۷ درصد ارزیابی نمودند. هم‌چنین ارائه‌دهندگان خدمت، نارضایتی‌هایی را از برنامه پزشک خانواده روستایی از نظر نظام ارجاع، مکان ارائه خدمت و محیط سازمانی، مسائل مالی، محدودیت در ایفای نقش، امنیت شغلی و تعدد جابه‌جایی پزشکان اعلام نمودند.

Kersine و Ropret در مطالعه خود در کشور اسلوانی در بررسی رضایت مراجعین پزشک خانواده گزارش نمودند که ۷۲/۹ درصد از بیماران از خدمات راضی بودند (۲۸). در مطالعات Ware میزان رضایت مراجعین در مراکز بهداشتی درمانی مسکو و بلغراد به ترتیب ۶۲ و ۸۵ درصد بوده است (۲۹). در مطالعه‌ای دیگر، دسترسی به خدمات، کارا بودن خدمات، اثربخش بودن، مداوم بودن مراقبت، زمان‌های صرف شده برای مشاوره، به موقع بودن خدمات و رابطه بین پزشک و بیمار را در رضایت بیماران مهم دانسته‌اند (۳۰). یکی از حیطه‌های مورد بررسی در میزان رضایت، دسترسی راحت و سریع به خدمات پزشک خانواده می‌باشد. در مطالعه‌ای که در اسلوانی در ارتباط با رضایت بیماران از پزشک خانواده انجام شد، ۵۸/۲ درصد از بیماران از دسترسی به خدمات بسیار راضی بودند (۵). در بررسی مقالات انجام شده در ایران، بیش‌ترین میزان رضایت از دسترسی در مطالعه طاهری در استان مرکزی (۶۷/۵۱ درصد) بوده است (۱۵). از دلایل در دسترس نبودن همیشگی پزشک، عدم سکونت پزشکان در مناطق روستایی به علت بومی نبودن آنان و مشکلات در جابجایی از مناطق شهری به روستایی اشاره شده و هم‌چنین مراجعه بیماران به مراکز بهداشتی در ساعاتی خاص و ازدحام در مراکز و البته مدیریت نامناسب در زمان نیز تاثیرگذار می‌باشد (۱۴). در یک مطالعه در ارتباط با مراقبت‌های بهداشتی اولیه گزارش گردید که مهم‌ترین ویژگی‌ها در زمینه فعالیت در پزشک خانواده رابطه خوب بین پزشک و بیمار است (۳۱). در پژوهشی در آلمان ۷۴ درصد بیماران از ایجاد رابطه صمیمی و احساس مسئولیت و توجه در ارائه توضیحات و خدمات

با نیازهای خاص هر بیمار راضی بودند (۶). در پژوهش دیگری در آمریکا ۹۷ درصد بیماران از همدلی و درستکاری پزشکان خانواده رضایت داشتند (۳۲). نتایج پژوهش مشابهی در بریتانیا که در سال ۲۰۰۷ انجام شد، نشان داد رضایت دریافت کنندگان خدمت با عواملی چون دسترسی، اثربخش بودن، زمان صرف شده برای مشاوره و به موقع بودن و روابط بین پزشک و بیمار در ارتباط است (۸). در بررسی حیطه‌های مختلف در مقالات بررسی شده، بالاترین رضایتمندی را رازداری پزشک و حیطه اعتماد و اعتقاد بیمار به عملکرد پزشک خانواده به خود اختصاص داد (۱۹، ۲۰). پژوهشگران بر این عقیده‌اند که این یافته‌ها می‌تواند ناشی از وجود فرهنگ احترام ویژه مردم کشورمان به پزشکان و روحیه لطیف و گذشت بیماران باشد. اما در مطالعه قربانی (۱۶) بر خلاف این نتایج حیطه اعتماد و اعتقاد به عملکرد پزشک دارای کم‌ترین میزان رضایتمندی بوده است که از علت آن پایین بودن میزان ماندگاری پزشکان خانواده و به کار گرفتن پزشکان کم تجربه و جوان در ارائه خدمات درمانی به جمعیت تحت پوشش ذکر شده است. در بررسی این حیطه کم‌ترین امتیاز رضایت متعلق به درگیر شدن در تصمیم‌گیری‌ها و قدرت انتخاب مراجعه‌کننده بود (۱۹، ۲۱). در ۲ مطالعه، متغیر ارائه اطلاعات کافی در خصوص مشکلات مشتریان کم‌ترین میزان رضایت را داشتند (۱۴۸). در یک مطالعه مشخص شد در بعد اطلاع رسانی و حمایت، بیش‌ترین رضایت از توضیح درباره آزمایش‌ها و روش‌های درمانی به کار گرفته شده برای بیمار (۴۵/۲ درصد) و کم‌ترین رضایت از عدم توجه به مشکلات عاطفی بیمار (۳۰/۰ درصد) بوده است (۲۱). فراهم بودن خدمت یکی از ابعاد ضروری کیفیت و به‌ویژه کیفیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی است. فراهم بودن خدمت با میزان استفاده از خدمت رابطه نزدیکی دارد و از طرفی این بعد، منعکس‌کننده عدالت در توزیع منابع بهداشتی در نقاط مختلف کشور و تدارک مراقبت‌های بهداشتی است. در بعد فراهم بودن کم‌ترین

