

## میزان رضایت بیماران از پزشکان متخصص شیراز

دکتر سیدمحمدتقی آیت‌اللهی<sup>۱</sup>، زهرا حیدری<sup>۲</sup>، دکتر حسن حق‌شناس<sup>۳</sup> و سیدعلیرضا آیت‌اللهی<sup>۴</sup>

### خلاصه

مطالعه حاضر به منظور ارائه یک مدل کمی برای تعیین میزان رضایت بیماران از پزشکان متخصص شیراز طرح‌ریزی گردید. با استفاده از روش نمونه‌گیری سیستماتیک، از فهرست ۴۲۱ نفر پزشک متخصص شاغل، ۷۸ نفر به طور تصادفی انتخاب گردیدند. به ازاء هر پزشک ۱۰ بیمار به طور تصادفی انتخاب شد و در نتیجه ۷۸۰ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند. پرسش‌نامه‌ای حاوی پنج بخش مشخصات فردی بیمار (همراه بیمار)، روابط پزشک-بیمار، وضعیت سلامت عمومی، وضعیت پزشک و مشخصات فردی پزشک تهیه شد و هر بخش آن توسط نویسنده دوم، منشی پزشک و پزشک تکمیل گردید. نتایج نشان داد که رضایت بیماران از پزشکان مرد به طور معنی‌داری بیشتر از پزشکان زن بوده است. میزان رضایت بیماران با افزایش سن آنها بیشتر می‌شود. سطح تحصیلات بیماران، همبستگی معکوسی با میزان رضایت آنها دارد. بیشترین میزان رضایت از پزشکان متخصص اطفال و کمترین آن از پزشکان متخصص پوست و مو بوده است. وضعیت سلامت عمومی بیماران در میزان رضایت آنها تأثیر مثبت داشت. در برازش رگرسیون لجستیک روی متغیرهای مورد نظر، مدل کاملاً مناسبی به دست آمد به طوری که پیش‌بینی صحیح در دو گروه بیماران راضی و ناراضی به ترتیب ۹۹/۷ و ۹۷/۳ درصد بود. در روش تجزیه به مؤلفه‌های اصلی، اولین مؤلفه به تنهایی ۵۱/۴٪ از کل تفاوت‌های بین افراد را از لحاظ متغیرهای مؤثر بر رضایت نشان داد. نتایج این پژوهش می‌تواند به عنوان مدلی برای سنجش میزان رضایت بیماران به کار رود.

واژه‌های کلیدی: رضایت بیمار، مدل کمی، پرسش‌نامه وضعیت سلامت عمومی، پزشکان متخصص، عوامل خطر، شیراز

۱- دانشیار، ۲- پژوهش‌گر ۴- مربی گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، ۳- استادیار گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات بهداشتی-درمانی شیراز

## مقدمه

رضایت از پزشکان و پیراپزشکان پدیده‌ای است که در پیشگیری و درمان بیماری‌ها نقش به‌سزایی دارد، به طوری که هر چه به میزان رضایت افراد افزوده گردد بهبودی جسمی و روانی بهتر و سریع‌تر صورت می‌پذیرد (۱۷). به نظر می‌رسد به منظور جلب رضایت بیشتر بیماران، هم‌زمان با ایجاد تحولات جهانی در آموزش پزشکی می‌بایست نحوه عرضه خدمات بهداشتی - درمانی در جوامع نیز تغییرات اساسی پیدا کند. این امر با تحقیقاتی بسیار وسیع در چندین کشور تأیید گردیده است. (۲،۵،۹،۱۱،۱۲،۱۴،۱۵،۱۹،۲۱،۲۲،۲۴) نابسامانی‌های موجود در نحوه ارائه خدمات بهداشتی - درمانی به افراد از نکات انکارناپذیر در بسیاری از کشورهای جهان می‌باشد. می‌توان گفت که برنامه بهداشت ملی نتوانسته است رضایت همگان را در چنین کشورهای جلب نماید (۱). بنابر این هم‌راستا با برآوردن نیازهای بهداشتی و درمانی کشورها، شناخت و بررسی جامعه از طریق کارهای پژوهشی بسیار ضروری به نظر می‌رسد که در این بین رضایت مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی و درمانی، شاخص بسیار مهمی جهت ارزیابی کیفیت و نحوه ارائه خدمات توسط کادر پزشکی و کارکنان وابسته می‌باشد (۲۳). توجه به جنبه‌های روانی - اجتماعی به خصوص ارتباط صحیح با بیماران بیش از توجه به جنبه‌های دیگر، موجب رضایت بیماران خواهد شد (۶). دای ماتئو (DiMatteo) و بارتلت (Bartlett) در تحقیقاتی که به ترتیب در سال‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۸۴ انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که رضایت بیمار به توانایی پزشک در ایجاد ارتباط با وی بستگی دارد. این توانایی‌ها شامل مهارت‌های شخصی پزشک، برقراری ارتباط چشمی، گوش دادن به جزئیات گفته‌های بیمار، اجازه ابراز احساسات به بیمار و ... می‌باشد (۳،۷). هال (Hall) و همکاران در پژوهش‌هایی که در سال‌های ۱۹۹۶ و ۱۹۹۸ انجام دادند به این نتیجه رسیدند که رابطه پزشکان با بیماران پریشان‌تر و ضعیف‌تر، نامناسب‌تر می‌باشد و نیز وضعیت سلامت عمومی رابطه مستقیمی با رضایت بیمار دارد به طوری که سلامت کمتر بیمار باعث رضایت کمتر وی از پزشک می‌گردد (۱۴،۱۳). ارزشیابی رضایت بیماران از مراقبت‌های پزشکی از جامعه‌ای به جامعه دیگر تغییر می‌کند و تعیین الگوی رضایت بیماران در جامعه ما و استفاده از آن می‌تواند سطح سلامت عمومی را ارتقاء بخشد و از این رو مطالعه حاضر که برای اولین بار با روش شناسی پیشرفته آماری در ایران صورت گرفته، به منظور تعیین میزان رضایت بیماران از پزشکان متخصص شیراز طرح‌ریزی گردید تا با ارائه روشی کمی، رضایت بیماران و عوامل مؤثر بر این پدیده

