

بررسی میزان رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده، در جمعیت بیمه شده تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار؛ ۱۳۹۰

علیرضا قربانی^۱، محمدرضا شگرف نخعی^۲، یاسر تیرایی^۳، احمد دولت آبادی^۴، حمید عالمی^۴

^۱ دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ استادیار گروه اعصاب و روان، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

^۳ عضو هیأت علمی گروه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

^۴ کارشناس بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

نشانی نویسنده مسؤول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، علیرضا قربانی

E-mail: Arg_phealth@yahoo.com

وصول: ۹۱/۲/۱۶، اصلاح: ۹۱/۴/۱۸، پذیرش: ۹۱/۶/۲۴

چکیده

زمینه و هدف: پزشک خانواده مرکز تلاش‌های جهانی برای بهبود کیفیت، هزینه اثربخشی و برابری در سیستم‌های مراقبت سلامت است. افزایش رضایتمندی مردم از خدمات از جمله اهداف برنامه پزشک خانواده است. این مطالعه با هدف تعیین میزان رضایتمندی دارندگان دفترچه بیمه روستایی از خدمات پزشک خانواده در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه دو بخشی برای ۱۲۵۰ نمونه که به صورت تصادفی در هر طبقه انتخاب شده بودند، جمع‌آوری و میزان رضایتمندی در ۸ حیطه بررسی شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 17 و با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل، همبستگی پیرسون و آنووا مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۱۱۹۹ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت. ۶۹/۴ درصد از نمونه‌های پژوهش‌خانه‌دار بودند. همچنین ۷۲/۱ درصد زن بوده، ۸۵/۳ درصد متأهل، ۸۶/۴ درصد ساکن روستا و ۹۰/۹ درصد از مراکز دولتی خدمات دریافت کرده بودند. در ۸ حیطه مورد بررسی، بیشترین و کمترین میزان رضایتمندی به ترتیب از هزینه پرداختی و اعتماد به عملکرد پزشک خانواده به دست آمد. بر اساس آزمون‌های انجام شده بین جنس، سن، شغل و وضعیت تأهل با میزان رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده رابطه معنی‌دار آماری وجود نداشت. اما رابطه بین محل سکونت، تحصیلات و نوع مرکز ارائه دهنده خدمات با میزان رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده از نظر آماری معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که تحصیلات بالاتر، دریافت خدمات از مراکز بهداشتی درمانی شهری و مراکز خصوصی ارائه‌دهنده خدمات پزشک خانواده رضایتمندی بیشتری را برای مراجعین به همراه دارد.

واژه‌های کلیدی: رضایتمندی، پزشک خانواده، ایران.

مقدمه

برای بهبود اساسی سلامت از دست می‌رود (۱). دسترسی

آسان و کم هزینه بیماران به مراکز ارائه خدمات درمانی از

بدون مراقبت‌های سلامتی، بسیاری از فرصت‌ها

فاکتورهای جوامع توسعه یافته است. کشورها برای دست یافتن به این جایگاه ممتاز، تلاش های زیادی کرده اند و توجه به برنامه پزشک خانواده، از جمله این اقدامات بوده است (۲). 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 را محدود می کند.

سازمان جهانی بهداشت، پزشک خانواده را مرکز تلاش های جهانی برای بهبود کیفیت، هزینه اثربخشی و برابری در سیستم های مراقبت سلامت می داند. در این راستا، یکی از موارد پیش بینی شده در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (ماده ۹۱)، تأکید بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع است (۳). این برنامه از ابتدای سال ۱۳۸۴ با توزیع ۲۱ میلیون دفترچه بین روستاییان و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر، به اجرا در آمده است (۴).

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 بطور کلی خدمات جامع حوزه بهداشت و درمان با اولویت ارائه به هنگام این خدمات تعریف شده است (۵). پزشک خانواده موظف به ارائه خدمات با کیفیت، جامع و متناسب با نیاز مردم برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت فرد، خانواده و جامعه بوده و مسئول ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جمعیت تحت پوشش خود اعم از سالم یا بیمار، بدون توجه به اختلاف سنی، جنسی، اقتصادی، فرهنگی و نوع بیماری؛ قبل از تولد تا لحظه مرگ است (۴). در این برنامه؛ به منظور کنترل هزینه ها، افزایش پاسخگویی و امکان پیگیری خدمات ارائه شده به بیمار، حرکت بیمار در سطوح سه گانه نظام ارائه خدمات به شکل کاملاً هدایت شده و با محوریت پزشک خانواده

انجام می شود (۵).