میزان رضایت از ارائه خدمات پزشک خانواده در مطالعه علی بابایی در شهرستان عجب شیر بوده است (۸). تداوم خدمات یکی از مهم‌ترین ابعاد در اندازه‌گیری کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی است، این بعد مستلزم آن است که هماهنگی لازم بین عرضه‌کنندگان خدمات و بخش‌های دیگر برای ارائه خدمات به عمل آید و ارائه این خدمات در طول زمان مستمر و پایدار باشد. در شاخص تداوم خدمات بالاترین میزان رضایت ۷۰ درصد است (۱۷). در پژوهشی در ارتباط با پزشک خانواده در آمریکا تداوم خدمات بسیار خوب گزارش شده است (۳۳). در اقتصاد بهداشت و درمان یکی از عوامل غیر مستقیم اثر گذار بر تقاضا، متوسط مدت زمانی است که مشتریان خدمات بهداشتی جهت دریافت خدمات صرف می‌نمایند، لذا باید تناسب بین نیاز مردم و فاصله زمانی خدمت‌دهی و تعداد نیروی انسانی ارائه‌دهنده خدمات وجود داشته باشد. در سیستم شبکه بهداشتی درمانی، فرد بعد از مراجعه به محل خدمت حداکثر در عرض یک ساعت باید خدمت را دریافت نماید (۳۴). در پژوهشی در اسلوانی، رضایت بیماران از زمان انتظار ۲۶ درصد بود (۲۸). در پژوهش Kurata و همکاران ۹۲ درصد از بیماران از زمان انتظار رضایت داشتند (۳۵). Mendoza Aldana و همکاران نیز در مطالعه خود زمان انتظار طولانی را به عنوان عامل نارضایتی بیمار معرفی کردند (۳۶). در بررسی مطالعات در این پژوهش (۱۵، ۲۰) سطح شاخص به موقع بودن نسبتاً بالا است ولی شاخص میزان رضایت از مدت زمان انتظار برای دریافت خدمات نیاز به توجه بیش‌تر دارد که می‌توان علت رضایت کم از زمان انتظار برای دریافت خدمات را تخصیص نامناسب پزشک خانواده نسبت به جمعیت، ساعات محدود شده برای مراجعه و مدیریت ضعیف زمان دانست. در بررسی دانش و مهارت پزشک خانواده مشخص شد، مهارت، تجربه و نحوه برخورد پزشکان و پرسنل بهداشتی - درمانی نقش به‌سزایی در رضایتمندی مراجعه‌کنندگان دارد (۱۴) و نیاز به برنامه‌ریزی‌های

