

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشکده ادبیات و علوم انسانی

بخش علوم اجتماعی

پایان نامه تحصیلی برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

رشته جامعه‌شناسی گرایش محض

---

بررسی رابطه‌ی اعتماد بیمار به پزشک با رضایت بیمار از فرآیند درمان  
در بین بیماران شهر کرمان

---

مؤلف:

لیلا رحیم پور

استاد راهنما:

دکتر سعیده گروسی

استاد مشاور:

دکتر سوده مقصودی

آبان ماه ۱۳۹۲

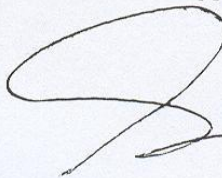
اداره تحصیلات تکمیلی

بسمه تعالی



این پایان نامه به عنوان یکی از شرایط احراز درجه کارشناسی ارشد به  
گروه علوم اجتماعی  
دانشکده ادبیات و علوم انسانی  
دانشگاه شهیدباهر کرمان

تسلیم شده است و هیچ گونه مدرکی به عنوان فراغت از تحصیل دوره مزبور  
شناخته نمی شود

  
امضاء

نام و نام خانوادگی


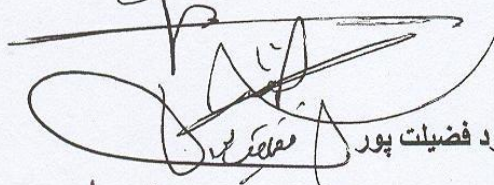
دانشجو: لیلا رحیم پور

استاد راهنما: دکتر سعیده گروسی

استاد مشاور: دکتر سوده مقصودی

داور ۱: دکتر مهدی امیرکافی

داور ۲: دکتر کاظم کاظمی

نماینده تحصیلات تکمیلی: دکتر مسعود فضیلت پور

معاون آموزشی و پژوهشی دانشکده: دکتر عنایت الله شریف پور

حق چاپ محفوظ و مخصوص به دانشگاه است

تقدیم به:

## روح مریم عزیزم

مریم جان: مراقب باش شاید هنگام آمدنت بارش ممتد چشمانم سیلی به راه انداخته باش

کشتی یی از عشق و خواستن برایت می سازم

خود را به ساحل دلم برسان

دیر زمانست منتظرت است...

تقدیم به دامان سبز مادرم و دست های خسته ی پدرم

## تشکر و قدردانی:

پروردگارا مرا مدد کن تا دانش اندکم، نه نردبانی باشد برای فزونی تکبر و غرور، نه حلقه ای برای اسارت و نه دست مایه ای برای تجارت، بلکه تکیه گاهی باشد برای تجلیل از تو و متعالی ساختن خود و دیگران. خداوندا تو را سپاس می گویم که در لحظه لحظه زندگانی یاورم بودی، از دریچه ی لطف خود بر من منت نهاده و وجود تشنه ام را جرعه ای از علم و معرفت حیات بخشیدی. سپاس خدایی را که افتخار شاگردی استاد گرانقدر و فرهیخته خانم دکتر گروسی را به من ارزانی فرمود. بر خود لازم می دانم از زحمات و کمک های فراوان و بی دریغ ایشان که در طول انجام این پایان نامه کشیده اند کمال تشکر و قدردانی را داشته باشم. همچنین از استاد گرامی خانم دکتر مقصودی که زحمت مشاوره ی این پایان نامه را به عهده گرفتند و بخاطر راهنماییهای ارزنده شان نهایت سپاس را دارم.

## چکیده:

پیش زمینه و هدف: رضایتمندی بیماران مفهومی است که امروزه در مراقبت های پزشکی اهمیت ویژه ای پیدا کرده است و به عنوان یک هدف ارزشمند مد نظر می باشد. یکی از عوامل موثر بر رضایت بیمار، شیوه ی ارتباط پزشک - بیمار می باشد که به عنوان عامل مهمی در رضایتمندی بیماران می توان از آن یاد کرد. لذا این مطالعه با هدف بررسی تاثیر اعتماد بیمار به پزشک بر رضایت بیمار از فرآیند درمان انجام شده است. برای بررسی اعتماد بیمار به پزشک ابتدا ابعاد آن را مشخص کرده ایم که عبارتند از: وظیفه شناسی، صلاحیت، درستکاری، رازداری و اعتماد به طور کلی. همچنین تاثیر متغیرهای زمینه ای را نیز بر روی رضایت بیماران مورد سنجش قرار داده ایم.