از جمله اهداف برنامه بیمه روستایی مبتنی بر پزشک خانواده: احیای نظام ارجاع، افزایش پاسخگویی، افزایش دسترسی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی، کاهش هزینه های غیرضروری، افزایش پوشش خدمات و از همه مهم تر، افزایش رضایتمندی مردم از خدمات سلامتی است (۶). میزان رضایت گیرندگان خدمت باید در مراحل طراحی، اجرا و ارزشیابی به عنوان محوری ترین شاخص موفقیت برنامه بیمه روستایی مدنظر بوده و مبنای بازنگری در مکانیسم پرداخت و فرایند پایش عملکرد پزشک خانواده باشد (۴). ارزیابی رضایتمندی بیماران به موضوع مهمی در ارزشیابی خدمات بهداشتی درمانی تبدیل شده و یکی از معیارهای بالا بودن کارایی ارائه دهندگان خدمات سلامت است (۲). بهبود رضایت بیماران در حفظ رابطه وی با ارائه دهنده خدمات و مدیریت محیط مراقبت اهمیت فزاینده ای دارد (۷). 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 و افزایش اهمیت حمایت از مصرف کننده در خدمات بهداشتی نیز یکی از عناصر جامعه آزاد است (۷).

در مطالعه جعفری بیشترین رضایت نسبت به مناسب بودن هزینه خدمات ابراز شده است. بین سن و رضایتمندی، همبستگی معکوس وجود داشته و رضایتمندی افراد با شغل، فاصله محل سکونت تا مرکز و دفعات مراجعه ایشان به مرکز بهداشتی ارتباط معنی دار آماری نشان داده ولی این ارتباط با جنس، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان و سطح تحصیلات مشاهده نشده است. بین سطح تحصیلات افراد و رضایتمندی آنان نسبت به برخورد پرسنل، زمان انتظار، هزینه خدمات و آموزش و راهنمایی نیز ارتباط معناداری وجود داشت (۹). در مطالعه کمپبل بین گروه های مختلف سنی، نژاد و وضعیت

بهداشتی درمانی طراحی گردید. حداکثر امتیاز رضایت-مندی در هر حیطه ۲۵ و حداقل آن ۵ و در خصوص رضایت‌مندی کلی نیز حداکثر امتیاز ۲۰۰ و حداقل آن ۴۰ بود. در خصوص سنجش روایی، ابزار جمع‌آوری داده‌ها به تأیید کارشناسان دفتر توسعه شبکه معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و متخصصین پزشکی اجتماعی رسید و برای سنجش پایایی نیز در مرحله پیش‌آزمون ۳۵ پرسشنامه از طریق مصاحبه با دارندگان دفترچه بیمه روستایی جمع‌آوری گردید و ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵۵ محاسبه شد. برای شروع مطالعه از روش نمونه‌گیری دو مرحله‌ای استفاده شد. بدین صورت که، هر یک از ۳۷ مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشکی خانواده به عنوان یک طبقه و هر یک از روستاهای تحت پوشش مرکز نیز به عنوان یک خوشه تعریف شده و تعداد نمونه مورد نیاز در هر خوشه بر حسب نسبت جمعیت آن خوشه به کل جمعیت طبقه محاسبه گردید و در مجموع ۱۲۵۰ نمونه انتخاب شد. ۳۵ مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه در جمعیت روستایی بوده و ۶ 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 انجام شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS 17 و با استفاده از آزمون‌های آماری t مستقل، همبستگی پیرسون و ANOVA مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از میان ۱۲۵۰ پرسشنامه جمع‌آوری شده، ۱۱۹۹ پرسشنامه مورد استفاده در تجزیه و تحلیل وارد نرم افزار شده و نتایج زیر حاصل گردید. ۶۹/۴ درصد از نمونه‌های پژوهش خانه دار بوده و ۱۷/۳ درصد نیز کشاورز

اقتصادی اجتماعی بیماران با رضایت آنها از خدمات بهداشتی درمانی اختلاف معنی‌داری وجود دارد. سفیدپوستان، افراد مسن تر و مرفه تر دارای رضایت بیشتری از خدمات بهداشتی درمانی بوده‌اند. ولی بین دو جنس، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت (۱۰). در مطالعه‌های رضایت بیشتر با سن بالاتر، سواد کمتر، متاهل بودن و طبقه اجتماعی بالاتر مرتبط بوده و بین رضایت‌مندی بیماران با نژاد، جنس، درآمد و بعد خانوار ارتباط معنی‌داری گزارش نشده است (۱۱).

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

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی بوده و در جمعیت روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر تحت پوشش برنامه پزشکی خانواده دانشگاه علوم پزشکی سبزوار در سال ۱۳۹۰ انجام شده است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه بوده و داده‌ها از طریق انجام مصاحبه کارکنان بهداشتی آموزش دیده با افراد، گردآوری گردید. پرسشنامه در ۲ بخش تدوین شد:

الف: بخش اطلاعات زمینه‌ای و دموگرافیک.

ب: سؤالات مربوط به سنجش میزان رضایت‌مندی دارندگان دفترچه بیمه روستایی که با استفاده از مقیاس لیکرت در ۸ حیطه: 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

جدول ۱: میزان رضایتمندی نمونه های پژوهش به تفکیک حیطه های مورد بررسی

| حیطه | مراقبت و تکریم پزشک خانواده | فراهم بودن و دسترسی بموقع به پزشک خانواده | عملکرد واحدهای پیراپزشکی در برنامه پزشک خانواده | اعتماد و اعتقاد به عملکرد پزشک خانواده | زمان انتظار برای دریافت خدمات پزشک خانواده | سودمندی (موثر بودن) اقدامات پزشک خانواده | میزان هزینه پرداختی بابت خدمات ارائه شده در برنامه پزشک خانواده | ایمنی و رفاه در زمان دریافت خدمات از پزشک خانواده | رضایتمندی کل |
|------|-----------------------------|---|---|--|--|--|---|---|--------------|
| شاخص | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین |
| | ۱۰/۲۳ | ۳/۲۲ | ۱۱/۳۸ | ۳/۴ | ۱۱/۰۱ | ۳/۸۷ | ۹/۸ | ۲/۸۳ | ۲۰/۸۶ |
| | ۱۰/۲۳ | ۳/۲۲ | ۱۱/۳۸ | ۳/۴ | ۱۱/۰۱ | ۳/۸۷ | ۹/۸ | ۲/۸۳ | ۲۰/۸۶ |

بر اساس آزمون تی 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 (۹۷/۲۷±۲۲/۵۵) بیشتر از رضایتمندی دریافت کنندگان خدمت از مراکز دولتی (۸۴/۹۱±۲۰/۵) بوده و این اختلاف معنی دار است (p=0.000).

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین سن (۴۰/۴۱±۱۶/۱۹) نمونه های مورد پژوهش و میزان رضایتمندی ایشان از برنامه پزشک خانواده رابطه معنی دار آماری وجود ندارد. (P=۰/۶۹۹)

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون آنالیز واریانس نشان داد که بین سطح تحصیلات نمونه های مورد پژوهش و میزان رضایتمندی ایشان از برنامه پزشک خانواده رابطه معنی دار آماری وجود دارد (df=۴، p=۰/۰۰۰) اما این رابطه بین شغل (df=۴، p=۰/۴۳۷) و اهمیت هم جنس بودن پزشک (df=۴، p=۰/۲۴۱) با میزان رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده معنی دار نبود.

بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، بالاترین سطح رضایتمندی در برنامه پزشک خانواده، از میزان هزینه پرداختی برای دریافت خدمات است که با نتایج مطالعه جعفری مطابقت دارد. با توجه به عدم پرداخت حق بیمه سالانه، تعرفه پایین ویزیت پزشک و خدمات دارویی در

بوده اند. همچنین ۷۲/۱ درصد از نمونه های مورد پژوهش زن بوده، ۸۵/۳ درصد متاهل، ۸۶/۴ درصد ساکن روستا و ۹۰/۹ درصد از مراکز دولتی خدمات دریافت نموده اند. ۳۲/۱ درصد از نمونه های پژوهش بیسواد، ۳۲/۵ درصد دارای تحصیلات دوره ابتدایی و ۱/۳ درصد نیز دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر از آن بوده اند. نتایج نشان داد که همجنس بودن پزشک برای ۲۵/۳ درصد از نمونه های پژوهش اهمیتی نداشته و برای ۲۳/۴ درصد ایشان دارای اهمیت خیلی زیاد بوده است. در ۸ حیطه مورد بررسی رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده، نمونه های پژوهش در حیطه میزان هزینه پرداختی بابت خدمات ارائه شده با نمره رضایت ۱۲/۳۸±۴/۱۶ دارای بیشترین میزان رضایتمندی و در حیطه اعتماد و اعتقاد به عملکرد پزشک خانواده با نمره ۹/۸±۲/۸۳ دارای کمترین میزان رضایتمندی بوده اند. همچنین میزان رضایتمندی کل از برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی ۸۵/۷۳±۲۰/۸۶ بدست آمده است (جدول ۱).

آزمون تی نشان داد که بین جنس (p=۰/۹۱۵) و وضعیت تأهل (p=۰/۷۹۷) نمونه های مورد پژوهش و میزان رضایتمندی ایشان از برنامه پزشک خانواده رابطه معنی دار آماری وجود ندارد. همچنین آزمون تی نشان داد که بین محل سکونت نمونه های مورد پژوهش و میزان رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده رابطه معنی دار آماری وجود دارد. میانگین رضایتمندی ساکنین مناطق شهری (۹۷/۴۲±۲۲/۶۴) بیشتر از رضایتمندی ساکنین روستا (۸۴/۳۲±۲۰/۳۲) بوده و این اختلاف معنی دار است (P= 0.000).

برنامه پزشک خانواده (۱۰ درصد فرانشیز) و ارائه خدمات رایگان پانسمان و تزریقات، رضایت بالا از میزان هزینه پرداختی قابل توجه می‌باشد. از طرفی حیطة اعتماد و اعتقاد به عملکرد پزشک خانواده دارای کمترین میزان رضایت‌مندی است که از علل آن می‌توان به پایین بودن میزان ماندگاری پزشکان خانواده و به‌کارگیری پزشکان جوان و کم‌تجربه در ارائه خدمات درمانی به جمعیت تحت پوشش اشاره نمود.

بر اساس نتایج به‌دست آمده بین محل سکونت (دسترسی و فاصله تا مرکز ارائه‌دهنده خدمت) و میزان رضایت‌مندی رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت که با نتایج مطالعه جعفری و ربیعی مطابقت دارد. با توجه به استقرار تیم پزشک خانواده در مراکز بهداشتی درمانی 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 توجه می‌باشد. از میان ۳۷ مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده، ۴ نقطه شهری تحت پوشش پزشکان بخش خصوصی طرف قرارداد مستقیم با سازمان بیمه خدمات درمانی و مابقی تحت پوشش معاونت بهداشتی دانشگاه می‌باشند.

با توجه به اینکه تمامی پزشکان بخش خصوصی از ابتدای اجرای برنامه (۶ سال) به‌طور ثابت طرف قرارداد بیمه خدمات درمانی هستند و در مقایسه با مراکز دولتی ارائه‌دهنده خدمات، درصد تغییرات پزشکان خانواده بسیار پایین‌تر می‌باشد. 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 معنی‌دار آماری وجود داشت که این امر

با نتایج مطالعه جعفری، کمپیل و هال مطابقت دارد. بر اساس نتایج به‌دست آمده از این مطالعه بین وضعیت تأهل و رضایت‌مندی از خدمات پزشک خانواده، رابطه معنی‌دار آماری وجود نداشت که این امر با نتایج مطالعه جعفری مطابقت دارد ولی با نتایج مطالعه هال همخوانی نداشت. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که بین سن و رضایت‌مندی از خدمات رابطه معنی‌دار آماری وجود ندارد که این امر با نتایج مطالعه جعفری، کمپیل و هال همخوانی ندارد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، بین سطح تحصیلات و رضایت‌مندی از خدمات رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد که این امر با نتایج مطالعه جعفری و هال مطابقت ندارد. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که بین شغل و رضایت‌مندی از خدمات رابطه معنی‌دار آماری وجود ندارد که این امر با نتایج مطالعه جعفری همخوانی نداشت.