آموزشی برای افزایش مهارت پزشکان وجود دارد. در حیطه هزینه پرداختی برای خدمات، بیشترین میزان رضایت و کمترین میزان رضایت در در طی دو سال در مناطق روستایی شهرستان اصفهان بوده است که بیان شده این میزان رضایت شاید ناشی از وضعیت اقتصادی پایینتر روستاییان این منطقه باشد. از طرفی در اوایل اجرای برنامه پزشک خانواده، ویزیت پزشک رایگان بود و بیماران باید ۱۰ درصد هزینه دارو و آزمایش را پرداخت می کردند، ولی در زمان انجام تحقیق دوم، بیماران باید ۱۰ درصد هزینه ویزیت پزشک و ۳۰ درصد هزینه دارو و آزمایش را پرداخت می نمودند که شاید به همین دلیل رضایت نسبت به مطالعات گذشته کم تر شده است (۱۹). در مطالعه اشرفیان امیری و همکاران (۱۷) یافته ها نشان داد که کمترین رضایت مربوط به هزینه های پرداخت شده نسبت به خدمات دریافت شده بوده است که این رضایت پایین شاید به وضعیت اقتصادی شان مربوط می شود که با وجود داشتن دفترچه بیمه، توان مالی خرید خدمات سلامت با تعرفه دولتی را نداشتند. این موضوع باید مورد توجه سیاست گذاران نظام سلامت قرار گیرد که در افزایش تعرفه های دولتی با لحاظ نمودن درآمد و توان مالی مردم و تورم اقتصادی جامعه به گونه ای نرخ گذاری شود که عامه مردم در خرید خدمات با مشکل مالی مواجه نشوند (۱۳). در مطالعه قربانی (۲۰۱۳) در سبزوار (۱۶) بالاترین سطح رضایت مندی در برنامه پزشک خانواده از میزان هزینه پرداختی برای دریافت خدمات است که با توجه به عدم پرداخت حق بیمه سالانه، تعرفه پایین ویزیت پزشک و خدمات دارویی در برنامه پزشک خانواده و ارائه خدمات رایگان پانسمان و تزریقات، رضایت بالا از میزان هزینه پرداختی قابل توجه می باشد. در بررسی خدمات پیراپزشکی نتایج مطالعات نشان داد، میزان رضایت از خدمات پیراپزشکی بسیار کم می باشد. با توجه به این که در بیش تر مراکز مجری برنامه پزشک خانواده به دلایل متعدد از جمله کمبود اعتبار و نیروی انسانی، خدمات

پیراپزشکی مناسب ارائه نمی شود، لذا پایین بودن رضایت از نحوه ارائه این خدمات محتمل به نظر می رسد (۷). آموزش، مشاوره و ارتقاء سلامت از جمله خدماتی هستند که در تعهد پزشک خانواده قرار دارد و یکی از معیارهای جامع بودن خدمات محسوب می شود. علی بابایی و همکاران (۸) در مطالعه خود در بررسی شاخص آموزش و ارتقای بهداشت نشان دادند که پزشک خانواده در این زمینه نتوانسته است موفق عمل کند. در مطالعه اشرفیان امیری و همکاران (۱۷) یکی از یافته های آن ها پایین بودن رضایت مندی بیماران از میزان آموزش و رهنمود یا راهنمایی توسط پزشکان خانواده نسبت به بهورزان و پزشکان متخصص سطح ۲ در خصوص حل مشکل مربوط به سلامت بوده است که این می تواند به زیاد بودن جمعیت تحت پوشش و کار پزشکان خانواده مربوط باشد (۳۷). رضایت مندی بیماران در ارتباط با سن نشان داد، افراد مسن تر کم توقع تر و انعطاف پذیرتر و آشنا با روند ارائه خدمات نسبت به جوانان از رضایت بیشتری برخوردار هستند (۲۴، ۲۳، ۱۷، ۱۵، ۸). پایین بودن رضایت در افراد جوان تر و میانسال ممکن است یکی به دلیل بالاتر بودن سطح تحصیلات و آگاهی آن ها باشد که می تواند موجب افزایش آگاهی از حقوق فردی و اجتماعی و متعاقب آن بالا رفتن سطح انتظار شود یا به قوی بودن روحیه انتقادگرانه در افراد جوان تر برگردد که به دلیل برخورداری از رفاه بیشتر، تاب و تحمل کمتری نسبت به افراد مسن تر دارند (۱۷). در مطالعه ای که رضایت مندی در طبقه های مختلف سنی به تفکیک جنسیت را گزارش نمود، نشان داده شد که در اکثر شاخص های مورد بررسی و نیز رضایت کلی، بیشترین میزان رضایت مربوط به رده سنی ۴۹-۴۰ سال ۲۹-۲۰ سال مشاهده شد و کمترین رضایت نیز مربوط به رده سنی بالای ۵۰ سال بود. علاوه بر وضعیت کلی کیفیت، در شاخص های در دسترس بودن، احترام به حقوق مشتری و به موقع بودن، بین سطوح مختلف سنی تفاوت معنی دار وجود داشت (۸). نتایج رضایت بیماران در ارتباط با جنسیت حاکی از آن

