

رضایت بیماران بیمه روستایی از خدمات سطح اول و دوم نظام شبکه در استان‌های شمالی ایران

دکتر حسن اشرفیان‌امیری (MD) - دکتر ابراهیم میکانیکی (MD) - *دکتر سیدداود نصرالله‌پور شیروانی (PhD) - دکتر محمدجواد کبیر (PhD) - دکتر ناهید جعفری (PhD) - دکتر حسین رحیمی کلامرودی (MD) - دکتر قاسم اویس (MD) - دکتر سیدمهدی صداقت (MD) - نویسنده مسئول: دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

پست الکترونیک: dnshirvani@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۰۸/۲۸ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۲۷

چکیده

مقدمه: برنامه پزشک خانواده از سال ۱۳۸۴ در ایران اجرا شده است. اطمینان از مطلوب بودن کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده نیازمند ارزیابی دوره‌ای مستمر دارد. یکی از این راه‌ها، سنجش رضایت‌گیرندگان خدمات است.

هدف: تعیین میزان رضایت بیماران بیمه روستایی از خدمات سطح اول و دوم نظام شبکه در استان‌های شمالی ایران

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی - تحلیلی به صورت مقطعی در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۱ انجام شد. ۱۳۹ مرکز مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی (۲۵٪ کل) در سه استان گیلان، مازندران و گلستان به صورت تصادفی سیستماتیک به عنوان خوشه‌های پژوهش انتخاب شدند و در هر مرکز منتخب ۶ تا ۸ بیمار بیمه روستایی که با ارجاع پزشک خانواده به سطح ۲ مراجعه و خدمات مورد نیاز را دریافت نموده بودند، بررسی شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته حاوی چهار بخش شامل: ۱- متغیرهای فردی ۲- رضایت از خانه بهداشت و بهورزان ۳- رضایت از مرکز بهداشتی درمانی و پزشکان و ۴- رضایت از مراکز سطح ۲ بود که روایی و پایایی آن تأیید شد. داده‌ها با استفاده از SPSS18 در سطح معنی‌داری $P < 0.05$ تحلیل شد.

نتایج: از ۹۵۵ بیمار بیمه روستایی مراجعه‌کننده به سطح ۱ و ۲ که موفق به دریافت خدمات شدند، ۷۵۲ نفر (۷۸٪) زن بودند. میانگین سن کل افراد 40.2 ± 15.6 سالگی بود. میانگین مراجعه بیماران در ۹ ماه سال ۹۱ به خانه بهداشت 8 ± 4 و مرکز بهداشتی درمانی 6.4 ± 6.6 بار بوده است. میانگین رضایت بیماران از ۵ نمره از خانه بهداشت 4.5 ± 0.5 ، از مرکز بهداشتی درمانی 4 ± 0.7 و از بیمارستان‌ها و متخصصان سطح ۲، 4 ± 0.8 بوده است. بین رضایت کلی و میزان تحصیلات رابطه معکوس معنی‌دار و با سن، تعداد مراجعه به خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی رابطه مستقیم معنی‌دار وجود داشت ($P < 0.05$). میانگین رضایت بیماران از بیمارستان‌ها و مطب‌های سطح ۲ در استان‌های شمالی ایران تفاوت معنی‌دار داشت ($P < 0.05$) ولی میانگین رضایت بیماران از خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی در استان‌های شمالی ایران تفاوت معنی‌دار نداشت ($P > 0.05$). نتیجه‌گیری: رضایت بیماران بیمه روستایی بالاست. ضمن حفظ و ارتقای وضعیت موجود، پیشنهاد می‌شود رضایت‌دارندگان سایر بیمه‌های سلامت بررسی و مقایسه شود.

کلید واژه‌ها: پزشک خانواده/ پوشش بیمه/ رضایت بیمار/ مراکز بهداشتی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و سوم شماره ۹۰، صفحات: ۱۴-۲۳

مقدمه

سلامت است (۲). نظام مراقبت سلامت در تعداد زیادی از کشورها برای ایجاد عدالت، کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان و امکان برخورداری از خدمات تخصصی در بالاترین سطح ارائه، به سطوح اول، دوم و سوم سطح‌بندی شده است که بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت و پزشک خانواده و سایر اعضای تیم سلامت شاغل در مراکز بهداشتی درمانی در سطح اول این نظام سطح‌بندی شده قرار دارند و

کم‌وبیش در همه جوامع تأمین سلامت و بهداشت حق اساسی آحاد مردم شناخته شده و جز تعهد همه دولت‌های جهان قرار گرفته است. مراقبت‌های بهداشتی درمانی، خدماتی هستند که با هدف حفظ، ارتقاء و بازگرداندن سلامت توسط کارآزمودگان یا کارکنان سیستم بهداشتی درمانی به افراد جوامع ارائه می‌شود (۱). دسترسی آسان و کم‌هزینه بیماران به مراکز ارائه خدمات سلامت از شاخص‌های مهم نظام مراقبت

۱. مرکز عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۲. مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۳. معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۴. معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵. معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

معنی دار وجود نداشت (۱۰). در مطالعه مفتون و همکاران که ۱۱۲۰۰ بیمار گیرنده خدمت در ۳۲ استان در سال ۱۳۸۸ مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین امتیاز رضایت بیمه شدگان روستایی از پزشک ۷۰/۱ (از ۸۵ امتیاز)، از ماما ۳۳/۵ (از ۴۰ امتیاز)، از خدمات دارویی ۲۰ (از ۲۵ امتیاز)، از خدمات تصویربرداری ۱۷ (از ۲۵ امتیاز)، از خدمات آزمایشگاه ۱۸/۴ (از ۲۵ امتیاز)، از شرایط ارجاع ۲۷ (از ۳۵ امتیاز)، از خدمات تزریق ۱۲/۴ (از ۱۵ امتیاز) بود و ارزیابی کلی افراد مورد بررسی در خصوص رضایت از وضعیت فعلی خدمات نسبت به پیش از اجرای برنامه ۱۲/۶ (از ۱۵ امتیاز) امتیاز بوده است (۱۱).