را ارزشیابی نموده و به ارائه راهکارهایی جهت اصلاح الگوی رضایت آنان بیانجامد.

## روش تحقیق

جامعه آماری مطالعه حاضر از پزشکان متخصص شهر شیراز که در هفت گروه جراحی، داخلی، کودکان، گوش و حلق و بینی، چشم، پوست و زنان و زایمان اشتغال داشتند و بالغ بر ۴۲۱ نفر می‌شدند، تشکیل می‌شد. از این تعداد ۱۳۷ نفر (۳۲/۵٪) عضو هیأت علمی دانشگاه و ۲۸۴ نفر بقیه (۶۷/۵٪) را سایر پزشکان متخصص تشکیل می‌دادند.

ابتدا فهرستی از این پزشکان بر اساس تخصص‌های هفت‌گانه مذکور، عضویت و عدم عضویت در هیأت علمی و منطقه‌ای که مطب یا درمانگاه در آن واقع می‌شد، تهیه گردید. سایر تخصص‌های پزشکی نظیر روانپزشکی، آسیب‌شناسی، رادیولوژی، بیهوشی، پزشکی هسته‌ای و ... مورد مطالعه نبوده و جزء اهداف بررسی قرار نداشتند.

اندازه نمونه پزشکان (n) از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده با تصحیح جمعیت با استفاده از رابطه زیر به دست آمد.

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)N}{d^2(N-1) + Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}$$

در این رابطه Z ضریب ثابت، P میزان رضایت از پزشکان، N تعداد کل پزشکان متخصص، d دقت برآورد و  $1-\alpha$  سطح اطمینان برآورد می‌باشد (۱۹). با توجه به این که میزان رضایت از پزشکان مشخص نیست، برای رسیدن به اندازه نمونه محتاطانه، مقدار P، ۰/۵ در نظر گرفته شد. Z در سطح اطمینان ۹۵٪ و d در فاصله ۱۰٪ از مقدار واقعی به کار رفت و اندازه نمونه پزشکان ۷۸ نفر تعیین گردید. با در نظر گرفتن میزان سایش (عدم همکاری) که در مطالعه اولیه ۳۵٪ برآورد شد، اندازه نمونه به ۱۰۶ پزشک افزایش یافت که این تعداد به روش نمونه‌گیری تصادفی منظم (سیستماتیک) از فهرست فوق از هر چهار پزشک یک نفر انتخاب شد. در مجموع تعداد ۲۸ نفر از پزشکان از همکاری با طرح پژوهشی خودداری ورزیدند. با توجه به این که پزشکان متخصص به طور متوسط در هر روز ۳۰ بیمار را ملاقات می‌کنند، در ازاء هر پزشک ۱۰ بیمار به طور تصادفی انتخاب شد و در نتیجه ۷۸۰ بیمار انتخاب شدند که اطلاعات لازم برای ۷۷۶ نفر آنها (۹۹/۵٪) به طور کامل وجود داشت و تنها به اطلاعات ۴ نفر (۰/۵٪) دسترسی حاصل نشد که در تحلیل حذف شدند. حدود یک پنجم از بیماران از تکمیل پرسش‌نامه خودداری کردند که به جای آنها بیماران دیگری به طور تصادفی برای هر