است که رضایت در زنان مورد مطالعه بیش تر از مردان می باشد (۲۴، ۱۵، ۷). در مطالعه ای میزان مراجعه زنان به مراکز بهداشتی درمانی جهت دریافت خدمات (بدون احتساب مراقبت های دوران بارداری، زایمان، شیردهی و هم چنین خدمات تنظیم خانواده) دو برابر مردان عنوان گردیده است (۷). این نتایج مطابق با نتایج پژوهش Al-Doghather در شهر ریاض می باشد که نشان داد رضایت بیماران زن نسبت به مردان بیش تر بوده است (۳۸). می توان علت مراجعه بالاتر زنان را خانه دار بودن آنها و توجه بیش تر به خود و حساسیت بیش تر زنان در برابر بیماری ها بیان کرد و این که زنان فرصت بیش تری در مقایسه با مردان برای مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی در طول روز دارند (۱۵). از نظر پژوهشگری دیگر، علت آن پایین بودن اطلاعات مردها از وظایف خانه بهداشت ذکر شده است (۷). یکی از یافته های این مطالعه این بود که افرادی که آگاهی کم تری از برنامه داشتند، رضایت بیش تری ابراز کردند (۱۴). بالا بودن سطح رضایت ممکن است با سطح آگاهی بیماران از مراکز ارائه دهنده خدمات مرتبط باشد که از حقوق خود آشنایی چندانی نداشته و به همین علت قادر به ارزیابی واقعی نباشند چرا که بسیاری از مطالعات انجام شده در مورد سنجش رضایت بیماران، سطوح بالایی از رضایت را گزارش کرده و این در حالی است که در اغلب موارد، نیازهای برآورده نشده بسیاری دیده می شود (۱۷). تحلیل نتایج رضایت مندی پزشکان خانواده نشان دهنده آن بود که رضایت ارائه دهندگان خدمت در سطح متوسط بوده است. در مطالعه Wong و همکاران (۲۰۱۰) در کانادا مشخص شد عوامل جغرافیایی و فضای فیزیکی و تجهیزات از عوامل موثر بر رضایت شغلی پزشکان می باشند (۳۹).

Miedema و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعات خود نشان داد فراهم نمودن امکانات رفاهی و بیتوته در محل خدمت بر رضایت شغلی و بالا بردن انگیزه پزشکان موثر است (۴۰). Kotzee (۲۰۰۶) در پژوهش خود در روستاهای آفریقای جنوبی مسائل مالی و افزایش حقوق

را در رضایت شغلی پزشکان موثر می داند (۴۱). در بررسی رضایت پزشکان از ستاد برنامه پزشک خانواده نتایج مطالعه امیراسماعیلی (۲۰۱۲) نشان داد بیش ترین میزان رضایت از پرداخت به موقع حق الزحمه گزارش شده و بر خلاف این نتایج در مطالعه عسگری (۲۰۱۲) کم ترین میزان رضایت از مسائل مالی است. این نارضایتی می تواند بر تصمیم پزشکان در ترک این برنامه تاثیر گذار باشد (۴۲). در مطالعه امیری (۲۰۱۲) در بررسی پزشکان از نظام ارجاع کم ترین میزان رضایت از کیفیت و کمیت پسخوراند در موارد ارجاعی سطح ۲ می باشد که این نشان می دهد در این زمان کوتاه موفقیت چندانی در این زمینه حاصل نشده است (۲۵).