مواد و روش کار: این مطالعه یک تحقیق توصیفی - تبیینی با استفاده از روش پیمایشی می باشد. ابزار بکار رفته پرسشنامه ی خود ساخته توسط پژوهشگر می باشد که در مورد ۴۰۰ بیمار دیابتی شهر کرمان که به کلینیک بعثت مراجعه کرده بودند، بکار گرفته شد. همچنین داده های به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و آزمون های آماری مناسب با متغیرهای تحقیق برای آزمون فرضیه ها بکار گرفته شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که ۶۰/۸ درصد از نمونه های مورد پژوهش زن و ۳۹/۳ درصد را مردان تشکیل می دادند. اعتماد بیماران به پزشک و رضایت از پزشکان در حد متوسط بود. همچنین نتایج مطالعات نشان داد که بین متغیرهای وظیفه شناسی، صلاحیت، درستکاری، رازداری و اعتماد به طور کلی با رضایت بیمار از فرآیند درمان رابطه ی معنی داری وجود دارد.

**کلید واژگان:** اعتماد، ارتباط پزشک و بیمار، بیماران دیابتی، رضایتمندی، فرآیند درمان



- ۴۱.....۲-۳-۷- عوامل موثر در افزایش اعتماد بیمار به پزشک
- ۴۵.....۲-۳-۸- موانع رابطه موفق بین پزشک و بیمار
- ۴۶.....۲-۳-۹- عوامل موثر در کاهش اعتماد بیمار به پزشک
- ۴۹.....۲-۴-۴- سرمایه اجتماعی و اعتماد اجتماعی
- ۵۳.....۲-۴-۱- اهمیت اعتماد در رابطه پزشک و بیمار
- ۵۳.....۲-۴-۲- تعاریف اعتماد
- ۵۵.....۲-۴-۳- ابعاد اعتماد بیمار به پزشک
- ۵۵.....۲-۴-۴- اعتماد بین پزشک و بیمار
- ۵۸.....۲-۴-۵- رابطه اعتماد اجتماعی با سلامت روان
- ۵۹.....۲-۴-۶- تاثیر مشارکت بیمار در فرآیند درمان
- ۶۱.....۲-۵-۵- مفاهیم و نظریه های مربوط به رضایت
- ۶۴.....۲-۵-۱- نظریه های مربوط به رضایت
- ۶۷.....۲-۵-۲- رضایت از درمان در حوزه پزشکی
- ۷۰.....۲-۵-۳- تعاریف مربوط به رضایتمندی بیمار
- ۷۳.....۲-۵-۴- عوامل اثر گذار بر رضایت بیمار
- ۷۵.....۲-۵-۵- مفاهیم و نظریه های مربوط به رابطه بین متغیر مستقل و وابسته
- ۷۷.....۲-۶-۶- چهار چوب نظری
- ۸۲.....۲-۷-۷- مدل تحلیلی