مؤلفه‌های اصلی استفاده شد و ترکیبات خطی از متغیرهای ده گانه برای ایجاد مؤلفه‌های مستقل از هم محاسبه گردید. این مؤلفه‌ها طوری تنظیم می‌شوند که نخستین آنها بیشترین مقدار تغییرات را به خود اختصاص دهد و به همین ترتیب مؤلفه دوم و سوم و ... از لحاظ مقدار تغییرات در مراتب بعدی قرار گیرند. اغلب انتظار می‌رود که واریانس‌های مؤلفه‌های دوم به بعد آن قدر کم باشد که بتوان از آنها چشم‌پوشی نمود (۱۷).

### نتایج

از ۷۸۰ بیمار مورد مطالعه ۵۴۲ نفر (۶۹/۵٪) زن و ۲۳۸ نفر (۳۰/۵٪) مرد بودند. میزان رضایت در زنان و مردان به ترتیب ۸۵/۶٪ و ۸۲/۷٪ به دست آمد که اختلاف آنها معنی‌دار نبود ( $P=0/31$ ). از تعداد ۷۸ پزشک مورد مطالعه ۸ نفر (۱۰/۳٪) زن و ۷۰ نفر (۸۹/۷٪) مرد بودند. میزان رضایت از پزشکان زن و مرد به ترتیب ۷۰٪ و ۸۶/۴٪ برآورد شد که اختلاف آنها معنی‌دار بود ( $P=0/001$ ). به عبارت دیگر بیماران از پزشکان مرد ابراز رضایت بیشتری داشتند. سن پزشک در میزان رضایت بیمار اختلاف معنی‌دار آماری نداشت ( $P=0/45$ ). میانگین (انحراف معیار) سنی بیماران در دو گروه راضی و ناراضی به ترتیب ۳۳/۵ (۱۱/۳) و ۳۱/۱ (۱۰/۳) برآورد شد که اختلاف آنها معنی‌دار بود ( $P=0/026$ ) و در نتیجه سنین بالاتر موجب میزان رضایت بیشتری می‌گردد که می‌تواند به سبب کاهش سطح توقعات بیمار از پزشک باشد. هم‌چنین میزان رضایت در بیماران مجرد و متأهل به ترتیب ۷۵/۴٪ و ۸۶/۶٪ برآورد شد که بیماران متأهل به طور معنی‌داری نسبت به بیماران مجرد از مراقبت‌های پزشکان راضی‌تر بودند ( $P=0/0026$ ). طبقه اجتماعی بیمار نیز بر میزان رضایت او از پزشک تأثیر معنی‌داری داشت. به طور کلی طبقه اجتماعی بدی از غیر بدی رضایت بیشتری نشان می‌داد ( $P=0/0001$ ). بیشترین میزان رضایت در کارگران غیر ماهر و نیمه ماهر (۹۴/۴٪) و کمترین آن در مشاغل حرفه‌ای تخصصی (۶۵/۹٪) مشاهده گردید. میانگین (انحراف معیار) دفعات مراجعه بیمار به پزشک در بیماران راضی و ناراضی به ترتیب ۴/۹ (۵/۶) و ۲/۹ (۲/۷) به دست آمد. بیماران راضی به طور معنی‌داری بیشتر از بیماران ناراضی به پزشک مورد نظر مراجعه می‌کردند ( $P=0/001$ ). روابط بین میزان رضایت بیمار بر حسب محل سکونت، محل اخذ مدرک پزشک (داخل و خارج از کشور)، زمان دریافت مدرک پزشک (قبل و بعد از انقلاب) و عضویت یا عدم عضویت پزشک در هیأت علمی دانشگاه مورد آزمون قرار گرفت و در هیچ یک از موارد مذکور رابطه معنی‌داری

پزشک جایگزین گردید. در این پژوهش پرسش‌نامه‌ای شامل پنج قسمت تدوین شد. قسمت اول مشخصات فردی بیمار (یا همراه بیمار) را در بر می‌گرفت. قسمت دوم شامل سؤالاتی در مورد رابطه پزشک و بیمار بود. پرسش‌های مربوط به وضعیت سلامت عمومی در قسمت سوم گنجانده شد. این سه قسمت توسط پرسش‌گر تکمیل گردید. قسمت چهارم و پنجم پرسش‌نامه به وضعیت و اطلاعات فردی پزشک اختصاص داشت که به ترتیب توسط منشی و پزشک تکمیل می‌گردید. پرسش‌نامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ (Goldberg) در سال ۱۹۷۲ ابداع شده است که از چهار بخش پرسش‌های وضعیت جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی تشکیل می‌شود و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز و محیط‌های مختلف بوده است (۱۰).

میزان رضایت بیماران از ارائه مراقبت پزشکان با پاسخ به ده سؤال گوناگون ( $X_1$  تا  $X_{10}$ ) توسط بیمار ارزشیابی می‌شد. این سؤالات عبارت بودند از: ۱- آیا به راحتی می‌توانستید با پزشک خود آنچه می‌خواستید مطرح کنید؟ ۲- آیا پزشک به دقت به مطالب شما توجه می‌نمود؟ ۳- آیا مطالبی که پزشک برای شما توضیح می‌داد قابل فهم و درک بود؟ ۴- آیا پزشک پاسخ مناسب به سؤالات شما می‌داد؟ ۵- آیا پزشک دقت کافی می‌کرد؟ ۶- آیا پزشک در مورد نحوه درمان بیماری شما توضیح کافی می‌داد؟ ۷- آیا پزشک علاوه بر نسخه توضیحات دیگری مانند رژیم غذایی یا پیشگیری ارائه می‌کرد؟ ۸- آیا نحوه رفتار پزشک موجب ایجاد آرامش در شما می‌گردید؟ ۹- آیا پزشک برای معاینه و درمان شما دقت کافی صرف می‌نمود؟ ۱۰- رفتار پزشک با شما چقدر خوب بود؟ پاسخ سؤالات توسط بیمار به صورت خیلی کم، نسبتاً کم، متوسط، نسبتاً زیاد و خیلی زیاد و به ترتیب با مقادیر ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ ارزشیابی می‌شد. نمرات این معیارها برای هر بیمار با هم جمع شدند و میانگین نمره برای هر بیمار بازتاب میزان رضایت بیمار بود. نمرات ۴ و بیشتر به عنوان راضی و کمتر از ۴ به عنوان ناراضی ارزشیابی شد و مدل‌سازی داده‌ها با استفاده از روش چند متغیره رگرسیون لجستیک (Logistic Regression) که احتمال رخداد پیشامد رضایت را مستقیماً برآورد می‌کرد و برای پیش‌بینی متغیر وابسته دو ارزشی (رضایت، عدم رضایت) از مجموعه ده متغیر مستقل مذکور به کار می‌رفت، انجام شد.

با توجه به این که متغیرهای مستقل مذکور می‌توانند روابط درونی با هم داشته باشند لذا به منظور تلخیص و تفسیر واضح‌تر داده‌های رضایت و حذف این اثرات از روش تجزیه به

به دست نیامد ( $P > 0/1$ ).

جدول مشاهده می‌گردد، بیشترین میزان رضایت در گروه‌های تخصصی کودکان و گوش و حلق و بینی و کمترین آن در گروه تخصصی پوست و مو می‌باشد.

نمره وضعیت سلامت عمومی بیمار و رضایت او و نیز بین چهار بخش این پرسش‌نامه (وضعیت جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) و رضایت بیمار، رابطه معنی‌داری وجود دارد، به طوری که هر چه پاسخگو از سلامتی کمتری (نمره بالاتر) برخوردار باشد، از میزان رضایت وی کاسته می‌گردد (جدول ۳).

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات آزمون سلامت عمومی در بیماران راضی (۶۵۷ بیمار) و ناراضی (۱۱۹ بیمار)

عوامل بهداشت عمومی	گروه‌ها	میانگین	SD انحراف معیار	برآورد t	سطح معنی‌داری
کل	راضی	۲۱/۶	۱۱/۹	۴/۵۲	$P < 0/000$
	ناراضی	۲۷/۱	۱۳/۶		
جسمانی	راضی	۶/۶	۴/۵	۳/۲۶	$P < 0/001$
	ناراضی	۸/۱	۴/۶		
اضطراب	راضی	۵/۶	۴/۵	۴/۴۶	$P < 0/0001$
	ناراضی	۷/۹	۴/۶		
کارکرد اجتماعی	راضی	۶/۴	۳/۱	۲/۱۵	$P < 0/014$
	ناراضی	۷/۱	۳/۷		
افسردگی	راضی	۳/۱	۳/۹	۲/۴۴	$P < 0/015$
	ناراضی	۴	۴/۴		

به منظور تدوین روشی کمی جهت تعیین میزان رضایت بیماران، رگرسیون لجستیک به کار گرفته شد. در این روش پس از طی ده گام، مدل کاملاً مناسب به دست آمد به طوری که میزان پیش‌بینی صحیح در گروه بیماران راضی ۹۹/۷٪ و در گروه بیماران ناراضی ۹۷/۳٪ می‌باشد (جدول ۴).

جدول ۴: جدول رده‌بندی شده نهایی در برازش مدل لجستیک

مشاهده	پیش‌بینی	راضی	ناراضی	درصد صحیح
راضی	۶۱۰	۲	۹۹/۷	
ناراضی	۳	۱۰۹	۹۷/۳	

جدول ۱ نحوه رضایت بیمار را بر حسب گروه‌های تحصیلی وی نشان می‌دهد. میانگین (انحراف معیار) سنوات تحصیلی در بیماران راضی و ناراضی به ترتیب ۹/۴ (۴/۴) و ۱۱/۸ (۴/۱) به دست آمد که اختلاف آنها معنی‌دار بود ( $P < 0/001$ ).

جدول ۱: رضایت بیمار بر حسب وضعیت تحصیلی وی

گروه تحصیلی	راضی		ناراضی		کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
بی‌سواد	۴۵	۹۱/۸	۴	۸/۲	۴۹
ابتدایی	۱۰۲	۹۴/۴	۶	۵/۶	۱۰۸
راهنمایی	۱۴۱	۹۰/۴	۱۵	۹/۶	۱۵۶
متوسطه	۲۷۳	۸۴	۵۲	۱۶	۳۲۵
دانشگاهی	۹۶	۶۹/۶	۴۲	۳۰/۴	۱۳۸
کل	۶۵۷	۸۴/۷	۱۱۹	۱۵/۳	۷۷۶

$P < 0/0001$   $df=4$   $\chi^2=38/17$

رابطه تخصص‌های مختلف پزشکی و رضایت بیماران مورد بررسی قرار گرفت و نتیجه در جدول ۲ ارائه شده است که رابطه معنی‌داری را نشان می‌دهد ( $P < 0/001$ ). همانطور که در این

جدول ۲: رضایت بیمار بر حسب گروه‌های تخصصی پزشکان

نوع تخصص	راضی		ناراضی		کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
زنان و زایمان	۱۰۳	۸۶/۶	۱۶	۱۳/۴	۱۱۹
پوست و مو	۳۹	۵۵/۷	۳۱	۴۴/۳	۷۰
چشم	۶۳	۷۸/۸	۱۷	۲۱/۲	۸۰
گوش و حلق و بینی	۶۵	۹۲/۹	۵	۷/۱	۷۰
اطفال	۹۳	۹۳	۷	۷	۱۰۰
داخلی	۱۴۱	۸۲/۹	۲۹	۱۷/۱	۱۷۰
جراحی	۱۵۳	۹۱/۶	۱۴	۸/۴	۱۶۷
کل	۶۵۷	۸۴/۷	۱۱۹	۱۵/۳	۷۷۶

$P < 0/0001$   $df=6$   $\chi^2=63/4$

رابطه خطی این مدل به صورت زیر می‌باشد:

$$Y = -135/27 + 6/68X_1 + 2/55X_2 + 3/10X_3 + 4/105X_4 + 4/45X_5 + 3/41X_6 + 2/28X_7 + 2/87X_8 + 5/11X_9$$

در رابطه فوق  $X$ ها متغیرهایی هستند که روابط پزشک - بیمار را می‌سنجند.

است. بیمارانی که از وضعیت جسمانی خوبی برخوردار نبوده یا دچار اضطراب و افسردگی هستند، رضایت کمتری نسبت به بیماران سالم‌تر از خود نشان داده‌اند که با یافته‌های دیگران در خارج از ایران نیز سازگاری دارد و به صورت یک پدیده جهانی مطرح است (۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۲، ۲۴). در حالی که در بعضی جوامع بیماران خصوصاً زنان رضایت بیشتری از پزشکان زن از خود نشان می‌دهند (۴)، مطالعه حاضر نتیجه‌ای کاملاً معکوس را ارائه می‌دهد. تعداد اندک پزشکان زن در این مطالعه همراه با الگوی متفاوت طبابت در ایران و نیز تعهد پزشکان زن به اولویت دادن به انجام وظایف خانوادگی می‌تواند دلیل چنین نتیجه‌ای باشد. بیمارانی که از تحصیلات بالاتری برخوردار بودند، به طور چشمگیری از بیمارانی که تحصیلات پایین‌تری داشتند رضایت کمتری از پزشکان متخصص داشتند و همین نتیجه‌گیری را در چند مطالعه دیگر می‌توان مشاهده کرد (۸، ۱۴) و این امر حکایت از آن دارد که سطح تحصیلات و سطح انتظارات با هم رابطه‌ای مستقیم دارند. در این مطالعه میزان رضایت بیمار از پزشک با سن افزایش می‌یافت، در حالی که برخی از مطالعات نشان داده‌اند که سن اثر معنی‌داری بر رضایت بیماران ندارد (۱۴). مطالعه حاضر نشان داد که طبقه اجتماعی در میزان رضایت بیمار از پزشک مؤثر بوده و با آن رابطه‌ای معکوس دارد و میزان رضایت در طبقات اجتماعی غیر یدی از طبقات اجتماعی یدی بیشتر است. چنین رابطه‌ای در مطالعه‌ای که سو (Soh) در آمریکا انجام داد نیز دیده می‌شود (۲۲). متوسط تعداد بیمارانی که توسط پزشکان متخصص در شیراز روزانه معاینه می‌شوند، ۳۰ نفر برآورد شد که این رقم تقریباً دو برابر متوسط تعداد بیمارانی است که به هر پزشک آمریکایی در روز مراجعه می‌کند و حدود نیمی از تعداد بیماران مراجعه‌کننده به پزشکان ژاپنی در روز می‌باشد و شاید بتوان گفت که یکی از علل رضایت بیشتر بیماران از پزشکان در ایران هم همین باشد که پزشکان ایرانی به طور متوسط از پزشکان ژاپنی وقت بیشتری صرف می‌کنند (۱۸).

مطالعه حاضر با مدل‌سازی آماری از روش چند متغیره رگرسیون لجستیک توانست به مدلی دست یابد که ۹ متغیر مؤثر در رضایت بیماران را در برگیرد و ضرایب هر یک از آنها را تعیین نماید. در این میان متغیر میزان راحت بودن بیمار در طرح مشکلات خود با پزشک معنی‌دار نبود و از مدل خارج گردید. مطالعه تقریباً مشابه در ژاپن با تعداد کمتری متغیر مؤثر بر رضایت انجام گرفته که در آن از روش رگرسیون چندگانه استفاده شده و توضیحات پزشک و شهرت بیمارستان و پزشک نقش مهمی در رضایت بیمار داشته‌اند (۱۶). در مطالعه حاضر معیارهای

به جز  $X_1$  (راحتی بیمار در طرح مسایل خود یا پزشک) ضرایب ۹ متغیر دیگر معنی‌دار بودند و در یک مدل ۹ متغیره قرار گرفتند. دقت پزشک در توجه به مطالب بیمار و خوش رفتاری پزشک با بیمار از بین سایر متغیرها که تأثیر بیشتری بر میزان رضایت داشتند، بالاترین ضرایب را به خود اختصاص دادند. در حالی که نحوه رفتار پزشک در ایجاد آرامش در بیمار و وقت کافی گذاشتن او برای معاینه بیمار از کمترین ضرایب برخوردار بوده‌اند.

روش دوم برای ارزیابی میزان رضایت بیماران بررسی شده، تحلیل مؤلفه‌های اصلی بود. ده مؤلفه به دست آمد که بر اساس اصول این روش، مستقل از هم و هر کدام ترکیب خطی از ده متغیر اولیه می‌باشند و از میان آنها مؤلفه اصلی اول به تنهایی ۵۱/۴٪ از کل تفاوت‌های بین افراد را از لحاظ متغیرهای مؤثر بر رضایت، نشان داد. به کمک ترکیب خطی (مدل کمی) میزان رضایت هر بیمار برآورد گردید. البته چون این مدل ۵۱/۴٪ از تفاوت‌های بین افراد را از لحاظ متغیرهای مؤثر بر رضایت در بر می‌گیرد، می‌تواند به عنوان رهنمودی برای سنجش میزان رضایت بیماران در نظر گرفته شود. شایان ذکر است که علاوه بر متغیرهای مورد اشاره به عوامل دیگری که مؤثر بر میزان رضایت بیماران هستند نیز توجه داشت.

$$PCI = 0.71X_1 + 0.82X_2 + 0.69X_3 + 0.80X_4 + 0.75X_5 + 0.69X_6 + 0.32X_7 + 0.70X_8 + 0.80X_9 + 0.76X_{10}$$

هر چه این شاخص (PCI) بزرگتر باشد، نمایانگر رضایت بیشتر بیمار می‌باشد.

## بحث

در زمینه رضایت بیماران، مطالعات اندکی در سطح جهانی انجام شده است که عمدتاً روی بیماران بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها صورت گرفته است. مطالعه حاضر که برای اولین بار در ایران بر روی بیماران سرپایی درمانگاه‌ها و مطب‌های خصوصی پزشکان متخصص انجام شده، این مزیت را دارد که بر روی نمونه تصادفی معرف از پزشکان متخصص و بیماران آنها صورت گرفته و نتایج آن از تعمیم‌پذیری برخوردار است.