در مطالعه تراییان (۲۰۱۴) مشخص شد پزشکان خانواده از ارتباط نامناسب درون سازمانی، عدم باز خورد از پزشکان متخصص و ارجاع معکوس، نارضایتی بودند. تعداد زیادی از پزشکان نظام ارجاع را اساس طرح برنامه پزشک خانواده می دانند و معتقدند که حتی یک درصد هم موفق نبوده است که از جمله عوامل موثر در موفق نبودن عملکرد نظام ارجاع می توان به ارتباط ضعیف بین بیمارستان و مراکز بهداشتی اشاره داشت (۲۷). در مطالعه جباری و همکاران (۴) در سنجش رضایت پزشکان از برنامه پزشک خانواده در هشت حیطه، کم ترین رضایت از حیطه امنیت شغلی ذکر شده بود که مطابق با نتایج مطالعه ای در اروپا است (۴۳). پزشکان خانواده به صورت قراردادی مشغول کار می شوند و در حالی که نیاز دارند این اطمینان خاطر را داشته باشند که به شکل دائم به کار خود ادامه دهند بنابراین احساس رضایت در امنیت شغلی را در آنان پایین می آورد (۴). بین ارتباط پزشکان با تعداد جابه جایی آنان رابطه معکوس وجود داشت. بدین شکل، پزشکانی که راضی تر بودند، جابه جایی کم تری داشتند (۲۵).

نتایج Landon در یک پژوهش ملی نشان داد پزشکانی که در ارتباط با بیمارانشان مسئولیت مستقیم به عهده دارند، از شغل خود راضی بودند (۴۴). در مطالعه

سختی است. با توجه به این که چند سالی از شروع برنامه پزشکی خانواده گذشته است میزان مطالعات در ابعاد مختلف در این زمینه بسیار کم می باشد. پیشنهاد می شود مطالعات آتی دقیق تر و با یک تقسیم بندی جامع و کامل تر در حیطه های رضایت گیرندگان خدمت و ارائه دهندگان خدمت در همه مناطق کشور صورت گیرد تا عوامل دخیل در کاهش رضایت مندی خدمت گیرندگان و همین طور ارائه دهندگان خدمت شناسایی و نسبت به رفع آن اقدام گردد. این مطالعه نشان داد که میزان رضایت گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت از برنامه پزشکی خانواده روستایی ایران در سطح متوسط قرار دارد.

سپاسگزاری

از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران به دلیل حمایت مالی این طرح تقدیر و تشکر می شود (کد طرح: ۱۵۵۷).

References

1. Rivo ML. Practicing in the New Millennium: Do You Have What It Takes? *Fam Pract Manag* 2000; 7(1): 35-40.
2. Mohammadbeigi A, Hassanzadeh J, Eshrati B, Rezaeeianzadeh A. Decomposition of inequity determinants of healthcare utilization, Iran. *Public Health* 2013; 127(7): 661-667.
3. Abedi GH, Ahmadi Dashtian A, Rostami F, Norrollahi H, Flah M. Maternal Satisfaction with Health and Healthcare Services: A Survey in Northern Iran. *International Journal of Hospital Research* 2013; 2(1): 45-48.
4. Jabbari H, Pezeshki MZ, Naghavi-Behzad M, Asghari M, Bakhshian F. Relationship between job Satisfaction and Performance of Primary Care Physicians after The Family Physician Reform of East Azerbaijan Province in Northwest Iran. *Indian Journal of public Health* 2014; 58(4): 256-260.
5. Himmel W, Dieterich A, Kochen MM. Will German patients accept their family physician as a gatekeeper? *J Gen Intern Med* 2000; 15(7): 496-502.
6. Gutkin Cal. Opportunities in the specialty of family medicine. *Can Fam Physician* 2008; 54(2): 320.
7. Borhaninejad V, Pourebrahimi MH, Nadrian H, Iranpour A, Tabe R, Hasani Kaboutarkhani M. Satisfaction of Service Recipients of Family Physician Program in Kerman, 2011. *Journal of Health & Development* 2015; 4(1): 1-9.
8. Alibabaei R, Sadeghi A, Vahidi R GH, Akaberi A. Determination of Quality of Services Provided by Family Physician Team from Recipients' Perspective in Ajabshir City. *J Health* 2014; 5(2): 170-181.
9. قربانی، ۲۰۱۴) مشخص شد بیشترین رضایت مندی ماماها در حوزه مدیریتی شغل بوده که علاوه بر رویکرد تیم محور برنامه پزشکی خانواده استقلال ماماها به دلیل ماهیت شغلی در برخورد با بیماران در این رضایت تاثیرگذار بوده است. و کمترین رضایت مندی ماماها در حیطه جنبه رفاهی شغل از جمله ساعات کار، حقوق و دستمزد می باشد (۹) که به نظر می رسد با نتایج مقاله عسگری (۲۰۱۲) هماهنگ است (۲۶). لذا ضروری است برای افزایش رضایتمندی ماماها با انجام مطالعات تکمیلی در شرایط کاری در نحوه پرداخت حقوق تجدیدنظر صورت گیرد. یکی از محدودیت این مطالعه نبودن حیطه های یکسان برای سنجش دقیق رضایت در مطالعات بود. چون طبقه بندی اصطلاح رضایت به حیطه هایی که به آسانی قابل درک و اندازه گیری باشند و نتایج مفیدی را به مدیران و ارائه کنندگان خدمات سلامت برای بهبود کیفیت مراقبت ارائه دهند، کار