در ایران طرح پزشک خانواده برای اولین بار در سال ۱۳۷۶ برای حدود پنج میلیون نفر از مددجویان زیر پشتیبانی کمیته امداد امام خمینی (ره) به اجرا در آمد که افراد دارای پرونده سلامت از طریق پزشک خانواده خود به بیمارستان ارجاع می شدند (۱۲). اما طرح جامع تر و گسترده تر که طرح ملی پزشک خانواده و بیمه روستایی نام دارد بر اساس ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه و با هدف: ۱- تقویت نظام ارجاع در کشور ۲- افزایش پاسخ گویی در بازار سلامت ۳- افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت ۴- کاهش هزینه های غیرضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش خدمات، از ابتدای سال ۸۴ در همه مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت اجرا شده است (۱۳). اجرای هر برنامه جدید تندرستی در نظام سلامت مستلزم ارزیابی رضایت ارائه دهندگان و دریافت کننده های خدمات می باشد (۱۴). گزارش های کشوری نشان می دهد دانشگاه های علوم پزشکی که مسئولیت اصلی اجرای برنامه پزشک خانواده را در حوزه های زیر پوشش خود به عهده دارند، از نظر پوشش کمی اجرای برنامه (تامین پزشک و مامای خانواده و صدور دفترچه بیمه روستایی برای افراد بدون هر نوع بیمه درمانی) تا حدود زیادی کامیابی مورد انتظار را بدست آوردند (۱۶-۱۵). ولی تامین همه منابع و امکانات برای پاسخ گویی و تولید خدمات لازم چالشی است که امکان دارد کم و بیش در همه دانشگاه های علوم پزشکی وجود داشته باشد. این مطالعه برای بررسی رضایت بیماران بیمه روستایی از خدمات سطح اول و

بیمارستان های عمومی شهرستان و متخصصان رشته های مختلف پزشکی مسئول ارائه خدمات سلامت در سطح ۲ نظام شبکه هستند (۳). اجرای برنامه پزشک خانواده با سابقه هفتاد ساله در بسیاری از کشورها، علاوه بر تأمین خدمات مورد نیاز، امکان هرگونه سوءاستفاده از نیازهای سلامت مردم توسط ارائه دهندگان خدمات سلامت را محدود می کند (۴). سازمان جهانی بهداشت، پزشک خانواده را مرکز تلاش های جهانی برای بهبود کیفیت، هزینه اثربخشی و برابری در سیستم های مراقبت سلامت قرار داده است (۵). رضایت گیرندگان خدمات بهداشتی درمانی و تأثیری که این نکته در کارکرد، پایداری و دوام خدمات ارائه شده می گذارد، جستاری است که به لحاظ نقش دیدگاه مراجعین در برنامه ریزی و ارائه خدمات بهداشتی درمانی با توجه به رویکرد «ارایه خدمات با کیفیت مطلوب» قابل توجه است (۶). مطالعات انجام شده نشان می دهد که رضایت بیمار صفتی چند بعدی و متأثر از عوامل فردی و زمینه ای (مانند وضعیت فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و مذهبی) افراد است (۷) و این عوامل تأثیرگذار موجب می شود که بیماران ناراضی کمتر تجویزهای پزشکی را انجام دهند، کمتر جریان درمان خود را پی گیری نمایند و در نتیجه کمتر علائم بهبود را بدست آورند و با احتمال بیشتری، پزشک یا مرکز ارائه دهنده خدمت را تغییر دهند (۸).

در مطالعه توسلی و همکاران که ۱۱۰۰ نفر از ساکنان مناطق روستایی زیر پوشش مرکز بهداشت شهرستان شهرکرد مورد بررسی قرار گرفتند گزارش شد که ۵۴/۴ درصد افراد از برنامه پزشک خانواده راضی بودند و افرادی که آگاهی کمتری از برنامه داشتند، رضایت بیشتری ابراز کردند (۹). نصرالله پور شیروانی و همکاران در مطالعه ای در سال ۱۳۸۷ در استان های شمالی ایران، ۱۰۵۷ گیرنده خدمات از مرکز بهداشتی درمانی را مورد بررسی قرار دادند، رضایت ۵۴۲ نفر (۵۱/۳٪) در سطح مطلوب و مابقی در سطح نسبتاً مطلوب ارزیابی شده بود. بین افزایش سن و رضایت کلی رابطه مستقیم معنی دار ولی بین تحصیلات و رضایت کلی گیرندگان خدمت رابطه معکوس معنی دار وجود داشت. بین نوع بیمه و استان مورد مطالعه با سطح رضایت رابطه معنی دار وجود داشت. اما بین جنس، تاهل، محل سکونت، شغل و سطح رضایت رابطه

دوم نظام شبکه در استان‌های شمالی ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی و میدانی بوده که به صورت مقطعی در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۱ انجام شد. محیط پژوهش مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر در سه استان گلستان (با ۱۴ شهرستان)، مازندران (با ۱۷ شهرستان) و گیلان (با ۱۶ شهرستان) بود. جامعه پژوهش، بیماران بیمه روستایی ساکن مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت بودند. نمونه‌گیری در دو مرحله به صورت زیر انجام شد: در مرحله اول حجم نمونه با توجه به برآورد $d=0/08$, $p=0/7$ و ضریب اطمینان ۹۵٪، ۱۴۲ مرکز (حدوداً ۲۵٪ مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه در هر استان) تعیین شد. برای انتخاب آنها ابتدا مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی مجری برنامه مستقر در شهرستان‌های هر استان از غرب به شرق فهرست گردید و بعد به روش تصادفی منظم ۴۲ مرکز بهداشتی درمانی از استان گلستان، ۵۵ مرکز از استان مازندران و ۴۲ مرکز از استان گیلان روی هم رفته ۱۳۹ مرکز از همه ۵۵۲ مرکز مجری در ۴۷ شهرستان به عنوان خوشه‌های پژوهش تعیین شدند. در مرحله دوم، حجم نمونه با توجه به برآورد $d=0/03$, $p=0/8$ و ضریب اطمینان ۹۵٪، ۱۰۶۷ بیمار محاسبه و برای توزیع مناسب در هر خوشه منتخب، ۶ تا ۸ بیمار در نظر گرفته شد. معیار ورود افراد به مطالعه، بیماران بیمه روستایی بود که در طول ۲ هفته پیش از آن از خانه بهداشت به مرکز بهداشتی درمانی نزد پزشک خانواده خود مراجعه کرده بودند و با ارجاع پزشک خانواده، خدمات مورد نیاز را از بیمارستان‌های دولتی یا پزشکان متخصص طرف قرارداد سطح ۲ دریافت کرده و در زمان پرسشگری در منزل خود حضور داشتند. بیماران ارجاع شده هم از روی دفتر ثبت نام بیماران یا فهرست بیماران ارجاع داده شده موجود در مراکز بهداشتی درمانی شناسایی شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه پژوهشگر ساخته حاوی چهار بخش شامل:

- ۱- متغیرهای فردی با هشت پرسش ۲- رضایت از خانه بهداشت و بهورزان با ۵ سؤال ۳- رضایت از مرکز بهداشتی

درمانی و پزشکان و سایر کارکنان آن با ۱۰ سؤال و ۴- رضایت از بیمارستان‌ها، مطب‌ها و پزشکان متخصص سطح ۲ با شش سؤال بود که روایی آن با استناد به منابع (۱۱- ۱۰ و ۱۳) و اعمال نظر ۴ نفر از مدیران اجرایی به شکل صوری به تأیید خبرگان رسیده و پایایی آن با آزمون کرونباخ ۸۳٪ تعیین شده بود. سئوالات بخش ۱ از نوع بسته و باز بوده که پاسخ سئوالات بسته (مثل تحصیلات یا شغل) با کدگذاری و سئوالات باز (مثل سن یا تعداد مراجعه) که پاسخ‌های آن کمی گسسته بوده به همان شکل وارد نرم‌افزار اکسل شد. سئوالات بخش ۲ تا ۴ از نوع بسته با مقیاس ۵ رتبه‌ای لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم) بوده که برای امتیازدهی پاسخ سئوالات به ترتیب نمره ۵ تا ۱ داده شد. برای داوری خشنودی بیماران از جستارهای مورد مطالعه، میانگین وزنی با وزن ۳/۵ و بالاتر (از ۵ نمره حداکثر) ملاک عمل قرار گرفت. برای آزمودن فرضیه‌ها، امتیازها با مقیاس سه رتبه‌ای در سطح زیاد (با ۷۵-۱۰۰٪ کل نمره)، متوسط (با ۵۰-۷۵٪ کل نمره) و کم (با کمتر از ۵۰٪ کل نمره) دسته‌بندی شد. داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون‌های کیندالز و اسپیرمن برای تعیین همبستگی بین متغیرهای رتبه‌ای، با آزمون‌های من‌ویتنی و کروسکال والیس برای مقایسه میانگین‌ها و مجذور کای دو برای متغیرهای کیفی با نرم‌افزار SPSS-18 در سطح معنی‌داری $\alpha < 0/05$ تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

از ۹۵۵ بیمار مراجعه‌کننده به سطح ۱ و ۲ که موفق به دریافت خدمات شده‌بودند، ۷۵۲ نفر (۷۸/۷٪) زن و ۸۶۵ نفر (۹۱/۴٪) متاهل بودند. میانگین سن همه افراد $40/2 \pm 15/6$ سال بود. بیشترین افراد (۲۴۸ نفر یا ۲۶٪) سواد خواندن و نوشتن تا پنجم ابتدایی را داشتند. از نظر شغلی بیشتر افراد (۷۱۹ نفر یا ۷۵/۵٪) خانه‌دار بودند. ۱۵۸ نفر (۱۶/۵٪) در روستاهای استقرار مرکز، ۷۳۰ نفر (۷۶/۸٪) در روستاهای استقرار خانه بهداشت و ۶۳ نفر (۶/۶٪) در روستاهای اقماری ساکن بودند. میانگین مراجعه بیماران در ۹ ماه سال ۹۱ به خانه بهداشت $8 \pm 8/4$ و مرکز بهداشتی درمانی $6/4 \pm 6/6$ بار بوده‌است. میانگین رضایت بیماران از ۵ نمره از خانه بهداشت $4/5 \pm 0/5$

از مرکز بهداشتی درمانی 0.7 ± 4 و از بیمارستان‌ها و افراد مورد مطالعه را از خانه بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی و بیمارستان و مطب‌های سطح ۲ نشان می‌دهد. جدول ۱-۳ میزان رضایت متخصصان سطح ۲، 0.8 ± 4 بود.

جدول ۱. سطح رضایت بیماران بیمه روستایی از بهورزان و خانه‌های بهداشت در استان‌های شمالی ایران

سطح رضایت موارد رضایت از	خیلی زیاد و زیاد تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	کم و خیلی کم تعداد(درصد)	میانگین و انحراف معیار
حضور به موقع و کامل بهورز یا بهورزان در خانه بهداشت	۸۱۷ (۹۴)	۵۱ (۶)	۱ (-)	$0.6 \pm 4/5$
نحوه برخورد و برقراری ارتباط بهورز یا بهورزان	۸۴۶ (۹۷)	۲۶ (۳)	۱ (-)	$0.6 \pm 4/6$
دانش و مهارت بهورز یا بهورزان	۸۱۴ (۹۳)	۵۷ (۷)	۳ (-)	$0.6 \pm 4/5$
میزان آموزش و رهنمودها یا راهنمایی‌هایی که بهورز یا بهورزان برای نگهداری و ارتقای سلامت به مردم می‌دهند	۸۳۰ (۹۵)	۳۴ (۴)	۱۰ (۱)	$0.7 \pm 4/5$

جدول ۲. میزان رضایت بیماران بیمه روستایی از مراکز مجری و پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران

سطح رضایت موارد رضایت از	خیلی زیاد و زیاد تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	کم و خیلی کم تعداد(درصد)	میانگین و انحراف معیار
مدت صرف شده در مرکز برای دریافت خدمات مورد نیاز	۷۰۹ (۷۹)	۱۳۷ (۱۵)	۵۲ (۶)	1 ± 4
حضور بموقع و کامل پزشک خانواده در مرکز	۷۶۸ (۸۶)	۱۰۰ (۱۱)	۲۹ (۳)	$0.8 \pm 4/2$
نحوه برخورد و برقراری ارتباط پزشک خانواده	۷۸۳ (۸۷)	۸۸ (۱۰)	۲۸ (۳)	$0.8 \pm 4/3$
نحوه برخورد و برقراری ارتباط سایر کارکنان مرکز	۷۶۸ (۸۶)	۹۴ (۱۰)	۳۳ (۴)	$0.9 \pm 4/2$
دانش و مهارت پزشک خانواده	۷۶۳ (۸۵)	۹۹ (۱۱)	۳۴ (۴)	$0.9 \pm 4/2$
میزان آموزش و توصیه‌ها یا راهنمایی‌هایی که پزشک خانواده جهت حفظ و ارتقاء سلامتی به مردم می‌دهد	۶۱۰ (۶۸)	۱۶۳ (۱۸)	۱۲۴ (۱۴)	$1.3 \pm 3/8$
کامل بودن خدمات (مشاوره و راهنمایی، دریافت دارو، انجام آزمایش و ...)	۶۲۸ (۷۰)	۱۷۳ (۲۰)	۹۲ (۱۰)	$1.2 \pm 3/8$
هزینه پرداخت شده به مرکز بهداشتی درمانی نسبت به خدمات دریافت شده	۴۸۱ (۵۴)	۲۳۲ (۲۶)	۱۸۱ (۲۰)	$1.3 \pm 3/4$
امکانات و ساز و برگ درمانی مرکز	۷۲۳ (۸۱)	۱۳۸ (۱۵)	۳۶ (۴)	$0.9 \pm 4/1$