۸۳-۲-۸- فرضیه ها ..... ۸۳

### فصل سوم: روش تحقیق

۸۶-۳-۱- مقدمه ..... ۸۶

۸۷-۳-۲- روش تحقیق ..... ۸۷

۸۸-۳-۳- ابزار جمع آوری داده ها ..... ۸۸

۹۱-۳-۴- اعتبار ..... ۹۱

۹۱-۳-۵- پایایی ..... ۹۱

۹۳-۳-۱- جدول ..... ۹۳

۹۴-۳-۶- تعریف نظری و عملی متغیر ها ..... ۹۴

۹۸-۳-۷- جامعه آماری و حجم نمونه ..... ۹۸

۹۹-۳-۸- روش نمونه گیری ..... ۹۹

۹۹-۳-۹- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات ..... ۹۹

### فصل چهارم : یافته های پژوهش

۱۰۳-۴-۱- گرایش پاسخگویان بر حسب درصد ..... ۱۰۳

۱۰۳-۴-۱-۱- درصد فراوانی گویه های وظیفه شناسی پزشک ..... ۱۰۳

۱۰۴-۴-۱-۲- درصد فراوانی گویه های صلاحیت پزشک ..... ۱۰۴

۱۰۵-۴-۱-۳- درصد فراوانی گویه های درست کاری پزشک ..... ۱۰۵

۱۰۶-۴-۱-۴- درصد فراوانی گویه های رازداری پزشک ..... ۱۰۶

- جدول ۴-۱-۵- درصد فراوانی اعتماد به طور کلی ..... ۱۰۷
- جدول ۴-۱-۶- درصد فراوانی گویه های رضایت شناختی ..... ۱۰۸
- جدول ۴-۱-۷- درصد فراوانی گویه های رضایت عاطفی ..... ۱۰۹
- جدول ۴-۱-۸- درصد فراوانی گویه های رضایت رفتاری ..... ۱۱۰
- ۲-۴- توصیف متغیرهای تحقیق ..... ۱۱۱
- ۱-۲-۴- نمره میزان اعتماد پاسخگویان به پزشک ..... ۱۱۱
- ۲-۲-۴- نمره میزان وظیفه شناسی پاسخگویان به پزشک ..... ۱۱۲
- ۳-۲-۴- نمره میزان صلاحیت پزشک ..... ۱۱۳
- ۴-۲-۴- نمره میزان درستکاری پزشک ..... ۱۱۴
- ۵-۲-۴- نمره میزان رازداری پزشک ..... ۱۱۵
- ۶-۲-۴- نمره میزان اعتماد کلی به پزشک ..... ۱۱۶
- ۷-۲-۴- نمره میزان رضایت بیماران از پزشک ..... ۱۱۷
- ۸-۲-۴- نمره میزان رضایت شناختی پاسخگویان ..... ۱۱۸
- ۹-۲-۴- نمره میزان رضایت عاطفی پاسخگویان ..... ۱۱۹
- ۱۰-۳-۴- نمره میزان رضایت رفتاری پاسخگویان ..... ۱۲۰
- ۳-۴- آمارهای استنباطی ..... ۱۲۱
- بررسی فرضیه های تحقیق ..... ۱۲۱
- ۴-۴- محاسبه رگرسیون خطی چند متغیره ..... ۱۲۱

فصل پنجم: نتیجه گیری و پیشنهادات

۱-۵- نتیجه گیری و بحث و بررسی بر اساس فرضیه های تحقیق.....۱۶۵

۲-۵- پیشنهادات .....۱۷۱

۳-۵- محدودیت های تحقیق.....۱۷۱

منابع .....۱۷۳

فصل اول

کلیات تحقیق

تا حدود ۲۰ سال پیش وقتی سخن از سلامت و بیماری می رفت، قبل از هر چیز بیمارستان، پزشک، پرستار، دارو و جعبه ی کمک های اولیه را در اذهان تلقی می کرد. امروزه این تصور ذهنی ابعاد وسیع تری پیدا کرده است و چیزهای دیگری هم همه روزه به این مجموعه اضافه می شود، مانند غذاهای سالم، قرص های حاوی ویتامین، داروهای گیاهی، نرمش و تربیت بدنی، باشگاه های سلامتی (که در غرب توسعه یافته است)، پیاده روی، کفش های ورزشی، اعتدال در تغذیه و نگاهداری رژیم، معاینات ادواری پزشکی، آب درمانی، تنفس عمیق، و... با این حال بعضی از مسائل کنونی بشر، همان مسائل قدیمی هستند. می دانیم که سه مساله ی اساسی نوع بشر، یعنی بیماری، فقر و جرم، منبع پیدایش بسیاری از رشته های علمی هستند، از این میان "بیماری" موضوع اصلی علوم پزشکی و بهداشتی است.

مطالعات اپیدمیولوژیک رابطه ی بیماری ها با عوامل اجتماعی را مطرح می کند، و در بحث از همین زمینه است که جامعه شناسی پزشکی نیز مطرح می شود. جامعه شناسان، امروزه بهداشت و درمان را در ردیف نهادهای اجتماعی و به موازات خانواده، حکومت، دین، و... مطالعه می کنند. چند سالی پیش نیست که محافل علمی شاهد پیوند و تبادل علمی میان علوم پزشکی و علوم اجتماعی است، برای کارشناسان روابط میان جنبه های روانی و اجتماعی بیماری و تاثیر شرایط اجتماعی و اقتصادی در بهداشت و پزشکی مطرح شده است، آموزش روانشناسی و مردم شناسی و جامعه شناسی در برنامه های درسی علوم پزشکی وارد شده است، بسیاری از دانشکده های بهداشت و پزشکی در دنیا دارای گروه های آموزشی علوم رفتاری (علوم انسانی، جامعه شناسی و...) هستند، و موسسات و گروه های تحقیقاتی متعددی مرکب از پزشکان، اقتصاد دانان، جمعیت شناسان، متخصصین تعلیم و تربیت و جامعه شناسان تشکیل و شروع به کار کرده است (محسنی، ۱۳۷۶:۱۳).

بیماران یکی از آسیب پذیرترین گروههای اجتماعی هستند که به دلیل شرایط خاص بیماری، توانایی های معمول خود را از دست داده اند و خود را با اعتماد کامل به سیستم ارائه دهنده ی

خدمات بهداشتی می سپارند. بیماران دارای حقوق رسمی و قانونی هستند و وجود ابزارهایی برای تضمین رعایت حقوق آنان در این سیستم، ضروری به نظر می رسد.

موضوع حقوق بیمار از سال ۱۹۶۴ با بیانیه ی هلسینکی درباره ی موضوعات تحقیقاتی، در سال ۱۹۶۸ در بیانیه ی سیدنی در باب پیوند اعضا، در سال ۱۹۷۷ در تصمیم سازمان بهداشت جهانی برای هدف "بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰"، و در سال ۱۹۷۸ با بیانیه ی آلماتا با موضوع "خدمات بهداشتی پایه"، وارد عرصه ی نوینی گردید و شکل رسمی تری به خود گرفت.

نظام های بهداشتی و درمانی کشورها، منشوری را به عنوان منشور حقوق بیمار تدوین و به سطح اجرایی ابلاغ می کنند تا مفاد آنرا اجرا نمایند. بیمارستانها موظف هستند هنگام بستری بیمار در واحد پذیرش، این منشور را به وی تسلیم کنند تا با حقوق خود کاملاً آشنا شود. هدف از منشور حقوق بیمار، دفاع از حقوق انسان به منظور حفظ حرمت و عزت اوست و نیز برای اطمینان یافتن از اینکه در مواقع بیماری به ویژه در فوریت های پزشکی، بدون تبعیض نژادی، سنی، جنسی و ... از جسم و جان او محافظت به عمل آید. منشور حقوق بیمار موجب بهبود روابط بین بیمار و کارکنان بهداشتی می گردد. آگاهی بیمار از حقوق خود باعث افزایش کیفیت مراقبت ها می شود و هزینه ها را کاهش می دهد. مسئله ی قابل توجه دیگر این است که آگاه نمودن بیماران و سهیم کردن آنها در تصمیم گیری و محترم شمردن حقوقشان به بهبودی آنها سرعت می بخشد، دوران بستری در بیمارستان را کاهش می دهد و از ضربات و صدمات روحی و جسمی جبران ناپذیر جلوگیری می کند. اعتماد مهمترین عنصر در رابطه ی پزشک و بیمار است و در توصیف اهمیت آن همین بس که در فرمایش امام جعفر صادق علیه السلام، پزشک حاذق و مورد اعتماد هم پایه ی فقیه عادل شمرده شده و هم در پند نامه ی اهوازی و هم مناجات نامه ی ابن میمون بر آن تاکید فراوان شده است (شجاعی، نیارکی، ۱۳۹۱:۲). امروزه، اعتماد را از مولفه های سلامت اجتماعی می دانند که در رابطه ی پزشک و بیمار تاثیر زیادی بر طبابت دارد. از آن جمله که اثربخشی درمان بیشتر می شود، رضایت بیمار و پزشک بالاتر می رود، آتونومی بیمار حفظ می شود، تلقین سلامتی صورت می گیرد و بیماران در پیگیری درمان خود و پرداخت هزینه ها جدیت بیشتر و مامشات کمتری به خرج میدهند (همان، ۱).

## ۱-۲- بیان مساله

ارتباط از نظر لغوی واژه ای است عربی از باب افتعال که در فارسی به معنای پیوند دادن، ربط دادن و رابطه استعمال می شود. ادوین امری مفهوم ارتباط را در معنای عام چنین تعریف می کند: ارتباط عبارتست از فن انتقال اطلاعات، افکار و رفتارهای انسانی از یک شخص به شخص دیگر (ساروخانی، ۱۳۷۷:۱۹). ارتباط فرایندی پویا و مبتنی بر همگرایی و اعتمادی متقابل است که در آن با استفاده از گفتار، نوشتار، علائم و رفتار، پیام یا اطلاعات مبادله می شود. ارتباط فرآیندی برگشت ناپذیر، تعاملی و محتوایی است. دو مهارت لازم برای فهم مخاطب و ارتباط موثر گوش دادن و همدلی است. ارتباط بین پزشک و بیمار به نوعی محوری ترین ارتباط در علم پزشکی بوده و تعامل بین پزشک و بیمار مستلزم ایجاد رابطه ی مشارکتی و ارائه ی اطلاعات است و هدف آن ارتقاء بهداشت جسمی، هیجانی و اجتماعی بیماران و خانواده های آنان می باشد. ایجاد ارتباط صحیح به عنوان مهم ترین ویژگی لازم برای افراد شاغل در مراقبت های بهداشتی اولیه توصیف شده است. ناتوانی کادر درمانی در ایجاد رابطه ی مناسب نه تنها هزینه های زیادی ایجاد می کند بلکه موجب می شود که بیماران از فرآیند درمان نیز ناراضی باشند و به طور کلی نگرش منفی پیدا کنند. ارتباط سبب افزایش آگاهی از مسائل و مشکلات بیمار، بهبود تصمیم گیری در مورد ترخیص و انتقال بیماران، بهبود کیفیت مراقبت از بیمار، افزایش حس مشارکت و همکاری در تیم درمانی، افزایش دانش و مهارت و همکاری در تیم درمانی، افزایش دانش و مهارت و ارتقای کیفیت مراقبت، کاهش هزینه های درمانی و افزایش دانش پزشکان می شود (زمانی و همکاران، ۱۳۸۹: ۲).

اعتماد یک عنصر قوی در رابطه ی پزشک و بیمار است؛ بیمارانی که اعتماد بیشتری به پزشکشان دارند، رضایت بیشتری از درمان و مراقبت دارند و تمایل آنان برای مراجعه به پزشک بیشتر است و به توصیه های پزشک توجه بیشتری میکنند و کمتر مایل به عوض کردن پزشک هستند. هر جا که اعتماد حاکم باشد تعاملات بهتری میان انسانها صورت می گیرد و همه ی معاملات و ارتباطات انسانی به شکل موثرتری انجام خواهد شد. در این شرایط نیاز به وضع قوانین پیچیده ی حقوقی و پیگیری های حقوقی و کیفری کمتر می شود و موجب می شود که بیماران ساده تر و بهتر

و با آغوش گشاده تر نسبت به پیگیری درمان و سلامت خود اقدام کنند. در حالیکه بدون اعتماد، عموم مردم نسبت به پیگیری های درمانی و رعایت بهداشت و حفظ سلامتی کمتر اقدام می کنند و در آن صورت جامعه نیازمند وضع قوانین پیچیده تر و رسیدگی های حقوقی بیشتر خواهد شد و طبعاً هزینه های گزافی را به بار خواهد آورد که اعم است از هزینه های فردی، اجتماعی و ملی و از همه مهمتر به خطر افتادن سلامتی همه ی افراد جامعه (شجاعی و نیارکی، ۱۳۹۱: ۴).

یکی از شاخص های اثربخشی مداخلات، کیفیت ارزیابی خدمات است. با نظارت بر نحوه ی ارائه ی خدمات و شناخت نقاط قوت و ضعف، می توان به بهبود کیفیت ارائه ی خدمات کمک کرد. مطالعات ارزیابی کیفیت با استفاده از سنجش پیامدهای پزشکی، هزینه و رضایتمندی بیماران انجام می گیرد. مطالعات انجام شده بیانگر آن است که در سیستم ارائه ی مراقبت های بهداشتی، توانمندی ارتباطی کارکنان ناکافی و نارساست. هر کجا کارکنان بهداشتی نارسایی و نقایصی در مهارت های ارتباطی دارند، بهترین راه حل، تدارک آموزشی مداوم مهارت های ارتباطی برای فارغ التحصیلان پزشکی و پیراپزشکی است. تحقیقات نشان داده است که ارتباطات غیر موثر، هنوز هم یک مانع قدرتمند در مراقبت های بهداشتی محسوب می گردد. از طرفی، عدم برقراری ارتباط موثر با مراجعان و بیماران، منجر به مخفی ماندن مشکلات و نیازها، اختلال در کسب اطلاعات صحیح، کاهش میزان رضایتمندی و تمکین آن ها خواهد شد. تحقیقات متعدد همواره نشان داده اند که توانایی ارائه دهنده ی خدمات بهداشتی در برقراری ارتباط مناسب با مراجعین، نقش تعیین کننده، در میزان رضایتمندی مراجعین دارد. در این راستا، تحقیقات مختلف نشان داده است که ارتباط میان فردی بین ارائه دهنده ی مراقبت های بهداشتی و درمانی مهمترین عامل موثر بر رضایتمندی افراد از سیستم های بهداشتی و درمانی می باشد. مطالعات مختلف نشان دهنده ی میزان پایین رضایتمندی بیماران در خصوص نحوه ی ارتباط ارائه دهندگان خدمات بهداشتی بوده است که حکایت از ضعف مهارت های ارتباطی آن ها می باشد (باقیانی مقدم و همکاران، ۱۳۹۱: ۲).

رضایت از پزشکان و پیراپزشکان پدیده ای است که در پیشگیری و درمان بیماری ها نقش بسزایی دارد، به طوریکه هر چه به میزان رضایت افراد افزوده شود بهبودی جسمی و روانی بهتر و سریع تر



صورت می گیرد. به نظر می رسد به منظور جلب رضایت بیشتر بیماران، هم زمان با ایجاد تحولات جهانی در آموزش پزشکی می بایست نحوه ی عرضه ی خدمات بهداشتی - درمانی در جوامع نیز تغییرات اساسی پیدا کند. این امر با تحقیقاتی بسیار وسیع در چندین کشور تایید گردیده است. نابسامانی های موجود در نحوه ی ارائه ی خدمات بهداشتی - درمانی به افراد از نکات انکارناپذیر در بسیاری از کشورهای جهان می باشد. می توان گفت که برنامه ی بهداشت ملی نتوانسته است رضایت همگان را در چنین کشورهایی جلب نماید. بنابراین هم راستا با نیازهای بهداشتی و درمانی کشورها، شناخت و بررسی جامعه از طریق کارهای پژوهشی بسیار ضروری به نظر می رسد که در این بین رضایت مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی - درمانی، شاخص بسیار مهمی جهت ارزیابی کیفیت و نحوه ی ارائه ی خدمات توسط کادر پزشکی و کارکنان وابسته می باشد. توجه به جنبه های روانی - اجتماعی به خصوص ارتباط صحیح با بیماران بیش از توجه به جنبه های دیگر، موجب رضایت بیماران خواهد شد (آیت اللهی و همکاران، ۱۳۷۸:۱۶۶).

رضایت بیمار از اهداف مهم فعالیت گروههای درمانی است که در ارتقای سلامت بیمار تاثیر بسزایی دارد. خدمات ارائه باید در رابطه با نیازهای بیماران باشد تا باعث رضایتمندی و خشنودی آنها شود. رضایت مشتری ابزار مهمی در اندازه گیری کیفیت خدمات در سیستم های بهداشتی و درمانی است. رضایت بیمار کلید موفقیت هر بیمارستان است. مفهوم رضایتمندی از بیماری به بیمار دیگر متفاوت است و انتظارات باید توسط بیمارستان ارزیابی شود. در واقع رضایت در ارزیابی کیفیت به دلایل زیر حایز اهمیت می باشد:

آگاهی از نکات ایجاد کننده ی نارضایتی به منظور ارزیابی کارایی اصلاحات دستیابی به اطلاعات برای دفاع از عملکرد سیستم استفاده از نتایج برای اصلاح ساختار سیستم ارائه ی خدمات (کازمینی و همکاران، ۱۳۹۰:۲).

عدم رضایت از خدمات بهداشتی درمانی عواقب نامطلوبی را به دنبال دارد. ناخرسندی مردم منجر به قطع ارتباط آنان با نظام بهداشتی یا حداقل عدم مشارکت آنان در ارائه ی خدمات می شود. به علاوه ناخوشایندی مردم منجر به احساس عدم کفایت و ناخشنودی پرسنل و به تبع آن کاهش کارایی نظام بهداشتی می گردد. و بالاخره آنکه رضایت، یکی از وجوه سلامتی فرد است و در

صورت عدم توجه به رضایت مردم، نظام بهداشتی بر خلاف رسالت خود که پاسخ به نیاز مردم برای سلامت است، عمل کرده است. عدم رضایت بیمار و بی توجهی به نظرات او، بهبودی بیمار و اخذ نتایج مطلوب درمانی را خدشه دار می کند. استفاده از نظرات دریافت کنندگان خدمت در واقع زیرساخت برنامه و پروژه های خدماتی جهت مشارکت مردمی در آنهاست. در مراکز بهداشتی درمانی نیز توجه به نظرات و خواسته های بیماران و جلب رضایت آنان یک شاخص کیفی به شمار می رود زیرا که این نظرات منجر به نوآوری شده و ارتقاء کیفیت خدمات و اعاده ی سلامتی را به دنبال خواهد داشت. یک سیستم پویای ارزیابی رضایتمندی خود به خود به ارتقاء میزان رضایتمندی منتهی می گردد. در واقع بررسی میزان رضایت بیماران فواید و نتایج متعددی دارد و بیمار احساس می کند نیازها و انتظاراتش مورد توجه قرار گرفته است (همان: ۳).

رضایتمندی بیماران برآیند مجموعه ی پیچیده ای از عوامل گوناگون است و برای دستیابی به آن لازم است ابعاد متعددی از خدمات از جمله مراقبت های پرستاری، پزشکی، پشتیبانی و بخش های گوناگون سازمانی به طریقی با یکدیگر هماهنگ شده و با رعایت کامل حقوق بیمار در تمام ابعاد، شرایط مناسبی را برای ایجاد و ارتقای آن فراهم سازد. اهمیت موضوع رضایتمندی در نظام ارائه ی خدمات سلامت از آن رو بیشتر می شود که تجربه ی بیماری و ضرورت تبعیت و پیگیری فرآیند درمان مراقبت، آسیب پذیری بیماران را افزایش داده و نیاز آنها را به حمایت همه جانبه بیشتر می کند، هرچند که تغییر شرایط اجتماعی همزمان با ارتقای آگاهی عمومی نیز در سالهای اخیر، انتظارات بیماران را از نحوه ی دریافت خدمات بیشتر کرده است. رضایتمندی بیماران را می توان به حالتی تعبیر کرد که بیماران در طول بستری نه تنها درمان و مراقبت های ضروری را دریافت کنند بلکه از شرایط موجود و خدمات ارائه شده توسط کارکنان و کل نظام نیز راضی و خشنود بوده و تمایل داشته باشند که در صورت لزوم دوباره به آن مرکز مراجعه نمایند و فراتر از آن، مراجعه به مرکز فوق را به دیگران نیز توصیه کنند (جولایی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲).

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اعتماد بیمار به پزشک با رضایت مندی بیمار از فرآیند درمان در بین بیماران دیابتی شهر کرمان می باشد. میلیون ها انسان در کشور های در حال توسعه، مجبور به زندگی با بیماری های مزمن هستند. به علت تغییرات ایجاد شده در الگوی بیماری،

افزایش امید به زندگی و کاهش میزان موالید، تعداد بیماران مزمن در آینده بطور چشمگیری افزایش خواهد یافت. بنابراین یکی از اولویت های عمده سیاستگذاران در زمینه ی ارتقای سلامت، توجه به بیماران مزمن می باشد و همچنین این موضوع در مرکز توجه متخصصین بهداشت، بیماران و شبکه های اجتماعی قرار دارد.

مطالعه ی تجربه ی بیماری مزمن به عنوان موضوع خاص جامعه شناسی بیماری در اواسط سال ۱۹۷۰ آغاز شد. به عقیده ی پیتر کنراد باید زندگی روزمره ی افرادی را که با بیماری زیست می کنند و کنار می آیند، تحلیل نمود. سردرگمی در قلب تجربه ی تعداد زیادی از بیماران مزمن لانه دارد و فقط به کار درمان و ابتکارات درمانی پزشک مربوط نمی شود، بلکه به طور کلی تر، به جریان زندگی افراد مبتلا برمی گردد. بیماران همیشه از حادثه ی غیرمنتظره ای می ترسند و یا از وخیم شدن حالشان بیم دارند. این وضعیت آثار ملموسی بر زندگی آن ها می گذارد. اشخاصی که به شدیدترین وجهی دچار بیماری شده اند، چون نمی توانند برنامه های دراز مدت برای زندگی خود بریزند، با غنیمت شمردن لحظات حاضر زندگی موقتا روزها را یکی پس از دیگری پشت سر می گذارند (آدام و هر تسلیک، ۱۳۸۵:۱۵۴).

دیابت جزء این دسته از بیماری های مزمن است که به دلیل شیوع آن در جهان و کشور نیازمند سیاستگذاری های ویژه از طرف مسئولین می باشد. دیابت بیماری مزمن و غیرواگیرداری است که با ایجاد مشکل در سوخت و ساز گلوکز، چربی و پروتئین ظاهر شده و باعث صدمه به ارگان های مختلف فرد مبتلا می شود و به عنوان یک بیماری شایع در هزاره ی سوم مطرح شده است. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، در سال ۱۹۹۷ تعداد مبتلایان به دیابت ۱۲۴ میلیون نفر بود که در سال ۲۰۰۰ این تعداد به ۱۷۱ میلیون نفر رسیده و در صورت عدم بکارگیری راهبردهای مناسب، پیشگیری و درمان، این میزان در سال ۲۰۳۰ به ۳۶۶ میلیون نفر افزایش خواهد یافت. شیوع دیابت در کل جمعیت ایران در سال ۱۳۸۵، دو تا سه درصد و در افراد بالای ۳۰ سال، ۷/۳ درصد برآورده شده است که نشانگر وجود بالغ بر ۴ میلیون نفر بیمار دیابتی در ایران است (زاهدنژاد و همکاران، ۱۳۸۹: ۲).

اگر چه نظام مراقبت های بهداشتی در معالجه و درمان بیماران مزمن، حیاتی می باشد، اعلامیه ی اتاوا برای ارتقای سلامت به روشنی اعلام می دارد که ارتقای سلامت تنها بر سلامت جسم که جزء فعالیت های حرفه ی پزشکی و مراکز بالینی است تمرکز ندارد. ارتقای سلامت بر دیدگاه های جامعه شناسان استوار بوده و بر وابستگی متقابل بین انسان و محیط فیزیکی و اجتماعی او تاکید دارد (پارسی نیا و همکاران، ۱۳۸۰:۲۳۷).

چنانچه محیطی که افراد دچار بیماری مزمن در آن قرار دارند برای برخورد و مقابله با بیماری خود مساعد نباشد خطر درازمدت بیماری های روانی و فیزیکی افزایش پیدا کرده، عواقب اجتماعی بیماری از قبیل مشکلات زناشویی یا از دست دادن شغل، استرس زا هستند. اما اگر افراد بیمار احساس کنند که بطور مناسب مورد حمایت طرف پزشک خود، شریک زندگی و یا اعضای مهم شبکه های اجتماعی که به آن وابسته هستند قرار بگیرند و چنانچه درباره ی وضعیت زندگی خود احساس رضایت کنند، خطر عواقب بیشتر فیزیکی و روانی کاهش خواهد یافت و این روند با نتایج مثبت در روحیه ی فرد بیمار و بازگشت به زندگی عادی خود همراه خواهد بود (همان، ۲۳۸).

گری- سویلا و همکاران (۱۹۹۵)، نشان دادند حمایت اجتماعی به طور معنادار پیروی از دستورات درمانی را در ۲۰۰ بیمار مبتلا به دیابت پیش بینی کرد. گلاسکو و توبرت (۱۹۸۸)، نیز نشان دادند حمایت خانوادگی قوی ترین و ثابت ترین پیش بینی کننده ی پیروی از دستورات درمانی در بیماران دیابت نوع II سنین بالاتر از ۴۰ سال است و تعامل های غیر حمایتی خانواده، پیروی ضعیف تر از برنامه ی خود مراقبتی دیابت را پیش بینی می کند (رحیمیان بوگر و همکاران، ۲۰۱۳:۲).

ماهیت مزمن بیماری دیابت بر جسم، روان و عملکرد فردی و اجتماعی بیماران تاثیر گذاشته، از این رو بررسی ابعاد مختلف سلامتی و کیفیت زندگی در این بیماران دارای اهمیت ویژه ای است. دیابت یک مشکل بهداشت عمومی جدی است که کیفیت زندگی بیماران را تهدید می کند و می تواند منجر به عوارض حاد و مزمن شود و یک علت مهم ناتوانی و مرگ و میر در بسیاری از کشورها محسوب می شود. عوارض و مشکلات مزمن ناشی از دیابت، تاثیر بسزایی در کیفیت