9. Ghorbani K, Najaf Zadeh H, Sedighi A, Mousavi SM, Mahdavi MH, Monajemi F. Midwives Satisfaction with family physician plan in Rasht. *Holist Nurs Midwifery* 2014; 24(2): 33-39.
10. Moosazadeh M. Meta-Analysis of Prevalence of Smoking in 15-64-year-old Population of West of Iran. *Int J Prev Med* 2013; 4(10): 1108-1114.
11. Moosazadeh M, Ziaaddini H, Mirzazadeh A, Ashrafi-Asgarabad A, Haghdooost AA. Meta-analysis of Smoking Prevalence in Iran. *Addict Health* 2013; 5(3-4): 140-153.
12. Moosazadeh M, Nekoei-Moghadam M, Emrani Z, Amiresmaili M. Prevalence of unwanted pregnancy in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Int J Health Plann Manage* 2014; 29(3): e277-290.
13. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandenbroucke P, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Prev Med* 2007; 45(4): 247-251.
14. Alidoosti M, Tavassoli E, Delaram M, Najimi A, Sharifirad G. The relationship between satisfaction and knowledge about family-doctor program in Shahr-e-Kord. *ZJRMS* 2011; 13(6): 36-39.
15. Taheri M, Amani A, Zahiri R, Mohammadi M. Patient satisfaction with Urban and Rural Insurance and Family Physician Program in Iran. *Journal of Family and Reproductive Health* 2011; 5(1): 11-18.
16. Ghorbani A, Shegarf nakhie M, Dovlat abadi A, Alemi H, Tabarraie Y. Study of Satisfaction Rate of Family Medicine plan in insured Population of Sabzevar University Medical of sciences. *Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2013; 19(4): 364-370.
17. Ashrafian Amiri H, Mikaniki E, Nasrollahpour Shirvani SD, Kabir MJ, Jafari N, Rahimi kolomrodi H, et al. Satisfaction of Patients with Rural Insurance in Terms of the First and Second Levels of Health Services Presentation in Northern Provinces of Iran. *J Guilan Univ Med Sci* 2014; 23(90): 14-23.
18. Najimi A, Alidoosti M, Sharifirad GH. Study of Knowledge, Attitude, and Satisfaction toward the Family Physician Program in Rural Regions of Isfahan, Iran. *Journal of Health System* 2011; 7(6): 883-890.
19. Khadivi R, Golshiri P, Farasat E, Khaledi G. Caregiver Satisfaction in Rural Areas in Isfahan district, Iran, after Implementation of the Family Physician Project. *Journal of Isfahan Medical School* 2013; 31(244): 1048-1058.
20. Khosravi S, Asadi L, Amiresmaeili MR, Jafari Sirizi M, Mirzaei S, Khosravi Sh. Study of Satisfaction Rate from Family Physicians Performance in Rural Areas of Bardsir in 2013: A Short Report. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2014; 13(5): 498-494.
21. Ebrahimipour H, Vejdani M, Vafae-najar A, Nejatzadegan Z, Amini AR, Vejdani M, et al. Patients Satisfaction from Family Physicians in Health Centers Affiliated with Sabzevar University of Medical Sciences with EUROPEP-2012. *Toloo Behdasht* 2012; 13(6): 25-34.
22. Azizi J, Karimyar Jahromi M, Hojat M. Assessment of Darab County Villagers' Satisfaction with Family Doctor Functions from Different Aspects. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2012; 2(3): 193-198.
23. Bagheri RA, Mohammadikia A, Kazemian M, Kazemi B, Rezapour M. Satisfaction Rate