جدول ۳. سطح رضایت بیماران بیمه روستایی از بیمارستان‌ها، مطب‌ها و پزشکان متخصص سطح ۲ در استان‌های شمالی ایران

سطح رضایت موارد رضایت از	خیلی زیاد و زیاد تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	کم و خیلی کم تعداد(درصد)	میانگین و انحراف معیار
مدت زمان صرف شده در بیمارستان یا مطب برای دریافت خدمات مورد نیاز	۶۳۸ (۶۷)	۱۶۷ (۱۸)	۱۴۷ (۱۵)	$1.3 \pm 3/7$
نحوه برخورد و برقراری ارتباط پزشک متخصص	۸۴۵ (۸۹)	۷۱ (۷)	۳۸ (۴)	$1 \pm 4/3$
دانش و مهارت پزشک متخصص	۸۶۱ (۹۰)	۶۷ (۷)	۲۶ (۳)	$0.8 \pm 4/4$
میزان آموزش و توصیه‌ها یا راهنمایی‌هایی که پزشک متخصص جهت حفظ و ارتقاء سلامتی به بیماران می‌دهند	۸۱۸ (۸۶)	۹۰ (۹)	۴۷ (۵)	$1 \pm 4/2$
هزینه پرداخت شده در بیمارستان یا مطب نسبت به خدمات دریافت شده	۴۴۷ (۴۷)	۱۹۹ (۲۱)	۳۰۹ (۳۲)	1.6 ± 3

جدول ۴ میانگین رضایت افراد مورد مطالعه از خانه بهداشت، تفکیک استان‌های بررسی شده نشان می‌دهد. مرکز بهداشتی درمانی و بیمارستان و مطب‌های سطح ۲ را به

جدول ۴. میانگین رضایت بیماران بیمه روستایی از خدمات سطح اول و دوم نظام شبکه در استان‌های شمالی ایران

ردیف	واحد ارائه دهنده استان	بهورزان و خانه‌های بهداشت	مراکز مجری و پزشک خانواده	بیمارستان‌ها، مطب‌ها و پزشکان متخصص سطح ۲
۱	مازندران	۴/۶±۰/۵	۴±۰/۷	۴±۰/۸
۲	گیلان	۴/۵±۰/۵	۴/۱±۰/۷	۳/۹±۰/۸
۳	گلستان	۴/۵±۰/۵	۳/۹±۰/۷	۳/۹±۰/۷
	میانگین کل	۴/۵±۰/۵	۴±۰/۷	۴±۰/۸
	P	۰/۲۲۴	۰/۱۱۹	۰/۰۰۲

روستایی از خدمات خانه بهداشت بسیار بالا و از مراکز مرکزی بهداشتی درمانی و بیمارستان و مطب‌های سطح ۲ رابطه مستقیم معنی‌دار وجود داشت ($P=0/000$, $r=+0/098$)، بین تعداد مراجعه افراد به خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی و رضایت کلی از خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی رابطه مستقیم معنی‌دار وجود داشت ($r=+0/122$, $P=0/000$) و ($P=0/002$, $r=+0/104$) بین رضایت کلی و سطح تحصیلات رابطه معکوس معنی‌دار وجود داشت ($P<0/05$) بین سطح تحصیلات افراد مورد مطالعه و رضایت کلی از خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی رابطه معکوس معنی‌دار وجود داشت ($r=-0/107$, $P=0/000$ & $r=-0/098$) و ($P=0/000$ & $P=0/000$) ولی با رضایت از بیمارستان و مطب‌های سطح ۲ رابطه معنی‌دار وجود نداشت ($P=0/429$) بین جنس افراد مورد مطالعه و رضایت کلی از خانه بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی و بیمارستان و مطب‌های سطح ۲ رابطه معنی‌دار وجود نداشت ($P=0/883$)، ($P=0/443$) و ($P=0/319$) بین وضعیت تاهل افراد مورد مطالعه و رضایت کلی از خانه بهداشت و مرکز بهداشتی رابطه معنی‌دار وجود نداشت ($P=0/949$)، ($P=0/545$) ولی با رضایت از بیمارستان و مطب‌های سطح ۲ با بالاتر بودن رضایت متاهلان رابطه معنی‌دار وجود داشت ($P=0/049$) بین منطقه سکونت افراد مورد مطالعه و رضایت کلی از خانه بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی و بیمارستان و مطب‌های سطح ۲ نیز رابطه معنی‌دار وجود نداشت ($P=0/751$)، ($P=0/288$) و ($P=0/381$)

روستایی از خدمات خانه بهداشت بسیار بالا و از مراکز مرکزی پزشک خانواده و بیمارستان‌ها، مطب‌ها و پزشکان متخصص سطح ۲ رابطه مستقیم معنی‌دار وجود داشت که با خیلی از پژوهش‌های داخلی و خارجی هم‌خوانی دارد. بالا بودن سطح رضایت ممکن است با سطح آگاهی بیماران از مراکز ارائه‌دهنده 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 کرده‌اند (۱۷) و این در حالی است که در اغلب موارد، نیازهای برآورده نشده بسیاری دیده می‌شود (۱۸). در مطالعه‌ای در شهرستان همدان، ۹۴ درصد افراد مورد بررسی، از واحدهای گیرنده خدمات راضی بودند (۱۹). در مطالعه ملک‌افضلی و همکاران هم بیشتر جمعیت مورد مطالعه از کمیت و کیفیت خدمات بهداشتی درمانی رضایت داشتند (۲۰). پژوهشی در سال ۱۹۹۴ در چهار کشور اروپایی در مورد رضایت گیرندگان خدمت از مراکز بهداشتی نشان داد که میزان رضایت در کتبری ۹۵ درصد، لونی‌نا ۸۷ درصد، بلگراد ۸۵ درصد و در مسکو ۶۲ درصد بوده است (۲۱). مطالعه‌ای که توسط کریمی و همکاران بین سال‌های ۸۷-۱۳۸۳ در شهرستان سیرجان انجام شد، گزارش داد که میانگین رضایت از $70/8 \pm 12/2$ در سال ۱۳۸۳ به $74/7 \pm 14/4$ در سال ۱۳۸۷ افزایش یافته است. یافته مذکور می‌تواند این امیدواری را ایجاد کند که به‌رغم بالا رفتن انتظار مردم، میزان رضایت هم افزایش داشته است (۲۲). اما در مطالعه ذوالفقاری و همکاران آمده است که در کل تعداد کمی از بیماران از خدمات بزرگ‌ترین بیمارستان شهر اصفهان راضی بودند و متذکر شدند که میزان رضایت واقعی به مراتب پایین‌تر از مقدار بدست آمده (۳/۸ از ۵) خواهد بود که این