با توجه به نتایج به‌دست آمده و در راستای ارتقاء رضایت‌مندی بیماران از برنامه پزشک خانواده پیشنهاد می‌شود مطالعاتی در زمینه تأثیر ماندگاری، سطح مهارت‌های بالینی و تجربه کاری پزشکان خانواده با رضایت‌مندی بیماران از برنامه پزشک خانواده انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل اجرای طرح پژوهشی شماره ۳۷/۱۰۴-۳۸۹۰۹۱۵۳۷ مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار می‌باشد. بدین‌وسیله از حمایت‌های مالی و معنوی حوزه معاونت آموزش، تحقیقات و فناوری و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار سپاسگزاری می‌شود. همچنین از تلاش همکاران پرسشگر و همکاری شرکت‌کنندگان در این پژوهش قدردانی می‌گردد.

References

1. World Health Organization. Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : Commission on Social Determinants of Health final report [Internet]. Geneva,

- Switzerland : World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health, 2008 [cited 2012 Feb 9]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf.
2. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pract.* 1990; 40(341): 487-90.
 3. Ministry of Health and Medical Education. Health Sector Reform in Islamic Republic of Iran. Tehran: National Office of Health Sector Reform ; 2007. (Persian)
 4. Ministry of Health and Medical Education. Executive Instruction of Family medicine and Rural Insurance. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2009. (Persian)
 5. Ministry of Health and Medical Education. Family medicine and Referral System in Islamic Republic of Iran. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, Department of Health; 2007. (Persian).
 6. Jamshidi H, Farzadfar F, Naeli J, Haddadi M, Moghimi D. Performance Monitoring of Family medicine. Tehran: National Office of Health Sector Reform; 2006. (Persian)
 7. Wagner PJ, Moseley GC, Grant MM, Gore JR, Owens C. Physicians' emotional intelligence and patient satisfaction. *Fam Med.* 2002;34(10):750-4.
 8. Greene MG, Adelman RD, Friedmann E, Charon R. Older patient satisfaction with communication during an initial medical encounter. *Soc Sci Med.* 1994;38(9):1279-88.
 9. Jafari F, Zaieri F, Johari Z, Ramezankhani A , Sayyahiran Z. Evaluation of Satisfaction and its Determinants in health Center Customers. *Daneshvare Salamat.* 2006;14 (66):15.
 10. Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Qual Health Care.* 2001;10(2):90-5.
 11. Hall JA, Dornan, MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: ameta-analysis. *Soc Sci Med.* 1990;30(7):811-8.

Study of Satisfaction Rate of Family Medicine plan in insured Population of Sabzevar University Medical of sciences

Ghorbani A., MSc

PhD Student in Health Economics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Shegarf nakhaie M., Ph.D

Assistant Professor of psychology, Faculty of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Dovlat abadi A., BSc

Bsc of Public health, Network development expert, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Alemi H., BSc

Bsc of Public health, Network development expert, Sabzevar University of Medical, Sabzevar, Iran

Tabarraie Y., MSc.

Faculty Member of Department of Biostatistics, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Received:05/05/2012, Revised:08/07/2012, Accepted:14/09/2012

Corresponding author:

Oromiyeh, Sero Road, Oromiyeh University, Faculty of Physical Education and Sport Sciences
E-mail: behrouz_phsport@yahoo.com

Abstract

Background: Family medicine is a global effort to improve quality, cost-effectiveness, and equality in health care systems. Family medicine is bound to maintain and promote family and community health. Increasing people's satisfaction with the Family Physician Plan is one of these goals. This study aimed to determine the rate of satisfaction with family medicine in the population insured by Sabzevar University of Medical Sciences.

Materials and methods: This was a cross-sectional study. Data was collected by a two-part questionnaire measuring satisfaction in 8 scopes. Totally 1250 samples were selected randomly in each class. Data was analyzed with SPSS 17, using independent t-test, ANOVA, and Pearson correlation coefficient.

Results: Collectively, 1199 questionnaires were analyzed. Of the sample population, 69.4% were housewives; 72.1% were female, 85.3% were married, 86.4% were rural residents, and 90.9% received services from public centers. In the studied scopes, the highest and lowest levels of satisfaction were observed, respectively, in payment costs and trust and belief in family medicine performance. Relationship of sex, age, job and marital status with satisfaction rate was no significant. Also relationship between residence, education level, and type of center with the rate of satisfaction with family medicine was statistically significant.

Conclusion: Results show that higher education level and receiving services from urban and private centers lead to more satisfaction for clients.

Key words: Satisfaction, family practice, Iran.