- from the Communication Skills of Family Physicians in Rural Health Centers at Mazandaran University of Medical Sciences. Biannual J of Med Edu; Education Development Center, Babol Univ of Med Sci 2014; 2(2): 30-36.
24. Taheri M, Mohammadi M, Amini A, Zahiri R, Mohammadbeigi A. Family Phogram in Iran, Patients Satisfaction in a Multicenter Study. Pak J Biol Sci 2014; 17(2): 227-233.
 25. Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: The mutual satisfaction of physicians and health care team members. Razi Journal of Medical Sciences 2012; 18(92): 23-30.
 26. Asgari H, Kheirmand M, Rohani M, Sadoughi S, Malekpour Z. Satisfaction of physicians and midwives participating in the rural family physician and insurance scheme with the plan in Isfahan province, 2010. SJSPH 2012; 10(2): 11-20.
 27. Torabian S, Damari B, Cheraghi MA. 'Rural Insurance': family physicians satisfaction. Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research 2014; 13(5): 561-573.
 28. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. Int J Qual Health Care 2000; 12(2): 143-147.
 29. Ware JE Jr. What information do consumers want and how will they use it? Med Care 1995; 33(1Suppl): JS25-30.
 30. Conceicao C, Conclaves A, Craveiro I, Blaise P, Van Leberghe W, ferrinho P. Managing the performance of family physicians in Portuguese national health system. Human Resources for health development Journal 2000; 4: 184-193.
 31. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, Bucholtz JR, Dickinson JR, Evans KL, et al. The Future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. Ann Fam Med 2004; 2(Suppl 1): S3-32.
 32. American Academy of Family Physicians. Facts about family medicine. Available from: URL: <http://www.choosingwisely.org/societies/american-academy-of-family-physicians/> . Accessed May 2, 2015.
 33. García-Peña C, Reyes-Frausto S, Reyes-Lagunes I, Muñoz-Hernández O. Family physician job satisfaction different medical care organization models. Family Practice 2000; 17(4): 309-313.
 34. Shmueli A, Shuva J. Satisfaction with family physicians and specialists and the use of complementary and alternative medicine in Israel. Evid Based Complement Alternat Med 2006; 3(2): 273-278.
 35. Kurata JH, Nogawa AN, Phillips DM, Hoffman S, Werblun MN. Patient and provider satisfaction with medical care. J Fam Pract 1992; 35(2): 176-179.
 36. Mendoza Aldana J, Piechulek H, al-Sabir A. Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. Bull World Health Organ 2001; 79(6): 512-517.
 37. Motlagh E, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Nahvijoy A. Satisfaction of Family Physicion (FPs) About Effetive Factors on Activation of FP Program in Medical Universities. J Guilan Univ Med Sci 2011; 19(76): 48-55.
 38. Al-Doghaither AH. Inpatient satisfaction with physician services at King Khalid University hospital, Riyadh, Saudi Arabia. East Mediterr Health J 2004; 10(3): 358-364.
 39. Wong E, Stewart M. Predicting the scope of practice of family physicians. Can Fam Physician 2010; 56(6): e219-225.

-
40. Miedema B, Hamilton R, Fortin P, Easley J, Tatemichi S. The challenges and rewards of rural family practice in New Brunswick, Canada: lessons for retention. *Rural and Remote Health* 2009; 9(2): 1141.
41. Kotzee TJ, Couper ID. What interventions do South African qualified doctors think will retain them in rural hospitals of the Limpopo province of South Africa? *Rural Remote Health* 2006; 6(3): 581.
42. Amiresmaili M, Khosravi S, Yazdi Feyzabadi VY. Factors Affecting Leave out of General Practitioners from Rural Family Physician Program: A Case of Kerman, Iran. *Int J Prev Med* 2014; 5(10): 1314-1323.
43. Measuring job satisfaction in surveys Comparative analytical report; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2006. Available from: URL:<http://www.eurofound.europa.eu/printpdf/>. Accessed May 2, 2015.
44. Landon BE. Career satisfaction among physicians. *JAMA* 2004; 291(5): 634.