بین سن افراد مورد مطالعه و رضایت کلی از خانه بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی و بیمارستان و مطب‌های سطح ۲ رابطه مستقیم معنی‌دار وجود داشت ($P=0/000$, $r=+0/098$)، بین تعداد مراجعه افراد به خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی و رضایت کلی از خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی رابطه مستقیم معنی‌دار وجود داشت ($r=+0/122$, $P=0/000$) و ($P=0/002$, $r=+0/104$) بین رضایت کلی و سطح تحصیلات رابطه معکوس معنی‌دار وجود داشت ($P<0/05$) بین سطح تحصیلات افراد مورد مطالعه و رضایت کلی از خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی رابطه معکوس معنی‌دار وجود داشت ($r=-0/107$, $P=0/000$ & $r=-0/098$) و ($P=0/000$ & $P=0/000$) ولی با رضایت از بیمارستان و مطب‌های سطح ۲ رابطه معنی‌دار وجود نداشت ($P=0/429$) بین جنس افراد مورد مطالعه و رضایت کلی از خانه بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی و بیمارستان و مطب‌های سطح ۲ رابطه معنی‌دار وجود نداشت ($P=0/883$)، ($P=0/443$) و ($P=0/319$) بین وضعیت تاهل افراد مورد مطالعه و رضایت کلی از خانه بهداشت و مرکز بهداشتی رابطه معنی‌دار وجود نداشت ($P=0/949$)، ($P=0/545$) ولی با رضایت از بیمارستان و مطب‌های سطح ۲ با بالاتر بودن رضایت متاهلان رابطه معنی‌دار وجود داشت ($P=0/049$) بین منطقه سکونت افراد مورد مطالعه و رضایت کلی از خانه بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی و بیمارستان و مطب‌های سطح ۲ نیز رابطه معنی‌دار وجود نداشت ($P=0/751$)، ($P=0/288$) و ($P=0/381$)

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که میزان رضایت بیماران بیمه

رضایت در افراد جوان‌تر و میانسال ممکن است یکی به دلیل بالاتر بودن سطح تحصیلات آنها باشد که می‌تواند موجب افزایش آگاهی از حقوق فردی و اجتماعی و متعاقب آن بالا رفتن سطح انتظار شود یا به قوی‌تر بودن روحیه انتقادگرانه در افراد جوان‌تر مربوط باشد یا شاید هم به صبر و حوصله جوان‌ترها برگردد که به دلیل برخورداری از رفاه بیشتر، تاب و تحمل کمتری نسبت به افراد مسن‌تر دارند.

یکی از یافته‌های این مطالعه نبودن تفاوت معنی‌دار میزان رضایت بیماران بیمه روستایی از خدمات خانه بهداشت و مراکز مجری پزشکی خانواده در سطح ۱ و تفاوت معنی‌دار از خدمات بیمارستان‌ها، مطب‌ها و پزشکان متخصص در سطح ۲ در استان‌های شمالی بود. نداشتن تفاوت خدمات سطح اول شبکه در استان‌های مورد بررسی نشان می‌دهد که خدمات سلامت از نظر کمی و کیفی در استان‌های شمالی کم‌وبیش در یک سطح ارائه می‌شود. ولی تفاوت معنی‌دار خدمات سطح ۲ ممکن است به کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده مربوط باشد که این موضوع هم احتمالاً به کمیت و کیفیت نظارت ستاد شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها یا به زیرساخت‌های سطح ۲ شامل منابع انسانی و فیزیکی وابسته است.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین رضایت کلی و منطقه سکونت افراد رابطه معنی‌دار وجود نداشت که با مطالعه نصرالله‌پور شیروانی و همکاران هم‌خوانی دارد (۱۰) اما در مطالعه ارومیه اختلاف معنی‌داری بین محل سکونت و سطح رضایت با پایین‌تر بودن رضایت کلی ساکنین روستاهای اقماری گزارش شد (۳۱). یکی از دلایل اختلاف نتایج این دو مطالعه می‌تواند تفاوت در آسانی دسترسی (راه ارتباطی، فاصله بین روستاهای اقماری با خانه بهداشت، مرکز مجری و واحدهای سطح ۲، وسایل حمل و نقل) باشد که در استان‌های شمالی نسبت به خیلی از استان‌های دیگر بویژه استان‌های کویری، فاصله بین روستاها با مرکز مجری و واحدهای سطح ۲ بسیار کوتاه و آمدو شد وسایل نقلیه هم زیاد است که در دسترسی فیزیکی تفاوت بارزی ایجاد نمی‌کند.