میزان رضایت بیمار از پزشک در مطالعه حاضر به طور کلی از مطالعاتی که در اروپا و آمریکا و ژاپن صورت گرفته، به نحو معنی‌داری بیشتر است (۹، ۱۶، ۱۸) که می‌تواند ناشی از حاکمیت فرهنگ احترام عمیق‌تر مردم کشورمان به پزشکان و توقع کمتر از آنان و روحیه لطیف و گذشت بیماران باشد.

وضعیت سلامت عمومی بیماران در رضایت آنان مؤثر بوده

مؤلفه اول استفاده شود. استفاده از مدل چند متغیره در کمی سازی رضایت بیماران در کشف این پدیده پیچیده بسیار آگاهی بخش است. این نتیجه گیری نیز با کاربرد روش های مشابه در مطالعه دیگری تأیید شده است (۲۰). محدودیت ها به پژوهشگران اجازه نداد تا طول مدت معاینه بیماران را به دقت مورد مطالعه قرار دهند. استفاده از الگوی رضایت بیماران از پزشکان متخصص شیراز در ارائه بهتر مراقبت های پزشکی تأثیر شگرفی می تواند داشته باشد و از یک سو می تواند در ارتقاء سطح سلامت بیماران و از سوی دیگر به ارتقاء نقش رهبری پزشکان در هدایت بهداشتی جامعه بیانجامد و جایگاه پزشکی را در جامعه ارتقاء بخشد.

### سپاسگزاری

بودجه این پژوهش از طرح تحقیقاتی شماره ۴۸۷-۷۷ توسط معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی استان فارس تأمین شده است. از نظرات داوران محترم که در ارتقاء سطح این مقاله مؤثر بود سپاسگزاریم.

گوناگون رضایت با دقت بیشتری بررسی شده و رگرسیون لجستیک روشی کارآتر را در چنین مطالعاتی به دست می دهد و مفروضات آن زودتر برقرار می گردد.

مطالعه حاضر با استفاده از روش آماری چند متغیره تجزیه به مؤلفه های اصلی، ترکیبی خطی از ده متغیر مؤثر بر رضایت بیمار از پزشک را به دست داد که اولین مؤلفه به عنوان شاخص عمده رضایت می تواند به تفسیر داده ها کمک روشنگرانه کند و مجموعه ای را در یک عدد تلخیص نماید. استفاده از این روش در تبیین پدیده رضایت، از مزایای این مطالعه به شمار می آید. مدل مذکور قادر بود تا بیش از نیمی از پدیده رضایت را (۵۱/۴٪) در یک شاخص خلاصه کند که مطلوب به نظر می رسد. البته علاوه بر متغیرهای به کار رفته باید عوامل دیگری را که مؤثر بر میزان رضایت هستند در نظر گرفت که خود به مطالعه دیگری نیاز دارد. به کار گیری مؤلفه های دیگر گرچه می تواند به تبیین بیشتری از پدیده رضایت بیانجامد اما دیگر به تلخیص داده ها منجر نمی شود و تفسیر پدیده را دشوار می سازد. لذا توصیه می شود تنها از همین

### Summary

Patients Satisfaction from their Consultant Physicians in Shiraz

SMT. Ayatollahi, PhD<sup>1</sup>; Z. Heydari, MS<sup>2</sup>; H. Hagh-Shenas, PhD<sup>3</sup>; and SAR. Ayatollahi, MS<sup>4</sup>

1. Associate Professor, 2. Researcher, 4. Instructor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, 3. Assistant Professor, Department of Psychology, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences and Health Services, Shiraz, Iran.

*The present study was designed to investigate a quantitative method for evaluation of patients satisfaction from their consultant physicians. Seventy eight physicians were selected randomly by systematic sampling method from a total of 421 consultant physicians practicing in Shiraz. Ten patients were selected randomly for each consultant physician that results in a sample of 780 patients. A questionnaire which covered 5 areas of demographical variables patient-physician relationship, physician area of speciality and other relevant variables was prepared. A Persian version of general health questionnaire (GHQ) and the other mentioned questionnaires were completed by the second author, the physician's secretary and the physician himself. The results revealed that the patients were more satisfied with male physicians practice. Elder patients had higher level of satisfaction than younger. Higher education showed negative correlation with the degree of satisfaction. The highest degree of satisfaction showed for pediatricians and the lowest for dermatologists. The score of GHQ factors showed positive correlation with the degree of satisfaction, i.e., less healthier were less satisfied. In the fitting logistic regression on some variables, appropriate model was obtained where the correct prediction in two groups satisfied and not satisfied patients, was 99.7% and 97.3% respectively. In the principal component analysis, the first component explained 51.4% of the total variation of variables related to the patients*

satisfaction. This model could be applied as a guide for measuring patients satisfaction.

*Journal of Kerman University of Medical Sciences, 1999; 6(3): 165-172*

**Key Words:** Patients, Satisfaction, Quantitative method, Consultant physician, Risk factors

## منابع

۱. صاحبی، پرویز: نظام خدمات بهداشتی درمانی و میزان رضایت از عملکرد آن، مطالعه‌ای در کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه. مجله بهداشت جهان، سال دهم، شماره سوم، ۱۳۷۵، ص ۲۵-۲۳.  
*Assurance in Health Care* 1991; 3(4): 309-315.
2. Afilalo M and Tselios C. Pain relief versus patient satisfaction. *Ann Emerg Med* 1996; 27(4): 436-438.
3. Bartlett EE, Grayson M, Barker R, et al. The effects of physician communications skills on patient satisfaction. *J Chronic Dis* 1984; 37(9-10): 755-764.
4. Bertakis KD, Helms LJ, Callahan EJ, Azari R and Robbins JA. The influence of gender on physician practice style. *Med Care* 1995; 33(4): 407-416.
5. Bursch B, Beezy J and Shaw R. Emergency department satisfaction: What matters most? *Ann Emerg Med* 1993; 22(3): 586-591.
6. Cohen L, Delaney P and Boston P. Listening to the customer: implementing a patient satisfaction measurement system. *Gastro entero Nurs* 1994; 17(3): 110-115.
7. DiMatteo MR and Hays R. The significance of patients' perceptions of physician conduct: a study of patient satisfaction in a family practice center. *J Community Health* 1980; 6(1): 18-34.
8. DiTomasso RA and Willard M. The development of a patient satisfaction questionnaire in the ambulatory setting. *Fam Med* 1991; 23(2): 127-131.
9. Fein OT and Garfield R. Impact of physicians' part-time status on inpatients' use of medical care and their satisfaction with physicians in an academic group practice. *Acad Med* 1991; 66(11): 694-698.
10. Goldberg DP and Hiller VF. A scaled version of the general health questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9: 139-145.
11. Goupy F, Ruhlmann O, Paris O and Thelot B. Results of a comparative study of in-patient satisfaction in eight hospitals in the paris region. *Quality*
12. Hall JA, Milburn MA and Epstein AM. A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Med Care* 1993; 31(1): 84-94.
13. Hall JA, Roter DL, Milburn MA and Daltroy LH. Patients' health as a predictor of physician and patient behavior in medical visits. *Med Care* 1996; 34(12): 1205-1218.
14. Hall JA, Roter DL, Milburn MA and Daltroy LH. Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests of two explanatory models. *Health psychology* 1998; 17(1): 70-75.
15. Harrison A. Patients' evaluations of their consultations with primary health clinic doctors in the United Arab Emirates. *Fam Pract* 1996; 13(1): 59-66.
16. Imanaka Y, Araki S, Murata K and Nobutomo K. Determinants of patient satisfaction and intention to continue service utilization. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 1993; 40(8): 624-635.
17. Krzanowski WJ. Principles of multivariate analysis: A users perspective. Oxford, Oxford Science publications, 1988.
18. Kurata JH, Watanabe Y, McBride C, Kawai K and Andersen R. A comparative study of patient satisfaction with health care in Japan and the United States. *Soc Sci Med* 1994; 39(8): 1069-1076.
19. Lemeshow S, Hosmer JR DW, Klar J and Lwanga SK. Adequacy of sample size in health sciences. New York, John Wiley and Sons, 1990.
20. Sanchez MC, Hudes ES and Cummings SR. Patient expectations and satisfaction with medical care for upper respiratory

- infections. *J Gen Intern Med* 1992; 7(4): 432-434.
21. Singh H, Mustapha N and Haqq ED. Patient satisfaction at health centers in Trinidad and Tobago. *Public health* 1996; 110(4): 251-255.
22. Soh G. Patient satisfaction with physician care. *Hawaii Med J* 1991; 50(4): 149-152.
23. William B. Patient satisfaction: A valid concept. *Soc Sci Med* 1994; 38: 509-516.
24. Wyshak G and Barsky A. Satisfaction with and effectiveness of medical care in relation to anxiety and depression, patient and physician ratings compared. *Gen Hospital Psychiatry* 1995; 17(2): 108-114.