یکی از یافته‌های این مطالعه پایین‌تر بودن رضایتمندی بیماران از میزان آموزش و رهنمود یا راهنمایی توسط پزشکان خانواده نسبت به به‌روران و پزشکان متخصص سطح ۲ در

ممکن است نشان دهنده کیفیت پایین ارائه خدمات در بیمارستان مورد مطالعه یا آگاه‌تر بودن بیماران آنها از حقوق خود باشد (۲۳). یکی از دلایل بالا بودن رضایت در این مطالعه ممکن است به کل افراد بررسی شده مربوط باشد که همگی دفترچه بیمه روستایی داشتند و خدمات مورد نیاز را فقط از واحدهای ارائه‌دهنده دولتی دریافت می‌نمودند. دارندگان دفترچه بیمه روستایی شاید نسبت به سایر بیمه‌ها از شرایط اقتصادی و اجتماعی متفاوتی برخوردار باشند و ممکن است میزان چشم‌داشت آنها پایین‌تر باشد. از طرف دیگر چون با دفترچه بیمه روستایی نمی‌توانند از بیمارستان‌های خصوصی و پزشکان متخصص غیرطرف قرارداد بهره‌مند شوند، شرایط سنجش بین خدمات بخش دولتی و سایر بخش‌ها هم کمتر بوجود می‌آید. در مطالعه نصرالله‌پور شیروانی و همکاران بین سطح رضایت و انواع بیمه‌ها اختلاف معنی‌داری با بالاتر بودن سطح رضایت بیمه خدمات درمانی و روستایی وجود داشت (۱۰). در مطالعه ظفرقندی هم بین رضایت و وضعیت بیمه بیماران ارتباط معنی‌دار گزارش شد (۲۴). در مطالعه سرچمی گزارش شد که افراد بیمه شده بیش از افراد غیربیمه رضایت داشتند و رضایت بیمه شدگان بیمه‌های اختیاری و متفرقه بیش از سایر انواع معمول بیمه بود (۲۵).

در این مطالعه بین سطح تحصیلات و رضایت کلی گیرندگان خدمت رابطه معکوس معنی‌دار وجود داشت که با نتایج مطالعات پژوهشگران دیگر هم‌خوانی دارد (۲۸-۲۶). این یافته‌ها می‌تواند حاکی از آن باشد که افراد با سطح تحصیلات بالاتر به دلیل آگاهی بیشتر از حقوق خود و همچنین احتمالاً با برخورداری از رفاه بیشتر اقتصادی و اجتماعی، انتظار و توقع بیشتری از مراکز بهداشتی درمانی دارند که این باید توسط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی درک و در ارتقای کیفیت خدمات مورد توجه قرار گیرد.

در مطالعه ما بین سن و رضایت کلی گیرندگان خدمت از مراکز مجری طرح پزشکی خانواده رابطه مستقیم معنی‌دار وجود داشت. در مطالعه حاجیان هم گزارش شد که بیماران با سن بیش از ۳۰ سال به‌طور معنی‌دار از رضایت بیشتری برخوردار بودند (۲۹). در مطالعه چان در هنگ کنگ نیز بیماران مسن‌تر رضایت بیشتری داشتند (۳۰). پایین بودن

مطالعات گزارش شده است. در مطالعه اعظمی فقط ۳۱ درصد (۴۳) و در بررسی در نصرالله پور شیروانی و همکاران هم کمترین میزان رضایت از گران بودن هزینه درمانی اعلام شد (۳۴). پایین بودن رضایت بیماران از هزینه پرداخت شده در این مطالعه، 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 سلامت با مشکل مالی مواجه نشوند.

با توجه به یافته های این پژوهش می توان اظهار داشت که به طور کلی رضایت دارندگان دفترچه بیمه روستایی از خدمات واحدهای سطح ۱ و ۲ نظام شبکه جزء در مورد هزینه خدمات دریافت شده و خدمات مشاوره ای پزشک خانواده بالا بوده است. مسئولین دانشگاهی و سیاست گذاران سطح ملی باید ضمن حفظ وضعیت موجود، نسبت به کاهش جمعیت تحت پوشش پزشکان خانواده اقدام و در افزایش تعرفه های دولتی، درآمد و توان مالی مردم و تورم اقتصادی جامعه را لحاظ نمایند به گونه ای که عامه مردم در خرید خدمات سلامت با مشکل مالی مواجه نشوند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی بابل و مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی گلستان به جهت حمایت مالی، از معاونت بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی بابل، مازندران، گیلان و گلستان و همچنین از روسای شبکه بهداشت و درمان شهرستان های تحت پوشش و مسئولان واحد گسترش شبکه بخاطر مساعدت در اجرای طرح و از خانم ها: حمیده رضانی، مریم رضایی، نیره محمدزاده، فهیمه ذبیحی و محبوبه محمدی و آقایان رحیم ملک زاده و جواد حبیب زاده از کارشناسان بهداشت معاونت بهداشتی بابل که کل داده های پژوهش را در سطح ۳ استان جمع آوری کردند صمیمانه تقدیر و تشکر می کنیم.

نویسندگان اعلام می دارند که هیچ گونه تضاد منافی ندارند.

خصوص حل مشکل مربوط به سلامت بوده است که این می تواند به زیاد بودن جمعیت تحت پوشش و کار پزشکان خانواده مربوط باشد (۳۲). آموزش و مشاوره یکی از معیارهای جامع بودن خدمات محسوب می شود. در مطالعه ابراهیمی و همکاران از مراجعان به بخش سرپایی درمانگاه های بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) تهران گزارش شده که اولویت اصلی بیماران برای مراجعه به پزشک، کسب اطلاعات در مورد بیماری است و بیماران گاهی به جای درمان پزشکی، از پزشک خود انتظار دریافت اطلاعات مرتبط با سلامت را دارند و نگرانی در مورد سلامت و ترس از ابتلای به یک بیماری شدید متغیرهای اصلی مشاوره با پزشک را تشکیل می دهند (۳۳). در مطالعه سجادیان ۸۴ درصد بیماران از اطلاعات دریافتی توسط پزشکان متخصص رضایت داشتند (۳۴).

در این پژوهش رابطه مستقیم معنی داری بین تعداد خدمت دریافت شده و رضایت کلی بیماران بدست آمد. نتیجه فوق با الگوی مصرف کننده خدمات که براساس این فرضیه است که اگر فردی از نتیجه ای راضی باشد، احتمال آن که استفاده از آن را ادامه دهد، افزایش می یابد، همخوانی دارد. چراکه رضایت را می توان نتیجه ای از تحقق یافتن چشم داشت تعبیر کرد (۳۵ و ۳۶).

در مطالعه ما نزدیک به ۹۰ درصد افراد مورد بررسی از شیوه برخورد و برقراری ارتباط پزشک خانواده با بیماران و مردم رضایت داشتند. در مطالعه انصاری هم بیشترین رضایت بیماران از خدمات درمانگاه، رفتار پزشک با بیماران (بیش از ۹۰ درصد) عنوان شده است (۳۷). بسیاری از پژوهشگران میزان رضایت را با طبقه برخورد کارکنان، تشخیص بموقع بیماری توسط پزشک و اطلاع رسانی پزشک، مرتبط دانسته اند چرا که رفتار مودبانه و مناسب نه تنها زمینه جذب بیماران را در هر یک از مراحل درمان و پی گیری فراهم می کند، بلکه رفع نیازهای فردی مراجعان، انگیزه لازم را برای پیشنهاد به دیگر بیماران، بستگان و آشنایان ایجاد خواهد کرد (۴۲-۳۸).

یافته های این مطالعه نشان می دهد که کمترین رضایت مربوط به هزینه های پرداخت شده نسبت به خدمات دریافت شده بوده است. رضایت کمتر از هزینه های پرداخت شده در بیشتر

1. Park JI, Perak k. Textbook of Preventive and Social Medicine, Translated by Hasan Shojaei Tehrani, Volume 2, Guilan University of Medical Sciences 1994; 60-67. [Text in Persian]
2. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultation in general practice. *British Journal of General Practice* 1990; 487:490.
3. Ministry of Health and Medical Education. Health Sector Reform in Islamic Republic of Iran. Tehran; National Office of Health Sector Reform, 2007. [Text in Persian]
4. Weiss BD . The death of Academic Family Medicine : can it be Prevented ?. *Fam Med* 1995; 27(2) : 139-142.
5. Rivo ML. Practicing in the New Millennium: Do You Have What It Takes? *Fam Pract Manag* 2000; 7(1): 35 40.
6. SaifRabiei MA, Shahidzadeh Mahani A. Patient Satisfaction: a Study of Hamedan Teaching and General Hospitals. *Payesh, Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research* 2006;5(4): 271-279. [Text in Persian]
7. Kolta T. The Determination of Patient Satisfaction as a Part of Quality Management in Hospital. *Dtsch Med Wochen* 1996; 121 (28-29): 889-95 .
8. Rao K, Meiberger M, Kruvank K, Visit-Specific Expectation and Patient-centered Outcome. *Journal of Family Medicine* 2000; 9: 1148 56 .
9. Tavasoli E, Alidousti M, Khadivi R, Sharifirad GR, Hasanzadeh A. Relationship Between Knowledge and Attitudes of Rural People with Information Resources About Family Physician Program in Shahrekord. *Journal Research Health System* 2010; 5(3): 498-505. [Text in Persian]
10. Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafiyan Amiri H. Motlagh ME, Kabir MJ, Touran S, Shabestani Mounfared A, Nahvijoy A, Satisfaction in Service Recipients of Health Centers With Family Physician Program in northern Provinces of Iran: 2008. *Journal of Rafsanjan Nursing And Midwifery Faculty* 2009; 3(4): 1-10 [Text in Persian]
11. Maftoon F, Aeinparast A, Montazeri A, Farzadi F, Jahangiri K. Rural Satisfaction Insured Covered by Health Insurance Organizations and Service Providers Plan and Family Physician Referral System. 1 st Edition. Tehran Health Insurance Organizations Press, 2010. [Text in Persian]
12. Management and Insurance. Set of Rules and Regulations of People in Need of Health Insurance Coverage. Imam Khomeini's Relief Committee (Department of Health). 2003. [Text in Persian]
13. Family physician Instruction. Version 12. Iran. Ministry of Health and Medical Education; Sep 2011; 4- 102. [Text in Persian]
14. Abolhasani F. Health Program Management, Systematic Approach for Promotion of Health Program Efficiency. Tehran; publishing Baraye Farda, 2004: 27-67. [Text in Persian]
15. Ministry of Health and Medical Education. Report on Rural Insurance Program and Family Physician. Department of Health. Network Development and Health Promotion Center. Tehran; Ministry of Health and Medical Education, 2007. [Text in Persian]
16. Alidosti M, Tavassoli E, Khadivi E, Sharifirad GR. A Survey on Knowledge and Attitudes of Rural Population Towards the Family Physician Program in Shahr-e-kord City. *Health Information Management* 2007; 629-636 [Text in Persian]
17. Shakeri I. Contact Doctor – Patient and its Role in Patient Satisfaction of Treatment Process. *J Med Ethics History* 2009; 2(3): 9-16. [Text in Persian]
18. Bredart A, Mignot V, Rousseau A, Dolbeault S. Validation of the EORTC QLQ-SAT32 Cancer Inpatient Satisfaction Questionnaire by Self-verses Interview-assessment Comparison. *Patient Education and Counseling* 2004; 54: 207-12.
19. Khodaveisi M, Fathi Y. Satisfaction of Hamadan's Suburb Villagers from Village Health Services Center. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences & Health Services* 1996; 4(7): 55-52 [Text in Persian]
20. Malekafzali H, Keyghobadi K. Performance Evaluation Health Homes of Tonekabon city Through Index Death Birth. *J Daru and Darman* 1987; (4): 41-43. [Text in Persian]
21. Weingarten SR, Stone E, Green A, Pelter M, Nessim S, Huang H, et al. A Study of Patient Satisfaction and Adherence to Preventive care Practice Guidelines. *Am J Med* 1995; 99: 590-6.
22. Karimi S, kazemi M. Review Process of Barriers to the Provision of Health Services in the City of Sirjan: 2004-2008. *Health Information Management* 2008; (2): 157. [Text in Persian]
23. Zolfaghri B, Oveis gharn S, Adibi A, Kabiri p. How can Use to Control of Patient Satisfaction for the Quality of Health care Services in Hospitals? *Teb va Tazkiyeh* 2005; (4): 35-43. [Text in Persian]
24. Zafarghandi MR, Rezaei SA, Khalkhali HR. Evaluation of Patient Satisfaction Rate of Admission Processing in the Hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Hakim Research Journal* 2005; 8(3): 37-31. [Text in Persian]
25. Sarchami R, Sheikhi MR. Patient's Satisfaction of Quality Services in Emergency Departments. The

- Journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services 2001;(18): 68-64. [Text in Persian]
26. AL-Doghaither AH. Inpatient Satisfaction with Physician Services at King Khalid University Hospital. Riyadh, Saudi Arabia; East Mediterr Health J 2004; 10(3): 358-64
27. Bahramoor A, Zolala F. Patient Satisfaction and Related Factors in Kermanshah hospitals. East Mediterr Health J 2005; 10(5-6): 905-11
28. Nguyen Thi PL, Le TG, Empeur F, Briancon S. Satisfaction of Patients Hospitalized in Ho Chi Minh City, Vietnam. Sante Publique 2002; 14(4): 345-60.
29. Hajian k. Patient Satisfaction in the Delivery of Health Care Journal of Babol University of Medical Sciences 2007; 9(2): 54-60 [Text in Persian]
30. Chan JN, Chau J. Patient Satisfaction with Triage Nursing Care in Hong Kong. J Adv Nurs 2005; 50(5): 498-507.
31. Nan Bakhsh H, Pourali R. Study of Rural Satisfaction from the Health and Treating Services of Health Houses of Urmia city in 2002. Urmia Medical Journal 2003; 14(1): 26-20. [Text in Persian]
32. Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Tourani S, Shabestani Mounfared A, Nahvijoy A. Satisfaction of Family Physician (FPs) About Effective Factors on Activation of FP Program in Medical Universities. Journal of Guilan University Medical Sciences 2011; 76: 48-55. [Article in Persian]
33. Ebrahimi A, Nasr Esfahani, Saghafi N. Patients' Expectations and Satisfaction with their Physicians. Iran University of Medical Sciences 2004; 14(41): 375-67. [Text in Persian]
34. Sajadian A, Kaviani A, Yoesiah M, Fateh A. Survey of Patient Satisfaction with the Services Provided in the Clinic of Breast Diseases. Payesh Journal 2002; 1(3): 55-62. [Text in Persian]
35. Kravitz Richard L, Cope Dennis W, Bhargava V. Internal Medicine Patients Expectations for care During Office Visit. Journal of General Internal Medicine, 1994; 9(2):75-81
36. Gilbert RG. Measuring Internal Customer Satisfaction. Managing Service Quality 2000; 10 (3): 178-86.
37. Ansari H, Ebadi F, Mollasadeghi Q. Rate of Patient Satisfaction in Hospitals of Iran University Medical Sciences. Journal Birjand University Medical Sciences 2004; 11(3): 38-45 [Text in Persian]
38. Liang W, Burner CB, Rowland JH, Mcropot NJ, Eggert H, Hwang YT, et al. Communication Between Physicians and Older women with Localized breast Cancer: Implications for Treatment and Patient Satisfaction. Journal of Clinical Oncology 2002; 20: 1008-16.
39. Butow PN, Dowsett S, Hagerty R, Tattersall MH, Communicating Prognosis to Patients with Metastatic Disease: what do they Really Want to know?. Supportive Care Cancer 2002; 10: 161-8.
40. Bluman LG, Brostelman NA, Rimer BK. Knowledge, Satisfaction and Perceived Cancer risk Among Women Diagnosed with Ductal Carcinoma In Situ. Journal Women's Health Gender Based Medicine 2001; 10: 589-98
41. Hass SH, Cook F, Paopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the Professional Satisfaction of General Internists Associated with Patient Satisfaction. Journal General of Internal Medicine 2000; 15: 122-28.
42. Speedling EJ, Rose DN. Building an effective doctor-patient satisfaction to patient participation. Social Science & Medicine 1985; 21: 115-20.
43. Ahzami A, Akbarzadeh k. Survey of Patient Satisfaction with the Services Provided in Hospitals of Ilam. Journal Ilam University Medical Sciences 2004; 12(44,45): 10-16. [Text in Persian]
44. Nasrollahpour Shirvani SD, Raeissi P, Motlagh ME, Kabir MJ, Ashrafian Amiri H. Satisfaction in Service Recipients of Health Centers With Family Physician Program in Iran University of Medical Sciences: 2008. Journal of Homa-ye-salamat 2012; 39:41-46. [Text in Persian]

Satisfaction of Patients with Rural Insurance in Terms of the First and Second Levels of Health Services Presentation in Northern Provinces of Iran

Ashrafian Amiri H. (MD)¹- Mikaniki E. (MD)¹- *Nasrollahpour Shirvani S.D. (PhD)¹- Kabir MJ. (PhD)²- Jafari N. (PhD)²- Rahimi kolamrodi H. (MD)³- Oveis GH. (MD)⁴-Sedaghat S.M.(MD)⁵

*Corresponding Address: Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

Email: dnshirvani@gmail.com

Received: 19 Nov/2013 Accepted: 16 Feb/2014

Abstract

Introduction: Satisfaction has been a concept of high importance in today's health care services and is considered as one of the criteria in evaluating the quality of services. The present study has been conducted to evaluate the satisfaction level of patients with rural insurance in terms of the first and second levels of health services presentation in northern provinces of Iran.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted in the second half of the year (2012); 139 centers (25%) implementing rural insurance and family physician program were selected through systematic random sampling as the research samples and 6 out of 8 patients with insurance, who received required services after being referred to the second level by FPs, were evaluated. Data-collecting instrument was a researcher-made questionnaire, and the validity and reliability were confirmed. Data were analyzed by SPSS₁₇ statistical software at the significance level of $p < 0.05$.

Results: From the 955 patients who received services after referral to the first and second levels, 752 patients (78.7%) were female. The mean age of patients was 40.2 ± 15.6 years and the mean referral of patients during the 9 months of (2012) was found to be 8 ± 8.4 to home health and 6.4 ± 6.6 to healthcare centers. Out of the 5 scores for level of patients satisfaction, 4.5 ± 0.5 , 4 ± 0.7 and 4 ± 0.8 were allocated to home health, healthcare centers, and second level hospitals and specialists, respectively. There was an inverse relationship between the overall satisfaction and education level and a direct relationship between satisfaction and age, number of referral to home health and healthcare centers ($P < 0.05$). A significant difference was observed in the mean level of patients' satisfaction with second level hospitals and clinics in northern provinces of Iran ($P < 0.05$). However, no significant difference was found in the patients' satisfaction level between home health and healthcare centers ($P > 0.05$).

Conclusion: The results showed a high level of satisfaction in patients with rural insurance. While maintaining and improving the existing condition, it is proposed that satisfaction levels of patients with other health insurances be compared and evaluated.

Conflict of interest: non declared

Key words: Health Centers/ Insurance Coverage/ Patients, Satisfaction/ Physician, Family

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 90, Pages: 14-23

Please cite this article as: Ashrafian Amiri H, Mikaniki E, Nasrollahpour Shirvani SD, Kabir MJ, Jafari N, Rahimi kolamrodi H, Oveis G, Sedaghat SM. Satisfaction of Patients with Rural Insurance in Terms of the First and Second Levels of Health Services Presentation in Northern Provinces of Iran. J of Guilan University of Med Sci 2014; 23(90):14-23. [Text in Persian]

1. Social Determinants of Health Research, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
2. Health Management & Social Determinants Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
3. Vice -Chancellery for Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
4. Vice -Chancellery for Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
5. Vice -Chancellery for Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran