



وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

سازمان بیمه سلامت ایران

مرکز مطالعات و محاسبات بیمه ای

عنوان:

بررسی کیفیت خدمات پزشکان عمومی از دیدگاه بیماران در مطب‌های طرف قرارداد سازمان بیمه سلامت در

شهر تهران در سال ۱۳۹۴-۹۵

مجری: اعظم السادات ریوندی

همکار طرح: دکتر ابراهیم جعفری پویان

سال ۱۳۹۵



تشکر و قدردانی:

با تشکر و سپاس از مدیر کل محترم اداره کل بیمه سلامت استان تهران **جناب آقای دکتر قنادی**

تشکر و سپاس از معاونت محترم بیمه و درمان استان تهران **سرکار خانم دکتر حسینی**

تشکر و سپاس از ریاست محترم اداره نظارت و ارزشیابی استان تهران **جناب آقای جعفریان**

تشکر و سپاس از ریاست گروه طرح و برنامه استان تهران **جناب آقای جمالی** که رهنمودها و پشتیبانی ایشان در امر پژوهش یاری

دهنده مجریان طرح بود.

و با تشکر و قدردانی از استاد محترم **جناب آقای دکتر جعفری پویان** که در تمامی مراحل از جمله طراحی، متدولوژی، تنظیم

پرسشنامه و اجرا و... مرهون زحمات ایشان هستیم.

چکیده:

مقدمه:

در حال حاضر جایگاه کیفیت خدمات در خرید خدمت توسط بیمه ها آنطور که باید به نظر میرسد ، بحث کیفیت در بهبود بیماران (بیمه شدگان مراجعه کننده به مطب‌های طرف قرارداد)، ایجاد رضایت آنان،رتبه بندی مراکز از لحاظ کیفی و جلوگیری از مراجعات تکراری به مراکز درمانی وهزینه سازی‌های بعدی وتحمیل آن به بیمه ها بسیار تعیین کننده است. سازمانهای بیمه ای کشور بیشترین حجم فعالیت خودرا بر بررسی اسناد پزشکی متمرکز می‌کنند واز پرداختن به حوزه کیفیت خودداری کرده اند. آنچه مسلم است این است که سازمانهای بیمه گر در قبال خدمات ارائه گردیده از سوی پزشکان عمومی طرف قرارداد پرداخت یکسانی دارند. این بدان معنی است که به خدمات یکسان ولی با کیفیت متفاوت، پرداخت همسانی صورت می‌گیرد و رتبه بندی وتمایزی در قبال کیفیت خدمات و خدمات توام با رضایت مندی بیمه شده در سازمانهای بیمه گر وجود ندارد.این پژوهش بر آن است که کیفیت خدمات در مطب های عمومی طرف قرارداد بیمه سلامت را بسنجد .

روش کار:

روش اجرا از طریق پرسشنامه (محقق ساخته) است که از طریق بیماران مراجعه کننده به مطب‌های مورد نظر (که طی نمونه‌گیری چند مرحله ای طبقه ای و خوشه ای بدست آمده است) تکمیل گردید. جامعه پژوهش را بیماران مراجعه کننده به مطب پزشکان عمومی طرف قرارداد سازمان بیمه سلامت تشکیل می‌دهند. بنابراین ۳۸ مطب از سطح شهر تهران انتخاب واز هر مطب حدود ۱۰ بیمار مراجعه کننده مورد بررسی قرار گرفت. در واقع ۳۹۴ نفر مورد بررسی قرار گرفتند، که داده ها از طریق نرم افزار SPSS بررسی ومورد تجزیه وتحلیل قرار گرفتند.

یافته ها:

این پژوهش بر روی ۳۹۴ نفر از بیماران مراجعه کننده به مطب‌های مربوط به پزشکان عمومی طرف قرارداد انجام گرفت که کلیه افراد با پیگیری‌های محققین کل پرسشنامه ها تکمیل گردید. در این میان ۲۱۱ نفر زن و ۱۸۳ نفر مرد بوده اند. بیشتر شرکت کنندگان را افراد متأهل با درصدی معادل ۷۴ درصد و به تعداد ۲۹۲ نفر تشکیل داده‌اند. بر اساس نتایج حاصل از پژوهش، نمره کیفیت مطب ها ۱۲۵ از ۱۶۰ (بر مبنای رتبه بندی توصیفی پنجگ کیفیت) ودر محدوده بالا و اهمیت ابعاد کیفیت از دید گاه بیماران ۱۳۱ از ۱۶۰ در

محدوده بالا بر مبنای پنجک امتیاز دهی قرارگرفت. همچنین موارد مربوط به امتیازات هر سوال مربوط به پرسشنامه و ارتباط مشخصات بیمه شدگان با پاسخ به سوالات بررسی گردید و ابعاد پرسشنامه از نظر امتیاز کیفیت مورد بررسی قرار داده شد. در بررسی ابعاد کیفیت خدمات، بعد دسترسی (۸۵/۵ درصد) و سپس اثر بخشی (۸۵/۳ درصد) بیشترین امتیاز را کسب کردند. در بررسی ابعاد لحاظ اهمیت بعد اثر بخشی بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داد. در پاسخ به سوالات اهمیت ارتباط معناداری بین میزان درآمد و سوالات مربوط به اهمیت یافته شد. به نظر می‌رسد افراد بر حسب درآمد اهمیت مربوط به آیتم‌های کیفیت را متفاوت دانسته اند.

نتیجه گیری:

براساس یافته‌های این پژوهش، بیماران و مراجعه کنندگان به مطب‌های پزشکان عمومی سطح کیفیت خدمات دریافت شده را خوب و بالا ارزیابی کرده بودند. به همین صورت موارد مورد بررسی نیز از اهمیت بالایی از نظر گروه مورد نظر برخوردار بودند. البته امتیاز داده شده به اهمیت بطور طبیعی بیشتر از برداشت آنها از وضعیت موجود خدمات بود که نشان دهنده زمینه‌هایی برای بهبود در خدمات مطب‌ها می‌باشد. شکاف بین نظرات برداشت از کیفیت و نظرات اهمیت کیفیت ۶- بدست آمد .

نتایج این ارزیابی‌ها در تنظیم ارتباطات سازمان‌های بیمه‌ای با مطب‌های ارائه دهنده خدمات از جمله در انعقاد قراردادها و خرید راهبردی خدمات بسیار تاثیرگذار خواهد بود. این موضوع همچنین نهایتاً به رضایت مندی بیماران و بیمه شدگان سازمان نیز میتواند منجر شود. این مطالعه با هدف تاکید بر کیفیت خدمات خریداری شده از مطب‌های طرف قرارداد سازمان بیمه سلامت انجام گردید تا ضمن ارتقاء کیفیت خدمات برای بیمه شدگان و کاهش بار مراجعات آنان و هزینه‌های تحمیل شده از محل مراجعات تکراری، سازمان بیمه سلامت رابه سمت خرید فعال خدمات سوق دهد.

کلید واژه:

کیفیت، مطب پزشکان عمومی، بیمه سلامت، شهر تهران، ادراک و اهمیت کیفیت خدمات

فهرست مطالب

۴	چکیده
۱۰	فصل اول
	مقدمه واهداف
۱۱	۱-۱ بیان مسئله و اهمیت موضوع:
۱۲	۱-۲اهداف:
۱۲	۱-۲-۱ هدف کلی:
۱۲	۱-۲-۲ اهداف اختصاصی:
۱۳	۱-۲-۳ اهداف کاربردی طرح:
۱۳	۱-۳ فرضیات یا سؤالات پژوهش (با توجه به اهداف طرح):
	Error! Bookmark not defined. ۱-۳-۱ سؤالات:
۱۳	۴-۱ محدودیتها:
	Error! Bookmark not defined. فصل دوم
۱۵	پیشینه پژوهش
۱۶	۱-۲ مبانی نظری پژوهش:
۲۱	۲-۲ بررسی متون:
۲۱	۲-۲-۱ مطالعات داخلی:
۲۲	۲-۲-۲ مطالعات خارجی:
۲۴	فصل سوم:
۲۴	روش پژوهش
۲۵	۱-۳ نوع پژوهش:
۲۵	۲-۳ جامعه پژوهش:
۲۵	۳-۳ نمونه پژوهش:
۲۵	۱-۳-۳ تعیین حجم نمونه:
۲۶	۳-۳-۲ روش نمونه گیری:
۲۶	۴-۳ ابزار و روش گردآوری داده ها:
۲۷	۵-۳ روش اجرا:

۲۸.....	۳-۶:تحلیل اطلاعات :
۲۸.....	فصل چهارم :
۲۸.....	یافته ها
۲۹.....	۴-۱آمار توصیفی :
.....	فصل پنجم :
۵۰.....	بحث و نتیجه گیری
۵۱.....	۵-۱مقدمه :
۵۱.....	۵-۲ خلاصه ای از یافته‌های پژوهش:
۵۱.....	۵-۳ فرضیه ها:
۵۶.....	۵-۴ نتیجه گیری:
۵۹.....	منابع :

فهرست جداول

- جدول ۴-۱ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس ویژگی‌های فردی ۳۳
- جدول ۴-۲ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس علت مراجعه به مطب پزشکان عمومی : ۳۸
- جدول ۴-۳ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس ارزیابی تغییر در کیفیت خدمات مطب پزشکان عمومی نسبت به مراجعات ۳۹
- جدول ۴-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس میزان رضایت از کیفیت خدمات مطب پزشکان عمومی ۳۹
- جدول ۴-۵ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس مراجعه مجدد یا معرفی به دوستان و آشنایان ۴۰
- جدول ۴-۶ توصیف کیفی نمره بر اساس پنجگانه نمره کیفیت که از رتبه خیلی پایین آغاز و در رتبه خیلی بالا با محدوده امتیاز ۱۳۴ تا ۱۶۰ ختم می‌گردد. ۴۰
- جدول ۴-۷ نمرات برداشت از کیفیت خدمات مطب‌های پزشکان عمومی از دیدگاه بیماران ۴۱
- جدول ۴-۸ نمرات اهمیت کیفیت خدمات مطب‌های پزشکان عمومی از دیدگاه بیماران ۴۰
- جدول ۴-۹ شکاف بین برداشت و اهمیت ۴۱
- جدول ۴-۱۰: درصد نمرات ابعاد کیفیت ۴۳
- جدول ۴-۱۱: درصد نمرات ابعاد اهمیت ۴۵
- جدول ۵-۱۲: شکاف بین نمرات برداشت و اهمیت سوالات ۴۸
- جدول ۴-۱۳ توزیع فراوانی پاسخ به سوالات پرسشنامه (کیفیت خدمات) ۴۰
- جدول ۴-۱۴ توزیع فراوانی پاسخ به سوالات پرسشنامه (اهمیت سوالات) ۴۱
- جدول ۴-۱۵ شکاف بین نمرات ابعاد کیفیت (برداشت و اهمیت) ۴۳
- جدول ۴-۱۶: توزیع فراوانی پاسخگویان به سوالات کیفیت مطب به تفکیک جنسیت، تاهل و شغل ۴۵
- جدول ۴-۱۷ توزیع فراوانی پاسخگویان به سوالات کیفیت مطب به تفکیک سن، نوع بیمه، تحصیلات، درآمد و صندوق ۴۶
- جدول ۴-۱۸ توزیع فراوانی پاسخگویان به سوالات مربوط به اهمیت به تفکیک سن، نوع بیمه، تحصیلات، درآمد و صندوق بیمه ۴۶
- جدول ۴-۱۹ توزیع فراوانی پاسخگویان به سوالات مربوط به اهمیت سوالات به تفکیک جنسیت، تاهل و شغل ۴۷
- جدول ۴-۲۰ مقایسه بین نتایج حاصل از مطالعه و نتایج اخذ شده از چک لیست بازرسان حوزه نظارتی در خصوص مطب‌های طرف قرارداد ۴۸

فهرست نمودار

۳۵.....	نمودار ۱-۴ توزیع جنسیت در پاسخگویان
۳۵.....	نمودار ۲-۴ توزیع درآمد در پاسخگویان
۳۶.....	نمودار ۳-۴ توزیع میزان تحصیلات در پاسخگویان
۳۶.....	نمودار ۴-۴ توزیع شغل در پاسخگویان
۳۷.....	نمودار ۵-۴ توزیع وضعیت تاهل افراد
۳۷.....	نمودار ۶-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان از لحاظ رده سنی
۳۸.....	نمودار ۷-۴ توزیع فراوانی نوع بیمه پاسخگویان

فصل اول

مقدمه واهداف

۱-۱ بیان مسئله و اهمیت موضوع:

امروزه همگام با پیشرفت تکنولوژی و صنعت انتظارات انسان ها به عنوان مشتریان دریافت کننده خدمت و کالا افزایش یافته است یکی از بخش‌های دولتی ارائه کننده خدمت که بخش مهمی از هزینه‌های ملی به آن اختصاص می‌یابد بخش مراقبت سلامت است و ضروری است کیفیت خدمات آن مورد بررسی قرارگیرد. در مجموع جوامع امروزی در مقایسه با گذشته خواهان خدمات بهداشتی و درمانی بهتر هستند و بیش از پیش به مسئله کیفیت اهمیت می‌دهند (Yesilada & Direktör, 2010).

با عنایت به عدم توجه آنچنان که باید به کیفیت خدمات در پرداخت بیمه‌ها به مراکز طرف قرارداد و اکتفای بیمه‌ها به بررسی نسخ ارسالی از مراکز (بررسی گذشته نگر) در خرید خدمت به نظر میرسد کیفیت خدمات هم در فرایند خرید راهبردی و هم در ایجاد رضایت در بیمه شدگان سازمان به خاطر دریافت خدمات با کیفیت موثر واقع گردد. بایستی سازمان‌های بیمه بخشی از توان خود را برای افزایش کیفیت خدمات، کاهش بار مراجعات و میزان پذیرش مجدد در مراکز و بیمارستان‌ها معطوف کنند تا از این راه ضمن ارتقای کیفیت خدمات برای بیمه شدگان و کاهش بار مراجعات آنان، هزینه‌های تحمیل شده به سازمان، ناشی از مراجعات تکراری را کاهش دهند. آنچه مسلم است این است که سازمانهای بیمه‌گر در قبال خدمات ارائه گردیده از سوی پزشکان عمومی طرف قرارداد پرداخت یکسانی دارند. این بدان معنی است که به خدمات متفاوت، در زمان واحد پرداخت یکسانی صورت می‌گیرد و هیچگونه رتبه بندی و تمایزی در قبال کیفیت خدمات و خدمات توأم با رضایت مندی بیمه شده در سازمانهای بیمه‌گر وجود ندارد آنچه مسلم است این است که سازمانهای بیمه‌گر در قبال خدمات ارائه گردیده از سوی پزشکان عمومی طرف قرارداد پرداخت یکسانی دارند. این بدان معنی است که به خدمات با کیفیت متفاوت، در زمان واحد پرداخت یکسانی صورت می‌گیرد و هیچگونه رتبه بندی و تمایزی در قبال کیفیت خدمات و خدمات توأم با رضایت مندی بیمه شده در سازمانهای بیمه‌گر وجود ندارد. در سازمان بیمه سلامت به تمام درخواست‌های عقد قرارداد از سوی پزشکان عمومی رسیدگی و اغلب در صورت دارا بودن شرایط عمومی قرارداد منعقد می‌گردد، حال آنکه می‌توان با انجام ارزیابی کیفیت، منابع محدود را در اختیار خدمات با کیفیت قرارداد.

نگاه کیفی به خدمات از سوی این سازمان به عنوان سازوکار تشویقی یا اجباری برای کنترل کیفیت در بیمارستان‌ها یا سایر مراکز وجود ندارد تا هزینه‌های تحمیل شده از محل پذیرش‌های بی کیفیت و بی مورد را کاهش دهند.

واژه کیفیت^۱ در فرهنگ وبستر به صورت موجود بودن، مشخصه متمایز کننده، برجستگی شخصیتی وارزشمند بودن تعریف شده است (Webster, 2005).

بررسی کیفیت کار مشکلی است که در آن می‌توانید هر دو مجموعه پوشش فرایندهای ارزیابی تشخیص و درمان یک بیمار و همچنین نتایج آن برای درمان بیمار را در نظر داشت.

در اغلب مفاهیم کیفیت مراقبت چند بعدی دیده می‌شود و مراقبتی را با کیفیت می‌گویند که موثر، امن و مبتنی بر نیازهای بیمار باشد و به موقع ارائه شود (Organization, 2008).

همچنین تفاوت میان انتظار مشتری قبل از دریافت خدمات بهداشتی درمانی و درک کیفیت پس از دریافت آن خدمات را به عنوان کیفیت تعریف می‌کنند (Sheppard, Franks, Nolte, & Fantz, 2008). کیفیت خدمات بهداشتی درمانی دارای دو بعد فنی یا کیفیت پیامد و کارکردی یا کیفیت فرایند است که در بعد فنی بیشتر بر دقت رویه‌ها و تشخیص‌ها تمرکز می‌شود درحالی‌که بعد کارکرد روش ارائه خدمت را مد نظر قرار می‌دهد، به دلیل عدم اطلاع بیماران از بعد فنی خدمات بهداشتی درمانی معمولاً قضاوت آنان بر مبنای بعد کارکردی صورت می‌گیرد (Chakravarty, 2011).

۱-۲ اهداف:

۱-۲-۱ هدف کلی:

ارزیابی کیفیت خدمات مطب‌های پزشکان عمومی طرف قرارداد بیمه سلامت در استان تهران از دیدگاه بیماران.

۱-۲-۲ اهداف اختصاصی:

۱- سنجش کیفیت خدمات ارائه شده در مطب‌های پزشکان عمومی شهر تهران از دیدگاه مراجعه‌کنندگان در سال ۹۴-۹۵

۲- تعیین ارتباط میان مشخصات دموگرافیک مراجعه‌کنندگان به مطب‌های پزشکان عمومی با کیفیت ادراک شده توسط

ایشان

1 quality

۳- تعیین ارتباط میان مشخصات دموگرافیک مراجعه کنندگان به مطب های پزشکان عمومی با کیفیت مورد انتظار ایشان

۴ - تعیین شکاف بین برداشت و اهمیت ابعاد کیفیت از دیدگاه بیماران

۵ - سنجش دیدگاه کارشناسان در خصوص خدمات مطب ها

۱-۲-۳ اهداف کاربردی طرح:

انجام این مطالعه قصد دارد با تاکید بر کیفیت خدمات خریداری شده از مراکز طرف قرارداد سازمانهای بیمه گر ضمن ارتقاء کیفیت خدمات برای بیمه شدگان و کاهش بار مراجعات آنان و هزینه های تحمیل شده از محل مراجعات تکراری را کاهش و سازمان بیمه سلامت را به سمت خرید فعال خدمات سوق دهد.

۱-۳ فرضیات یا سؤالات پژوهش (با توجه به اهداف طرح):

- بین اهمیت کیفیت از دیدگاه مراجعه کنندگان با کیفیت برداشت شده توسط ایشان شکاف وجود دارد.
- کیفیت برداشت شده (ادراکات) با مشخصات دموگرافیک بیماران ارتباط دارد؟
- کیفیت مورد انتظار (اهمیت) با مشخصات دموگرافیک بیماران با ارتباط دارد؟
- سنجش دیدگاه کارشناسان در خصوص کیفیت خدمات مطب ها با میزان کیفیت بدست آمده از مطب ها ارتباط دارد؟

۱-۴ محدودیتها:

این پژوهش به صورت توصیفی تحلیلی بوده و موارد موثر بر کیفیت خدمات را می سنجد لکن مداخله ای صورت نگرفته است در صورت انجام مداخله، جهت افزایش کیفیت، نتایج معتبر تر بدست می آید. نتایج قابل تعمیم به کل کشور نمی باشد. احتمال عدم همکاری بیماران برای شرکت در پژوهش و تکمیل ناقص اطلاعات پرسشنامه توسط شرکت کنندگان از جمله محدودیت های دیگر بوده است.

۱-۵ ملاحظات اخلاقی :

عدم ذکر نام بیماران شرکت کننده و پزشکان شاغل در مطب های مورد مطالعه

کسب مجوز و معرفی نامه از اداره کل بیمه سلامت در خصوص توزیع پرسشنامه

۱-۶ تعریف (نظری / عملیاتی) مفاهیم و واژه ها:

کیفیت: در مفاهیم کیفیت مراقبت چند بعدی دیده می شود و مراقبتی را با کیفیت می گویند که موثر، امن و مبتنی بر نیازهای بیمار باشد

و به موقع ارائه شود (Organization, 2008).

مطب های عمومی: مطب های پزشکان عمومی^۲ طرف قرارداد با سازمان بیمه سلامت که فعال هستند.

سازمان بیمه سلامت: یکی از سه سازمان بیمه پایه که قبلا با نام سازمان خدمات درمانی شناخته می شد.

ادراکات^۳: آنچه بیمار از کیفیت خدمت بهداشتی و درمانی برداشت می کند. (تعریف بیمار مراجعه کننده به مطب از کیفیت خدمات)

انتظارات^۴: آنچه بیمار از کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی انتظار دارد و به آن جنبه ها اهمیت می دهد.

بیمار محوری^۵: ترجیحات، ارزش ها و اولویت های بیماران باید مدنظر ارائه کنندگان خدمات باشد و به آن ها احترام گذاشته شود.

در این مطالعه، این مفهوم در قالب حیطه بیمار محوری و مشتمل بر گویه های است که با تاکید بر تعاملات و ارتباطات بیمار به هنگام

دریافت خدمت در برگیرنده انتظارات و اولویت های بیماران حین دریافت خدمات درمانی است.

2 General physician

3 perception

4 expectation

5 Patient-centered ness

فصل دوم

پیشینه پژوهش

۲-۱ مبانی نظری پژوهش :

ارتقای کیفیت یکی از راههایی است که فراروی سازمان ها قرارداد ومی توانند با استفاده از آن به تعالی وبالندگی دست یابند

(Schneider & White, 2004).

در بخش تولیدی کیفیت بسیار ملموس است واز طریق مشخصه‌های ظاهری ،کارکردی وانطباق با استاندارد ها مورد سنجش قرار

می‌گیرد اما در بخش خدماتی مفهوم کیفیت عملا ذهنی وغیر ملموس است با این رویکرد کیفیت خدماتی به توانایی سازمان در

اسخگویی وبرآورد نیازها ،خواسته ها وانتظارات مشتریانش اطلاق می‌گردد (Albrecht & Zemke, 2002).

ارزش ادراک شده به مفهوم ارزیابی کلی مشتری از میزان مطلوبیت یک کالا یا خدمت بر مبنای ادراک وی از منافع دریافت شده در

مقابل هزینه های پرداخت شده است. هدف بسیاری از مطالعات از این دسته ، بررسی رابطه بین کیفیت خدمات ارائه شده در مراکز

درمانی باارزش ادراک شده از سوی بیماران بود.

خرید راهبردی خدمات :

آنچه در بررسی کیفیت خدمات به بیمه ها ارتباط می‌یابد در کشورهای پیشرفته همواره مورد نظر بوده است .

در دهه‌های گذشته مدل‌های مختلفی از قرارداد خرید خدمات در کشورهای مختلف تجربه شده است .منطق این قرارداد این است که

نوعی از پاسخگویی را که در نظام‌های دولتی وخصوص وجود ندارد را برقرار کند .قرارداد بر انتخاب فراهم کنندگان (بیمارستان ها

وکلینیک ها)،به کار گیری پزشکان وپرستاران وخدمات انفرادی ویا بسته خدمتی ویا شرایط مربوط به برنامه‌های اطمینان از کیفیت

وتقویت عملکرد اعمال می‌گردد.

این اقدامات از طریق ایجاد ابتکاراتی برای افزایش انگیزش برای پزشکان وبیمارستان ها انجام شده است (علی).

به جرات می‌توان کیفیت خدمات بهداشتی درمانی را از جمله این ابتکارات دانست .

تعریف ارائه شده از پاراسورمان^۶ از جامعیت ومقبولیت بیشتری برخوردار است ،وی کیفیت را تفاوت میان انتظار مشتری قبل از دریافت

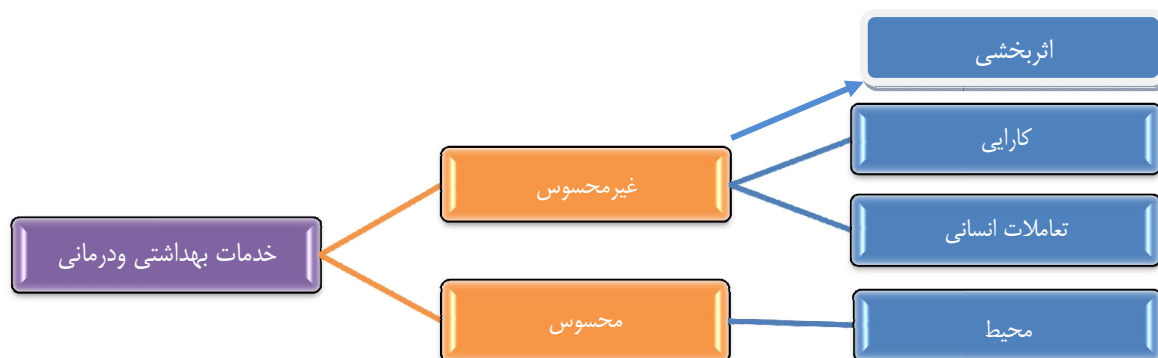
خدمات بهداشتی ودرمانی ودرک کیفیت پس از دریافت آن خدمات تعریف می‌کند (Parasuraman et al., 1985).

6 P arasoraman

سازمان بهداشت جهانی استاندارد کیفیت را مجموعه ای از ویژگی ها و مشخصات محصول یا خدمت که قادر به تامین نیازهای صریح و ضمنی است تعریف کرده است (Jain, 2000).

مصدق راد تعاریف کیفیت را از دو دیدگاه وبه صورت مورد بررسی قرار می دهد :

در دیدگاه بررسی کیفیت هلس کوال^۷ ساخته محقق فوق الذکر اجزای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی به شکل زیر مورد بررسی قرار میگیرد (Mosadeghrad, 2012). از نظر مصدق کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی، تامین رضایت بیماران از طریق ارائه خدمات اثربخش و کارآمد که مطابق با آخرین دستورالعمل های بالینی است و نیازهای تصریحی و تلویحی بیماران را برآورده سازد و ارائه کننده خدمات را هم راضی نماید (Mosadeghrad, 2014).



درمدل سرو کوال^۸ ابعاد و تعاریف به گونه ای دیگر است :

در این مدل پنج بعد برای سنجش کیفیت خدمات در نظر گرفته میشود، تسهیلات، همدلی، قابلیت اطمینان، تضمین و پاسخگویی که هرکدام از این ابعاد سوالات مربوط به خود را در بر میگیرد (Calnan, 1998).

مدل سرو کوال:



ارزیابی یک بیمار از ارزش خدمات بر میزان رضایت و همچنین تمایل به استفاده مجدد از خدمات همان ارائه دهنده تاثیر دارد (Ehsan Zarei et al., 2012).

پرسشنامه سروکوال همه انتظارات، ادراک و اعتقادات بیماران را در بر نمی گیرد و بنابراین استفاده از روشهای مطالعه کیفی در کنار روش های کمی در مطالعات بعدی، درک بهتری از موضوع پیچیده کیفیت در خدمات بیمارستانی ارائه خواهد داد (Ehsan Zarei et al., 2012).

با ارائه ارزش بالاتر به بیماران، رضایت و وفاداری بیماران می تواند افزایش یابد که شاخص های مهمی برای ارائه کنندگان خدمات در بازار مراقبت های سلامت هستند. ارزش بهتر، مطلوبیت استفاده از خدمات را افزایش می دهد و در نتیجه ارزش بالاتر مراقبت، بر تمایل به استفاده مجدد مشتریان از خدمات تأثیر می گذارد (Ehsan Zarei et al., 2012). این مطالعه مقطعی و توصیفی - تحلیلی در سال ۱۳۸۹ انجام شد. تعداد نمونه های مطالعه ۹۶۹ بیمار بود که از ۸ بیمارستان عمومی خصوصی در شهر تهران انتخاب شدند. داده های مطالعه از طریق یک پرسشنامه ۱۸ آیتمی (شامل ۱۴ آیتم کیفیت، ۴ آیتم ارزش ادراک شده) جمع آوری شد که روایی و پایایی آن تایید شده بود. آنالیز داده ها با استفاده از روش های آمار توصیفی و رگرسیون چند متغیره انجام شد.

به طور کلی میانگین نمره ادراک بیماران از کیفیت خدمات بالاتر میانگین نمره کلی ارزش ادراک شده نیز بود. کیفیت تعامل قوی ترین عامل موثر بر ارزش ادراک شده بیمار است که قدرت پیش بینی این عامل حدود دو برابر دو بعد دیگر کیفیت (کیفیت فرایند و کیفیت محیط) است.

سه بعد کیفیت خدمات تعیین کننده های کلیدی ارزش ادراک شده در بیمارستان های خصوصی تهران بودند. برای ارتقاء ارزش ادراک شده از سوی بیماران، اقدامات بهبود کیفیت باید بر کاهش و متناسب کردن هزینه های پولی، زمان بندی و انجام دقیق خدمات، و

تقویت جنبه های روابط بین شخصی و مهارت های ارتباطی پزشکان، پرستاران و پرسنل متمرکز باشد) Ehsan Zarei et al., (2012).

نتایج نشان داد تفاوت معنی داری میان ادراک و انتظار بیماران پیرامون ابعاد پنجگانه کیفیت خدمات (عوامل محسوس، قابلیت اطمینان، تضمین، پاسخگویی و همدلی) در بیمارستان های مورد مطالعه وجود داشت. بیماران مراجعه کننده به بیمارستان ها، بعد ملموس بودن را با ۳/۷۴ امتیاز مهمترین و بعد تضمین را با ۲/۶۰ امتیاز کم اهمیت ترین بعد رتبه بندی نمودند.

نتایج پژوهش دیگر حاکی از آن است که با بکارگیری الگوی سروکوال، مدیران بیمارستان ها قادر به ارزیابی کیفیت خدمات از دید بیماران به عنوان مهمترین مشتری سازمان شده و با برنامه ریزی صحیح، اصلاح ناسامانی ها و نهایتاً بهبود کیفیت خدمات، ممکن خواهد شد (Havasbeigi, Yasbalaghisharahi, Mohamadi, & Mohamadi, 2013).

در این تحقیق با استفاده از مدل سروایمپرف، ابعاد کیفیت خدمات از نظر عملکرد (وضعیت موجود) و اهمیت (وزن) هر یک از ابعاد، بوسیله ابزار پرسشنامه از ۳۲۸ نفر از مراجعان آزمایشگاه های تشخیص طبی تهران با روش نمونه گیری طبقه ای-تصادفی مورد ارزیابی قرار گرفت (Keimasi, Karimi, & Rastian Ardestani, 2015).

نتایج بسیاری از مطالعات نشان می دهد که در ارزیابی وضعیت (عملکرد) ابعاد کیفیت، ادراکات مراجعان از کیفیت خدمات و ابعاد آن بالاتر از حد متوسط بوده است و بعد، قابلیت اعتماد با میانگین بیشتر از سایر ابعاد و بعد همدلی با میانگین کمتر از سایر ابعاد مطلوب ارزیابی شده اند. در ارزیابی اهمیت (وزن) ابعاد کیفیت، ادراکات مراجعان در بعد اطمینان خاطر با میانگین بیشتر از سایر ابعاد و در بعد عوامل ملموس با میانگین کمتر از سایر ابعاد دارای اهمیت می باشند.

نتیجه اینکه مشتریان از ابعاد مختلف کیفیت خدمات درک یکسانی ندارند و اهمیتی یکسان نیز به آن نمی دهند. لذا در برنامه های ارتقاء کیفیت خدمات این تفاوتها را باید در نظر داشت و اولویت ها را بر اساس آنها تعیین نمود. همچنین به نظر می رسد بعد اطمینان خاطر در ادراک کیفیت خدمات بهداشتی درمانی از نظر مراجعان از سایر ابعاد کیفیت خدمات اهمیت بیشتری دارد (Keimasi et al., 2015).

کیفیت خدمات اثر داشته باشد، پاراسورمان مجموع این ابعاد را در قالب مدل سروکوال به شرح ذیل بیان میکند:

- تسهیلات و موارد ملموس : امکانات فیزیکی و تجهیزات و پرسنل و.....
- قابلیت اعتماد : توانایی به انجام رساندن وعده ها ووظایف به صورت دقیق
- پاسخگویی: تمایل به کمک به مشتریان و ارائه سریع و بموقع خدمات
- تضمین : دانش و تواضع کارکنان و توانایی آنان در القای اعتماد و اطمینان
- همدلی : مراقبت ، دسترسی راحت و ارتباطات مناسب و درک و توجه شخصی به بیمار

، به عنوان ابعاد کیفیت خدمات شناخته شده اند (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985).

انجمن پزشکی آمریکا ۶ بعد برای کیفیت برشمرده است:

- ۱- ایمنی^۹ : خدمات سلامت در درجه اول باید ایمن باشند یعنی عاری از هرگونه خطرات جانبی که سلامت بیمار را تهدید می کند
 - ۲- اثربخشی^{۱۰}: خدمات درمانی باید اثربخش باشد. به طور ساده می توان گفت خدمات باید بیشترین اتکا به شواهد و راهنماهای درمانی داشته باشند تا امکان اثربخشی آن ها خدمات افزایش یابد.
 - ۳- کارایی^{۱۱}: خدمات باید به صورت کارآمد ارائه شوند و کمتر یا بیشتر از نیاز ارائه نشوند. هم چنین منابع به درستی مورد استفاده قرار گیرند
 - ۴- به هنگام بودن^{۱۲}: خدمات باید بدون فوت وقت و در اولین فرصت ممکن به بیماران ارائه شود
 - ۵- بیمار محوری^{۱۳}: ترجیحات، ارزش ها و اولویت های بیماران باید مدنظر ارائه کنندگان خدمات باشد و به ان ها احترام گذاشته شود
 - ۶- عادلانه بودن^{۱۴}: خدمات باید فارغ از وضعیت اقتصادی اجتماعی و ویژگی های فردی بیمار به وی ارائه شود
- برنامه های بهبود خدمات سلامت باید این ابعاد را هدفگذاری کنند تا به نتایج قابل توجه دست پیدا کنند. لذا در این مطالعه در تعریف ابعاد کیفیت ، به دیدگاه فوق نیز توجه شده است ، همچنین بعد قانونی در این مطالعه دربرگیرنده گویه های مربوط به تعرفه های

⁹ Safety

¹⁰ Effectiveness

¹¹ efficiency

¹² timely

¹³ Patient-centeredness

¹⁴ Equity

ویزیت پزشکان عمومی و خدمات انجام شده در مطب و چگونگی ارجاع بیماران به مراکز تشخیصی درمانی نظیر داروخانه ، آزمایشگاه ها و...از دیدگاه بیماران می باشد.

سازمان های بیمه ای کشور بیشترین حجم فعالیت خود را بر بررسی اسناد پزشکی متمرکز می کنند، توجه به توزیع نیروی انسانی در سازمان بیمه سلامت و سهم بالای پرسنل اسناد پزشکی در این سازمان شاهدهی بر این ادعاست تاکنون شاخص کیفی از سوی این سازمان به عنوان سازوکارهای تشویقی یا اجباری برای کنترل کیفیت در بیمارستان ها یا سایر مراکز وجود ندارد. بایستی سازمانهای بیمه ای بخشی از تلاش خود را برای افزایش کیفیت خدمات و کاهش بار مراجعات بستری و میزان پذیرش مجدد در بیمارستان معطوف کنند، تا از این راه ضمن ارتقای کیفیت خدمات برای بیمه شدگان هزینه های تحمیلی شده از محل این پذیرش ها را مجددا کاهش دهند (ZARE, AKHAVAN, AZADI, & MASOUDI, 2013).

۲-۲ بررسی متون :

۲-۲-۱ مطالعات داخلی:

- این مطالعه مقطعی در پاییز سال ۱۳۸۹ توسط زارعی و همکاران در شهر تهران انجام شد. جمعیت هدف مطالعه از بین همه بیماران بستری در بیمارستان های خصوصی تهران انتخاب شدند و ابعاد کیفیت بر اساس مدل سرو کوال از دیدگاه بیماران سنجیده شد و بر اساس یافته های مطالعه میانگین نمره انتظارات بالا ارزیابی گردید و در هر بیست و دو گویه سنجش کیفیت شکاف منفی مشاهده شد و شکاف در هر گویه معنی دار گزارش گردید (Ehsan Zarei et al., 2012).
- در مطالعه ای که توسط کیماسی و همکاران در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت با استفاده از ابزار پرسشنامه، ابعاد کیفیت از نظر عملکرد و اهمیت بر اساس مدل سرو ایمپرف از دیدگاه مراجعین ارزیابی گردید و نتیجه اینکه مشتریان از ابعاد مختلف کیفیت خدمات درک یکسانی ندارند و اهمیت یکسانی نیز به آن نمی دادند که بعد اطمینان خاطر در ادراک کیفیت از نظر مراجعان از سایر ابعاد کیفیت اهمیت بیشتری داشته است. هدف از انجام مطالعه مذکور بررسی کیفیت خدمات در آزمایشگاههای تهران بوده است ولی مطالعه ای بر روی آزمایشگاههای طرف قرارداد سازمان بیمه ای صورت نگرفته

است. همچنین روش انجام مطالعه با استفاده از مدل سروایمپرف بوده است که متفاوت از پژوهش مورد نظر ما می‌باشد (Keimasi et al., 2015).

- در مطالعه دیگر که توسط قاسمی در سال ۱۳۸۹ انجام شده است بررسی ارتباط زمان انتظار دریافت خدمات با کیفیت خدمات ارایه شده در بیمارستان امیرالمومنین گناوه صورت گرفته است که منتج به این گردید که ارتقاء فرایند جواب دهی آزمایشگاه موجب ارتقاء بیشتر کیفیت خدمات در اتفاقات ذکر نموده است که مطالعه مذکور صرفاً در خصوص خدمات آزمایشگاه نبوده است و فقط به موضوع جواب دهی در آزمایشگاه مراکز درمانی پرداخته است ..
- در مطالعه سوم که توسط سخنور در سال ۱۳۹۳ صورت گرفته است ، بررسی ارتباط بین فرهنگ سازمانی و کیفیت خدمات در بیمارستان ها، جهت سنجش کیفیت خدمات در بخش بستری از پرسشنامه هلس کوال استفاده شده و در این مطالعه عوامل تاثیر گذار بر کیفیت خدمات بهداشتی درمانی شامل نیروی انسانی ، دانش ، مهارت ها ، ارزش‌های وی، امکانات و تجهیزات، محیط داخل و خارج بیمارستان و عوامل مرتبط با خود بیمار دانسته شده است (Sokhanvar, 2014).

۲-۲-۲ مطالعات خارجی:

- در مطالعه ای که توسط وینی سینگ^{۱۵} و همکاران در سال ۲۰۱۴ صورت گرفته است چاقویی برای کیفیت خدمات در آزمایشگاه‌های تشخیص طبی ارائه شده که در آن سعی بر استفاده از ابزار پرسشنامه سرو کوال برای جمع آوری دیتا شده است. در آن ابعاد ملموس بودن ، قابلیت اطمینان ، پاسخگویی، فن آوری و ارتباطات و رفتار و نگرش پرسنل آزمایشگاه و همچنین گزارشات آزمایشات و چرخه فرایند آزمایشگاهی به عنوان ابعاد کیفیت ذکر گردیده است (Ramessur, Hurreeram, & Maistry, 2015).

- در مطالعه دیگری که توسط شپرد^{۱۶} و همکاران در سال ۲۰۰۸ انجام شد ، هدف ارتقاء کیفیت خدمات در واحد اورژانس با اندازه گیری مدت اقامت و مدت زمان چرخه فرایند جواب دهی آزمایشات جهت میزان آلودگی کشت خون بوده است ، این مطالعه بر روی بیماران بخش اورژانس که حداقل چند آزمایش در بین خدمات مراقبتی خود داشته اند انجام گردیده است که نهایتاً ا

15 Vinaysing Ramessure
16 Sheppard

فزایش و بهبود کیفیت مراقبت ها در بخش اورژانس را به انجام نمونه‌گیری از بیماران توسط نمونه‌گیر اختصاصی نسبت داده است (Sheppard et al., 2008).

- در مطالعه ای که توسط چاکراواری^{۱۷} در سال ۲۰۱۱ انجام شده است کیفیت خدمات بخش سرپایی بیمارستان با استفاده از ابزار پرسشنامه سرو کوال سنجیده شده است و ادراکات و انتظارت بیماران از ابعاد کیفیت (ملموسات، اطمینان همدردی و...) با پرسشنامه اندازه‌گیری شده است، که نهایتاً شکاف بین کیفیت خدمات در پنج بعد مشخص گردید شکاف معنی داری در ابعاد ملموسات و پاسخگویی بدست آمده است (Chakravarty, 2011).

در یافته‌های مطالعات قبلی نیز اشاره شده است که مشتریان در ادراک ارزش خدمات، به کیفیت در مقایسه با هزینه‌های دریافت آن اهمیت بیشتری می‌دهند (Cronin, Brady, & Hult, 2000).

17 Chakravarty

فصل سوم:

روش پژوهش

۳-۱ نوع پژوهش:

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی تحلیلی است که به صورت مقطعی انجام گرفت. این مطالعه از انواع مطالعات کاربردی می‌باشد.

۳-۲ جامعه پژوهش:

این پژوهش در شهر تهران انجام خواهد گرفت. جامعه پژوهش را بیماران مراجعه کننده به مطب پزشکان عمومی تشکیل می‌دهند. معیار اصلی ورود و انتخاب بیماران بر این اساس خواهد بود که افراد بیشتر از یک بار به مطب مورد نظر مراجعه کرده باشند و همچنین فاصله زمانی مراجعه به پزشک بین دو تا چهار هفته باشد. بیماران حداقل ۱۸ سال باید داشته باشند تا بتوانند پرسشنامه را تکمیل نمایند. در مورد افراد زیر ۱۸ سال از والدین آنها خواسته می‌شود تا پرسشنامه را تکمیل کنند. زیرا انتخاب پزشک توسط بیمار صورت نگرفته است.

۳-۳ نمونه پژوهش:**۳-۳-۱: تعیین حجم نمونه:**

هدف اصلی این مطالعه برآورد کردن میانگین کل نمره کیفیت خدمات مطب‌های پزشکان عمومی است. از آن جا که پرسش نامه مربوطه دارای طیف نمره از ۳۲ تا ۱۶۰ می‌باشد، بنابراین انحراف معیار ۲۱.۳ در نظر گرفته شد و تعداد نمونه طوری به دست آمد که با درجه اطمینان ۹۵٪ بتوان کیفیت خدمات را با حداکثر خطای ۳ نمره برآورد کرد. لذا براساس فرمول زیر تعداد نمونه به دست آمد.

$$n = \frac{z^2 \cdot \sigma^2}{d^2}$$

$$\delta = 160 - 32/6 = 21.3$$

$$n = (1.96)^2 * (21.3)^2 / (3)^2 = 193$$

بدلیل انتخاب مناطق تهران بصورت خوشه ای، بنابراین تعداد نمونه فوق در ضریب طرح ۲ ضرب می‌شود و که تعداد نمونه ۳۸۶ نفر بدست آمد. لازم به ذکر است که پژوهشگر تعداد ۱۴ پرسشنامه مازاد بر تعداد حجم نمونه توزیع نمود تا موارد احتمالی عدم تکمیل

پرسشنامه‌ها جبران گردد که نهایتاً ۳۹۴ پرسشنامه جمع‌آوری و مورد تحلیل قرار گرفت و به دلیل امکان عدم همکاری برخی از مطب‌ها ۳۸ مطب (دو مطب بیشتر انتخاب گردید) مورد بررسی قرار گرفتند.

برای انتخاب نمونه‌ها از روش چند مرحله‌ای استفاده شد. ابتدا در قسمت انتخاب مناطق از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای استفاده شد و بر اساس جهت‌های جغرافیایی ابتدا کل شهر تهران به ۹ منطقه تقسیم شد تا بیانگر مناطق شمال، جنوب، شرق، غرب، مرکز، شمال شرق، شمال غرب، جنوب شرق و جنوب غرب شهر تهران باشد سپس از هر جهت به صورت تصادفی یک منطقه جهت روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب گردید. بدین ترتیب از شمال منطقه یک شهرداری، از شمال شرقی منطقه ۴، از شمال غربی منطقه ۲۲ از مرکز منطقه ۶، از جنوب غربی منطقه ۱۹ و از جنوب شرقی منطقه ۱۵ و از جنوب منطقه ۱۲ انتخاب گردید. در ادامه از منطقه انتخاب شده به روش خوشه‌ای و براساس نمونه محاسبه شده چهار مطب انتخاب گردید و در قسمت انتخاب بیماران از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. بنابراین تعداد ۳۶ مطب پزشک مورد بررسی قرار گرفت. در هر مطب به طور متوسط تعداد ۱۱ بیمار به صورت تصادفی منظم انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها توزیع و توسط مراجعین (بیماران) تکمیل و سپس جمع‌آوری شد. لازم بذکر است در انتخاب افراد مراجعینی که بیش از یک بار به مطب مراجعه نموده بودند در پاسخ به پرسشنامه در اولویت قرار داده شدند.

۳-۳-۲: روش نمونه‌گیری:

روش نمونه‌گیری، تصادفی در دسترس بود. به این صورت که بیمارانی که مایل به شرکت در مطالعه در مطالعه بودند ضمن رعایت شرط فوق‌الذکر پرسشنامه را تکمیل نمودند.

۳-۴ ابزار و روش گردآوری داده‌ها:

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه می‌باشد که از دو بخش تشکیل شده است. بخش اول پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک فرد است. که در این قسمت از پرسشنامه سوالاتی از قبیل سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل و ... پرسیده می‌شود.

در بخش دوم سوالاتی برای سنجش کیفیت خدمات آورده می‌شود، ابعاد کیفیت شامل بعد فنی (شامل سوالات شماره ۶-۷-۹-۱۰-۱۱-۲۱)، بعد بیمار محوری (شامل سوالات ۱-۲-۳-۴-۵-۸-۱۸-۱۹-۲۰) و بعد دسترسی (شامل سوالات ۱۲-۱۳)، زمانمند بودن

(شامل سوالات ۱۵-۱۶-۱۷)، تداوم (شامل سوالات ۲۲-۲۳-۲۴)، بعد قانونی (شامل سوالات ۲۷-۲۸-۲۹)، اثربخشی (شامل سوالات ۲۵-۲۶) و رفاهی (شامل سوالات ۳۱ و ۳۲) می‌باشد. (نسخه پرسشنامه پیوست شده است).

ردیف	حیطه ها	گویه های (سوالات) مربوطه در پرسشنامه
۱	بیمار محوری	سوالات شماره ۱-۲-۳-۴-۵-۸-۱۸-۱۹-۲۰
۲	فنی	سوالات شماره ۶-۷-۹-۱۰-۱۱-۲۱
۳	دسترسی	سوالات شماره ۱۲-۱۳
۴	قانونی	سوالات شماره ۲۷-۲۸-۲۹
۵	رفاهی	سوالات شماره ۳۱-۳۲
۶	اثربخشی	سوالات شماره ۲۵-۲۶
۷	زمانمند بودن	سوالات شماره ۱۵-۱۶-۱۷
۸	تداوم	سوالات شماره ۲۲-۲۴

اعتبار محتوایی (روایی) پرسشنامه با استفاده از نظرات اساتید و کارشناسان تایید شد و برای تایید پایایی از نتایج مطالعه پایلوت استفاده شد که پرسشنامه جهت ۳۰ نفر از بیماران تکمیل گردید و نهایتاً آلفای کرونباخ برای آن ۸۸ /۰ بدست آمد.

در گام دوم نمره هر مطب در نمره چک لیست گزارش بازرسی بیمه سلامت جمع و در نهایت نمره نهایی کیفیت مطب برآورد شد.

معیار اصلی ورود و انتخاب بیماران بر این اساس بود که افراد بیشتر از یک بار به مطب مورد نظر مراجعه کرده باشند و همچنین فاصله

زمانی مراجعه به پزشک بین دو تا چهار هفته باشد. بیماران حداقل ۱۸ سال باید داشته باشند تا بتوانند پرسشنامه را تکمیل نمایند. در

مورد افراد زیر ۱۸ سال از والدین آنها خواسته شد تا پرسشنامه را تکمیل کنند. زیرا انتخاب پزشک توسط بیمار صورت نگرفته است.

۳-۵ روش اجرا:

پرسشنامه ها به بیماران مراجعه کننده به مطب های پزشکان عمومی طرف قرارداد سازمان (بادارای بودن هر نوع بیمه) داده شد و پس از

تکمیل پرسشنامه توسط فرد از ایشان اخذ گردید، لازم بذکر است پرسشنامه ترجیحاً در محل مطب در زمان مراجعه به بیماران تحویل

وسپس از ایشان اخذ گردید.

۳-۶: تحلیل اطلاعات:

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از بسته آماری اس.پی.اس.اس^{۱۸} ویرایش ۲۲ و براساس اهداف پژوهش تحلیل گردید.

با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی به گزارش یافته‌های نهایی مطالعه مبادرت شد. در واقع براساس نرمال نبودن نوع داده‌ها تست‌های غیرپارامتریک (تست‌های همبستگی و مقایسه میانگین‌ها) استفاده گردید.

در این پژوهش، با عنایت به غیرنرمال بودن داده‌های پژوهش برای آنالیز اطلاعات در روابط دومتغیره از آزمون من ویتنی و روابط چند متغیره از آزمون کروسکال والیس استفاده شد.

متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش در جدول زیر آورده می‌شود.

جدول ۳-۴ متغیرهای پژوهش

مقیاس	نحوه اندازه‌گیری	تعریف علمی - عملی	کیفی		کمی		نوع متغیر		عنوان متغیر
			رتبه‌ای	اسمی	گسسته	پیوسته	وابسته	مستقل	
لیکرت ۵ رتبه‌ای	پرسشنامه								
"	"	شامل تجهیزات وامکانات و پرسنل و ظاهر آراسته و مستندات بیمار	✓				✓		عوامل رفاهی درک شده
"	"	حداقل آسیب به بیمار و اعتماد به نتایج درمان	✓				✓		اثربخشی درک شده
"	"	شامل اهمیت به بیمار به عنوان یک فرد	✓				✓		بیمارمحوری درک شده
"	"	راحتی بیمار در دسترسی به مطب	✓				✓		دسترسی درک شده
"	"	ارزش ریالی خدمات و استفاده از مزایای	✓				✓		قانونی درک شده

¹⁸ SPSS

		بیمه در چارجوب ضوابط موجود							
"	"	دانش ومهارت کافی پزشک و دارابودن پرسنل ماهر ومطلع	✓				✓		فنی درک شده
		زمان به موقع حضور پزشک وویزیت	✓				✓		زمانمند بودن درک شده
		پیگیری های بعدی نتیجه درمان							تداوم درک شده
"	"	شامل تجهیزات وامکانات وپرسنل وظاهر آراسته ومستندات بیمار	✓				✓		عوامل رفاهی مورد انتظار
"	"	حداقل آسیب به بیمار واعتماد به نتایج درمان	✓				✓		اثربخشی مورد انتظار
"	"	شامل اهمیت به بیمار به عنوان یک فرد	✓				✓		بیمارمحوری مورد انتظار
"	"	راحتی بیمار در دسترسی به مطب	✓				✓		دسترسی مورد انتظار
"	"	ارزش ریالی خدمات واستفاده از مزایای بیمه در چارجوب ضوابط موجود	✓				✓		قانونی مورد انتظار
"	"	دانش ومهارت کافی پزشک و دارابودن پرسنل ماهر ومطلع	✓				✓		فنی مورد انتظار
		زمان به موقع حضور پزشک وویزیت	✓				✓		زمانمند بودن مورد انتظار
		پیگیری های بعدی نتیجه درمان							تداوم مورد انتظار
کمتر از یک میلیون (تومان)، ۱- ۱/۵ - ۲ میلیون تومان ، ۳ - میلیون ، ۱/۵ ، ۲/۵ میلیون ، بالاتر از ۳ میلیون	"	اظهار بیمار					✓	✓	میزان درآمد
مجرد(مطلقه ،بیوه) - متاهل	"	اظهار بیمار		✓				✓	وضعیت تاهل

بیمه سلامت، تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و سایر	"	اظهار بیمار		✓				✓	نوع دفترچه بیمه
کارمندی - سایر اقشار - سلامت - روستایی	"	اظهار بیمار		✓				✓	نوع صندوق بیمه ای که دفترچه بیمه فرد به آن تعلق دارد.
بر حسب سال زیر ۲۰ ۲۱-۳۵ ۳۶-۵۰ بالای ۵۰	"	اظهار بیمار				✓		✓	سن

فصل چهارم:

یافته ها

۱-۴ آمار توصیفی :

در این قسمت یافته‌های پژوهش در قالب آمار توصیفی ارائه میگردد.

در جدول ۱-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس ویژگی‌های فردی ارائه می‌گردد، همانطور که از ارقام بر می‌آید بیشترین گروه سنی پاسخگویان (۴۲درصد) در رده سنی ۳۶ تا ۵۰ سالگی قرارداد. همچنین بیشترین گروه درآمدی بین یک تا یک و نیم میلیون دارا بوده اند .

۵۳ درصد پاسخگویان زن و ۴۶ درصد مرد بوده اند و ۶۴ درصد بیماران دارای شغل آزاد و مابقی یعنی حدود ۳۱ درصد کارمند بوده اند، لازم بذکر است زنان خانه دار در پژوهش در رده شغلی آزاد دسته بندی شده اند .

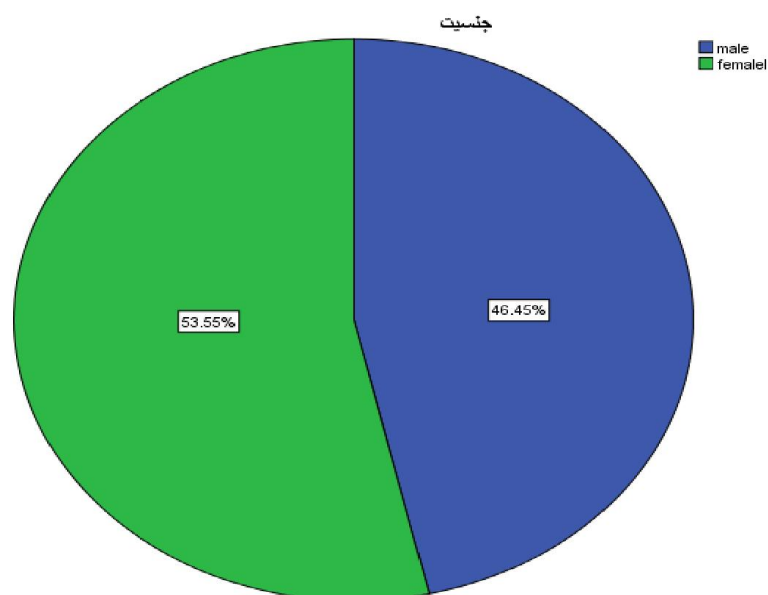
۷۴ درصد از افراد متأهل و ۲۵ درصد مجرد بوده اند . ۵۸ درصد دارای بیمه تامین اجتماعی و ۲۶ درصد دارای دفاتر بیمه سلامت و مابقی حدود ۱۱ درصد دفترچه سایر بیمه گر هارا دارا بوده اند .

تحصیلات دیپلم بیشترین فراوانی و سپس لیسانس در رده دوم فراوانی قرار گرفته است .

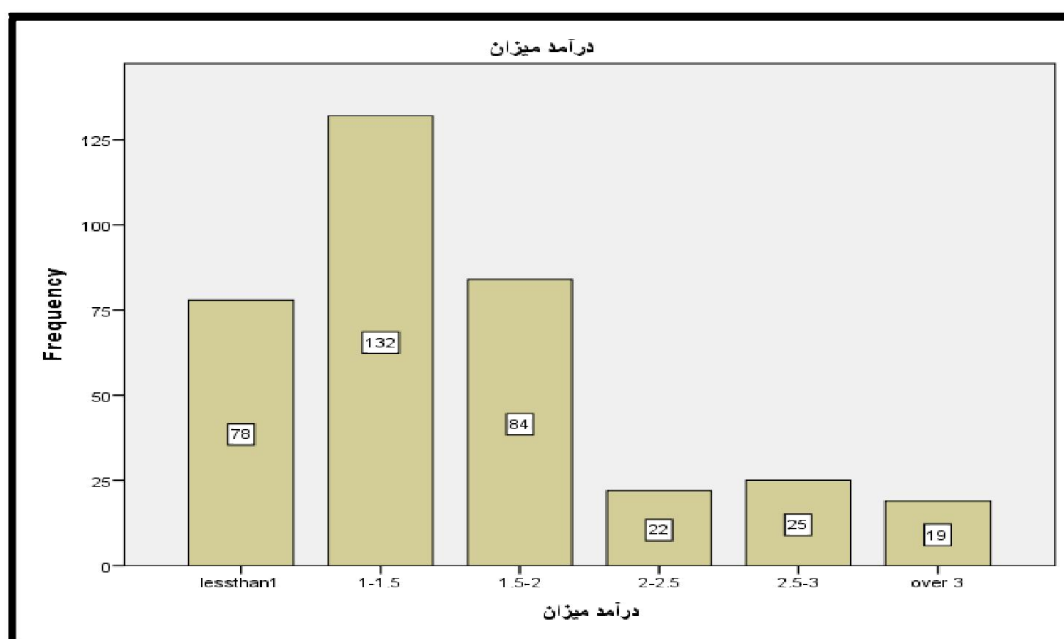
جدول ۱-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس ویژگی‌های فردی

متغیر	گروه بندی	فراوانی	درصد
سن	زیر ۲۰	۲۵	۶
	۲۰-۳۵	۹۶	۲۴
	۳۶-۵۰	۱۶۷	۴۲
	۵۱-۶۵	۷۶	۱۹
	بالای ۶۵	۲۵	۶
	جمع	۳۸۹	۹۸
درآمد	زیر ۱ میلیون	۷۸	۱۹
	۱-۱.۵	۱۳۲	۳۱
	۱.۵-۲	۸۴	۲۳
	۲-۲.۵	۲۲	۵

۶	۲۵	۲.۵-۳	
۴	۱۹	بالای ۳	
۹۱	۳۶۰	جمع	
۴۶	۱۸۳	مرد	جنس
۵۳	۲۱۱	زن	
۱۰۰	۳۹۴	جمع	
۲۵	۹۹	مجرد	تاهل
۷۴	۲۹۲	متاهل	
۹۹	۳۹۱	جمع	
۶۴	۲۵۶	آزاد	شغل
۳۱	۱۲۶	کارمند	
۹۶	۳۸۲	جمع	
۵۸	۲۳۱	تامین اجتماعی	بیمه
۲۶	۱۰۳	سلامت	
۱۱	۴۶	سایر	
۹۶	۳۸۰	جمع	
۲۰	۸۰	راهنمایی	تحصیلات
۳۱	۱۲۵	دیپلم	
۱۱	۴۴	فوق دیپلم	
۲۸	۱۱۴	لیسانس	
۶	۲۶	فوق لیسانس و بالاتر	
۹۸	۳۸۹	جمع	



نمودار ۱-۴ توزیع جنسیت در پاسخگویان

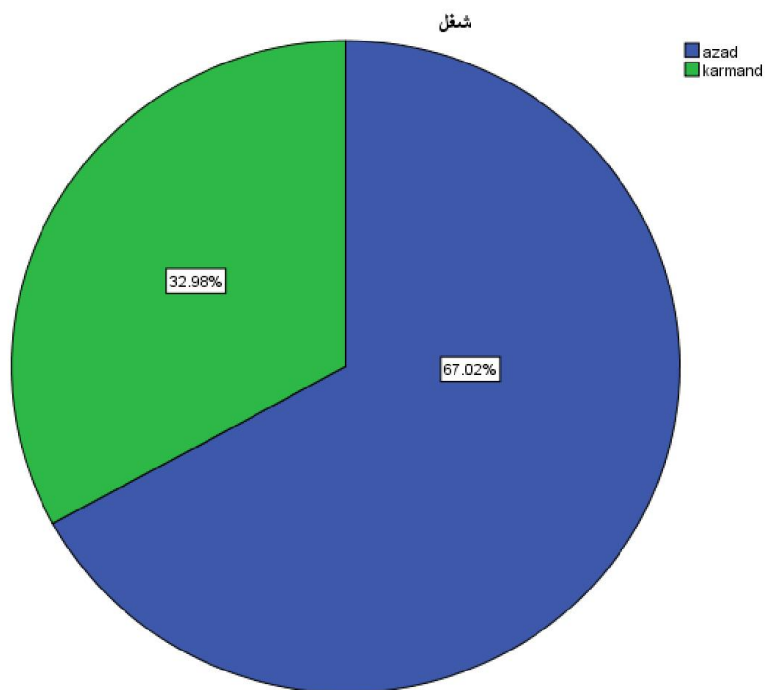


نمودار ۲-۴ توزیع درآمد در پاسخگویان

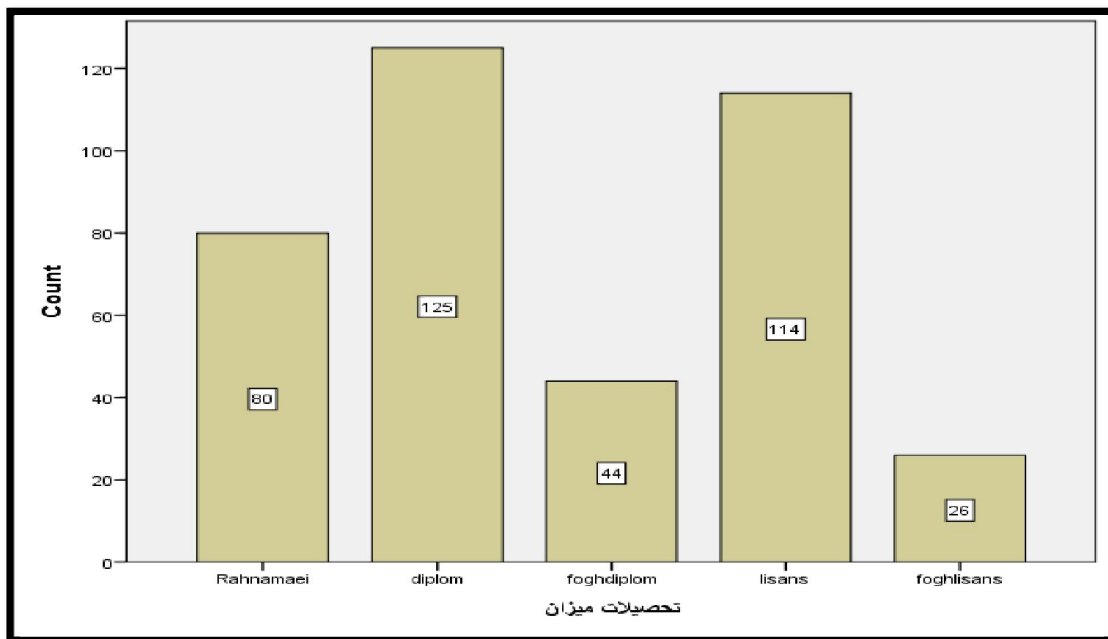
در نمودارهای فوق توزیع درآمد و جنسیت پاسخگویان آمده است که همانطور که می بینیم بیشترین میزان افراد در گروه درآمد یک تا

یک و نیم میلیون تومان قرار گرفته اند. کمترین میزان توزیع افراد در گروه درآمد بالاتر از سه میلیون تومان بوده است.

در نمودار جنسیت بیشتر پاسخگویان زن بوده اند (۵۳ درصد).



نمودار ۳-۴ توزیع میزان تحصیلات در پاسخگویان

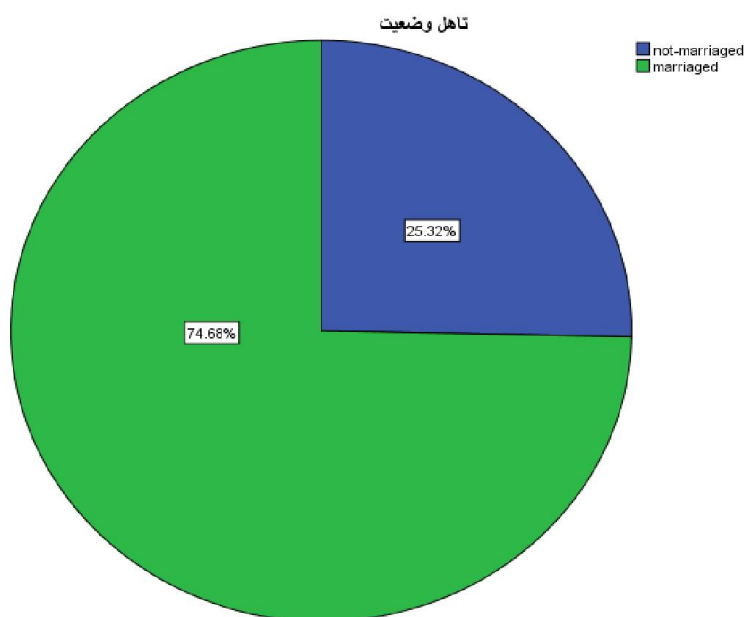


نمودار ۴-۴ توزیع شغل در پاسخگویان

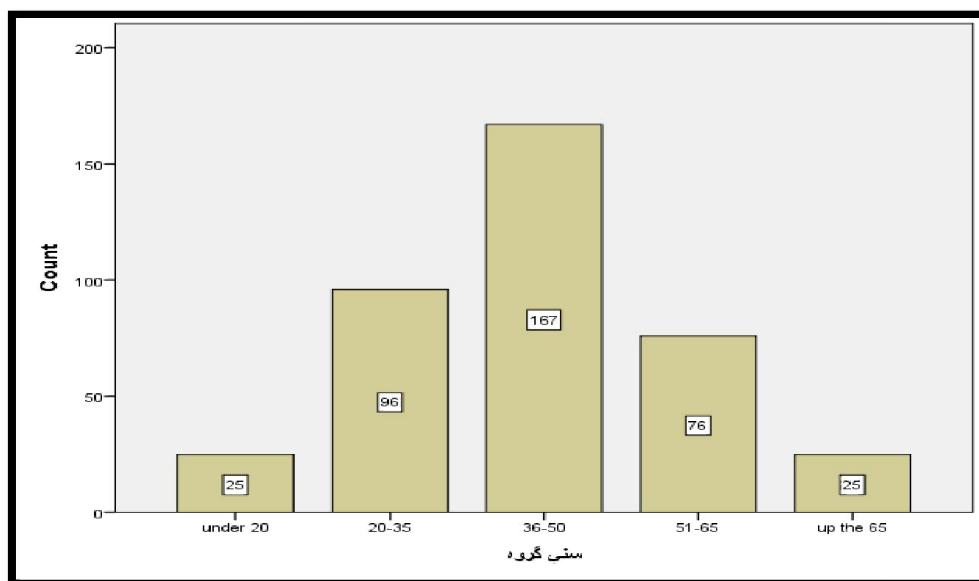
در جدول ۳-۴ توزیع میزات تحصیلات بیشترین جمعیت پاسخگویان را در رده تحصیلی دیپلم نشان می دهد. همچنین کمترین میزان توزیع افراد در رده تحصیلی بالات از فوق لیسانس بوده است .

در جدول ۴-۴ بیشترین توزیع پاسخگویان در گروه شغلی آزاد قرار می‌گیرد که با توجه به اینکه زنان خانه دار در مطالعه در گروه (شغل آزاد) تقسیم بندی شده اند قابل توجیه می‌باشد .

در نمودار ۴-۵ توزیع وضعیت تاهل نشان می‌دهد که بیشترین میزان مربوط به متاهلین است ۷۴ درصد از افراد مورد مطالعه متاهل هستند .

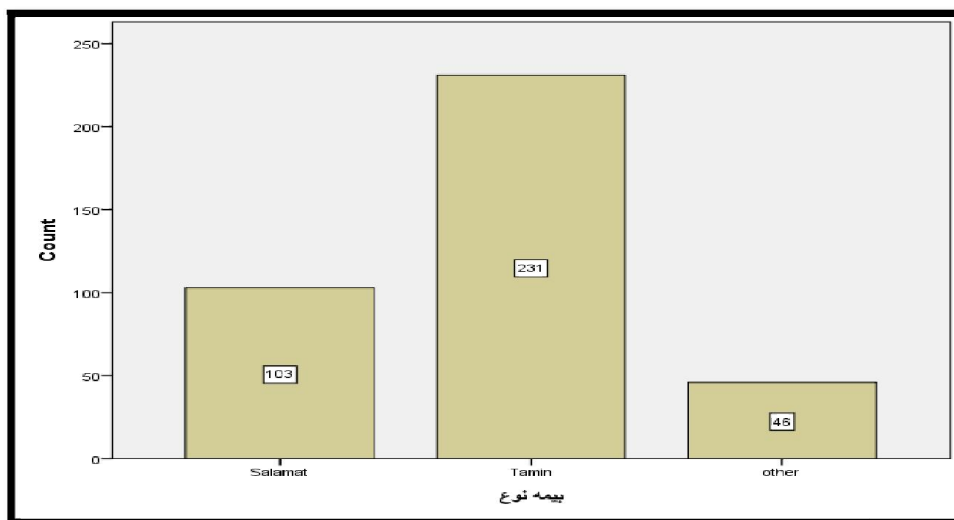


نمودار ۴-۵ توزیع وضعیت تاهل افراد



نمودار ۴-۶ توزیع فراوانی پاسخگویان از لحاظ رده سنی

در نمودار ۴-۶ بیشترین توزیع پاسخگویان در رده سنی ۳۶-۵۰ سالگی قرار دارند و کمترین میزان توزیع در گروه سنی زیر ۲۰ سال و بالای ۶۵ سال قرار می‌گیرد. (۶درصد)



نمودار ۴-۷ توزیع فراوانی نوع بیمه پاسخگویان

در بررسی نوع بیمه و توزیع آن بین نمونه مطالعه (نمودار ۴-۷) بیشترین تعداد متعلق به بیمه پایه تامین اجتماعی بوده است و جایگاه بعدی به بیمه سلامت و سپس سایر بیمه‌ها تعلق می‌گیرد.

در بررسی سوالات مربوط به علت مراجعه به پزشک و نظرات فرد در خصوص کیفیت مطب بطور کلی وامکان توصیه آن به دیگران جداول ذیل گویا است.

طبق جدول ۴-۲ بیشترین علت مراجعه به پزشک عمومی مورد نظر افراد نزدیکی به محل زندگی قید گردیده است (۷۸درصد) سپس به ترتیب کیفیت خدمات، اعتبار و شهرت پزشک، پذیرش دفترچه بیمه و توصیه آشنایان بوده است.

جدول ۴-۲ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس علت مراجعه به مطب پزشکان عمومی :

درصد	فراوانی	علت مراجعه
۷۸	۳۰۸	نزدیکی به محل زندگی
۲۱	۸۶	توصیه آشنایان
۲۷	۱۱۰	پذیرش دفترچه بیمه

اعتبار و شهرت پزشک	۱۵۰	۳۸
کیفیت خدمات	۱۵۵	۳۹

در جدول ۳-۴ یک درصد جمعیت به تنزل خدمات اشاره کرده اند و بیشترین تعداد پاسخگویان در خصوص بهتر شدن خدمات بوده است (۵۳ درصد). همچنین حدود ۴۳ درصد به عدم تغییر در بهبود خدمات پزشک خود اشاره نمودند.

جدول ۳-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس ارزیابی تغییر در کیفیت خدمات مطب پزشکان عمومی نسبت به مراجعات

کیفیت خدمات	فراوانی	درصد
بدتر شده است	۶	۲
به همان صورت باقی مانده است	۱۷۲	۴۳
بهبتر شده است	۲۰۸	۵۲
کل	۳۸۶	۹۷

در جدول ۴-۴ توزیع پاسخگویان بر اساس میزان رضایت از کیفیت خدمات (۶۴ درصد دارای رضایت حداکثر و ۳۲ درصد دارای رضایت متوسط و ۲ درصد رضایت اندک از کیفیت خدمات داشته اند) که با توجه به معیار ورود افراد به مطالعه که مراجعه بیش از یکبار به پزشک عمومی بوده است به نظر می‌رسد افراد مراجعه کننده، پزشک عمومی مذکور را به عنوان پزشک منتخب و معتمد خود در نظر گرفته اند.

جدول ۴-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس میزان رضایت از کیفیت خدمات مطب پزشکان عمومی

رضایت	فراوانی	درصد
کم	۹	۳
متوسط	۱۲۷	۳۲
زیاد	۲۵۵	۶۴
کل	۳۹۱	۹۹

در جدول ۴-۵ آمده است که حدود ۷۰ درصد از افراد مراجعه مجدد به پزشک ویا معرفی پزشک به دوستان و آشنایان را انتخاب کرده اند و تنها حدود ۲۸ درصد گزینه شاید را انتخاب نموده اند (این با توجه به اینکه پاسخگویان از بیمارانی انتخاب شده اند که بیش از یک بار مراجعه به مطب مورد نظر داشته اند).

جدول ۴-۵ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس مراجعه مجدد یا معرفی به دوستان و آشنایان

مراجعه مجدد یا معرفی به آشنایان	فراوانی	درصد
هرگز	۲	۰
شاید	۱۱۴	۲۹
بله	۲۷۷	۷۰
کل	۳۹۳	۹۹

بر اساس اطلاعات جدول ۴-۵ بیشتر مراجعین مراجعه مجدد به پزشک ویا معرفی وی به دوستان و آشنایان را انتخاب نموده اند که نشان دهنده اعتماد افراد به پزشک مورد نظر خودشان است.

جدول ۴-۶ توصیف کیفی نمره بر اساس پنجگ نمره کیفیت که از رتبه خیلی پایین آغاز ودر رتبه خیلی بالا با محدوده امتیاز ۱۳۴ تا ۱۶۰ ختم می‌گردد.

رتبه بندی توصیفی	خیلی بالا	بالا	متوسط	پایین	خیلی پایین
محدوده امتیاز	۱۳۴/۴ - ۱۶۰	۱۰۸/۸ - ۱۳۴/۴	۸۳/۲ - ۱۰۸/۸	۵۷/۶ - ۸۳/۲	۳۲ - ۵۷/۶

جدول ۴-۷ نمره کلی برداشت بیماران از کیفیت خدمات مطب‌های پزشکان عمومی

تعداد	میانگین نمره	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
۳۹۴	۱۲۵	۱۴	۶۴	۱۵۴

در جدول ۴-۸ نمره کیفیت مطب ها (سوالات مربوط به کیفیت مطب‌های منتخب) ۱۲۵ است که از بررسی ۳۹۴ پاسخگو بدست آمده است، این در حالیست که انحراف معیار ۱۴ و کمینه ۶۴ و بیشینه ۱۵۴ را نشان می‌دهد. بر اساس جدول ۴-۱۲ نمره کیفیت در رتبه بندی در محدوده بالا قرار می‌گیرد.

جدول ۴-۸ نمره کلی اهمیت کیفیت خدمات مطب‌های پزشکان عمومی از دیدگاه بیماران

تعداد	میانگین نمره	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
۳۹۴	۱۳۱	۱۴	۶۴	۱۶۰
نمره اهمیت کیفیت				

در جدول زیر میانگین نمره اهمیت سوالات (سوالات مربوط به میزان اهمیت سوال از دیدگاه مراجعین) ۱۳۱ تعیین شده است. که نسبت به میانگین نمره کیفیت عدد بالاتری را نشان می‌دهد. بر اساس جدول ۴-۱۲ نمره اهمیت در رتبه بندی در محدوده بالا قرار می‌گیرد. شکاف بین کیفیت درک شده و مورد انتظار بیماران عدد ۶- بدست آمد.

جدول ۴-۹ شکاف بین نمره کلی برداشت و اهمیت

تعداد	میانگین نمره برداشت از کیفیت	میانگین نمره اهمیت کیفیت	شکاف کلی
۳۹۴	۱۲۵	۱۳۱	-۶
بررسی شکاف			

در بررسی اختلاف برداشت و اهمیت (وزن) شکاف وجود دارد که ۶- گزارش شده است. تفاوت بین اهمیت مشتری برای کیفیت قبل از دریافت خدمات و درک یا برداشت او پس از دریافت خدمات به معنای میزان کیفیت در نظر گرفته شده است که در اینجا شکاف بر همین اساس محاسبه گردید.

جدول ۴-۱۰ درصد نمرات ابعاد کیفیت (برداشت) خدمات مطب‌های پزشکان عمومی

پاسخ به ابعاد	تعداد	میانگین نمره (درصد)	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
بیمار محوری	۳۹۴	۸۴/۷	۱۱/۸۳	۲۴/۴	۱۰۰

۱۲۰	۲۶	۱۴/۱۷	۷۹	۳۹۴	تداوم
۱۰۰	۲۰	۱۵/۹۷	۶۹/۷۱	۳۹۴	زمان مندی
۱۰۰	۲۰	۱۸/۸۷	۷۶/۰۳	۳۹۳	رفاهی
۱۰۰	۲۰	۱۵/۹۲	۸۵/۵۵	۳۹۳	دسترسی
۱۰۰	۳۷/۱۴	۱۱/۴۸	۷۵/۵۶	۳۹۴	فنی
۱۰۰	۲۰	۱۸/۹۷	۷۸/۱۰	۳۹۴	قانونی
۱۰۰	۱۰	۱۶/۶۸	۸۵/۳۹	۳۹۴	اثر بخشی

در بررسی پاسخ به سوالات در برگرفته ابعاد بالاترین نمره میانگین به ابعاد دسترسی و اثر بخشی داده شده و بعد زمان مند بودن پایین

ترین نمره کیفیت را از دیدگاه بیماران دارا می‌باشد.

جدول ۴-۱۱ درصد نمرات ابعاد دراهمیت سوالات خدمات مطب های پزشکان عمومی

پیشینه	کمینه	انحراف معیار	میانگین نمره (درصد)	تعداد	پاسخ به ابعاد (اهمیت)
۱۰۰	۲۴/۴	۱۱/۸	۸۴/۶	۳۹۴	بیمار محوری
۱۰۰	۲۶/۶	۱۴/۱۷	۸۴/۶۷	۳۹۴	تداوم
۱۰۰	۲۰	۱۵/۹۷	۷۹/۳۴	۳۹۴	زمان مندی
۱۰۰	۲۰	۱۷/۲۷	۸۱/۶۷	۳۹۴	رفاهی
۱۰۰	۲۰	۱۵/۹۲	۸۴/۴۱	۳۹۳	دسترسی

۱۰۰	۳۷/۱۴	۱۱/۴۸	۷۹/۷۸	۳۹۴	فنی
۱۰۰	۲۰	۱۸/۹۷	۷۵/۲۷	۳۹۴	قانونی
۱۰۰	۲۰	۱۶	۸۷/۰۳	۳۹۴	اثر بخشی

در بررسی پاسخ به سوالات (اهمیت) در برگیرنده ابعاد بالاترین نمره میانگین به ترتیب به ابعاد اثر بخشی، دسترسی و بیمار محوری داده شده و بعد زمان مندی پایین ترین نمره کیفیت را دارا می باشد.

جدول ۴-۱۲ بررسی شکاف بین برداشت و اهمیت در ابعاد کیفیت

شکاف	ابعاد اهمیت	ابعاد کیفیت	بعد	شکاف	ابعاد اهمیت	ابعاد کیفیت	بعد
۱/۱۴	۸۴/۴۱	۸۵/۵۵	دسترسی	۰/۱	۸۴/۶	۸۴/۷	بیمار محوری
-۴/۲۲	۷۹/۷۸	۷۵/۵۶	فنی	-۵/۶۷	۸۴/۶۷	۷۹	تداوم
۲/۸۳	۷۵/۲۷	۷۸/۱۰	قانونی	-۹/۶۳	۷۹/۳۴	۶۹/۷۱	زمان مندی
-۱/۶۴	۸۷/۰۳	۸۵/۳۹	اثر بخشی	-۵/۶۴	۸۱/۶۷	۷۶/۰۳	رفاهی

بیشترین شکاف به ترتیب در ابعاد زمان مندی، تداوم، رفاهی و سپس بعد فنی دیده میشود، کمترین شکاف در بعد دسترسی دیده میشود. به نظر میرسد نظرات برداشت مربوط به ابعاد فوق با نظرات اهمیت شکاف بسیاری دارد.

جدول ۴-۱۳ توزیع فراوانی پاسخ به سوالات پرسشنامه (کیفیت خدمات):

توزیع پاسخ ها					پاسخ به سوالات	رتبه
خیلی مخالفم	مخالفم	میانه	موافقم	خیلی موافقم		
درصد	درصد	درصد	درصد	درصد		

۱/۳	۱	۳/۳	۳۳/۵	۶۰/۹	برخورد پزشک با من و همراهانم محترمانه بود.
۰/۸	۲/۱	۸/۵	۳۸/۲/	۵۰/۵	منشی مطب با من و همراهانم برخورد محترمانه داشت.
۰/۸	۱/۵	۷/۴	۳۲/۸	۵۷/۵	به پزشک و منشی مطب در حفظ اسرار پزشکی خود اطمینان دارم.
۱	۱/۵	۱۰/۲	۳۵/۶	۵۱/۷	در برقراری ارتباط با پزشک احساس آرامش می‌کردم.
۰/۵	۱/۸	۸/۱	۳۷/۷	۵۱/۹	پزشک با من رفتاری دلسوزانه و توأم با همدردی داشت.
۱/۳	۱/۸	۱۳/۷	۳۳/۸	۴۹/۵	پزشک در طول ویزیت از من شرح حال کاملی گرفت.
۱/۳	۱/۳	۱۲/۷	۳۵/۶	۴۹/۱	پزشک توضیحات کامل، دقیق و قابل فهمی در مورد بیماری من ارائه داد.
۰/۸	۳/۳	۷/۶	۳۴/۹	۵۳/۴	پزشک به همه سوالات من در مورد بیماری ام پاسخ می‌داد.
۹/۱	۱۸.۳	۲۷/۷	۲۶.۹	۱۶.۲	به نظر من، تعداد آزمایشهای تشخیصی تجویز شده برای من بیش از حد بود.
۵.۸	۱۷	۲۳.۱	۳۵.۳	۱۶	به نظر من، داروهای تجویز شده برای بیماری من بیش از حد بود.
۱/۸	۱/۵	۷/۵	۴۴/۵	۴۴/۷	به نظر من اطلاعات پزشک کافی و به روز بود.
۱/۳	۳/۴	۹/۶	۳۷	۴۸/۸	برای نوبت گرفتن به تماس‌های تلفنی من بدون تاخیر پاسخ داده می‌شد.
۱	۳/۱	۷/۶	۳۴	۵۴	دسترسی من به مطب راحت و سریع بود.
۱۱/۳	۱۳/۲	۲۱/۵	۲۹/۳	۲۴/۷	برای من در بدو ورودم پرونده تشکیل شد.
۲/۱	۲/۸	۱۰	۳۸	۴۶	پزشک حضور بموقع و به مدت کافی در مطب داشت.
۱۱/۲	۲۴/۵	۲۷/۱	۲۰/۱	۱۷/۲	زمان انتظار من برای دیدن پزشک در مطب طولانی بود.
۸.۱	۲۲.۳	۱۵.۷	۳۲	۲۰.۱	به نظر من، پزشک زمان کوتاهی برای ویزیت کردن من اختصاص داد.
۶.۱	۶۶	۱۲.۲	۳۳.۲	۴۰.۱	پزشک همزمان با من چند بیمار دیگر را (همزمان در اتاق پزشک) ویزیت نمود.
۳.۳	۷.۴	۱۴.۵	۳۲.۵	۴۱.۱	پزشک در زمان ویزیت من به موبایل خود نیز جواب می‌داد (توجه کامل به من نداشت).
۳	۶/۲	۱۶	۴۱	۳۳/۷	پزشک به نظرات من نیز در فرایند درمان توجه می‌نمود.
۱	۴/۴	۱۵	۴۷	۳۳	خدمات ارائه شده توسط پزشک در مطب کامل و جامع بود (وجود تمام خدمات مورد نیاز).
۱	۳/۱	۱۵	۴۹	۳۱	توصیه و راهنمایی‌های لازم در مورد بیماریم، هنگام خروج از مطب ارائه می‌شد.
۲	۲/۶	۱۰	۴۵	۳۹	پزشک در صورت نیاز مرا به متخصص و مراکز درمانی مرتبط ارجاع می‌داد.
۴	۸	۲۲	۳۶	۲۸/۹	توسط پزشک یا منشی ایشان نتایج درمان و آزمایشات من پیگیری می‌شد.

۱/۸	۱	۵	۴۳	۴۸	بعد از مراجعه به این پزشک بیماری من بهتر شد.	۲۵
۴/۶	۳/۸	۵/۶	۳۱/۵	۵۴/۲	به من در این مطب آسیبی در اثر خطای پزشکی وارد نگردید.	۲۶
۶/۱	۴/۱	۱۱/۲	۲۸/۸	۴۹/۹	پزشک وجه دیگری علاوه بر حق ویزیت از من دریافت کرد.	۲۷
۶/۱	۶/۹	۱۴/۲	۲۶/۱	۴۵/۴	تعرفه‌های پزشکی مصوب توسط این پزشک رعایت نمی شد.	۲۸
۷/۲	۹	۱۹	۲۹	۳۴	پزشک فقط مرا به مراکز تشخیصی (رادپولوژی و آزمایشگاه) و دارویی مورد نظر خود ارجاع می داد.	۲۹
۱	۴/۹	۹	۳۹	۴۴	پزشک و پرسنل مطب ظاهر آراسته ای داشتند.	۳۰
۲/۱	۴	۱۵	۴۰	۳۸	محیط مطب تمیز و منظم بود و تسهیلات رفاهی مناسب (صندلی راحت، فضای کافی، سرویس بهداشتی) وجود داشت.	۳۱
۳/۸	۱۲	۳۰	۲۶	۲۷	امکانات سرگرم کننده (تلویزیون، اسباب بازی، مجله و...) در مطب وجود داشت.	۳۲

در پاسخ به سوالات پرسشنامه با توجه به جدول ۴-۱۳ از دیدگاه بالاترین و پایین ترین نمره،

سوال ۱ شماره (برخورد پزشک) مربوط به بعد بیمارمحوری دارای بالاترین نمره برداشت بود و گویه شماره ۹ (تعداد آزمایشات تجویزی)

از ابعاد فنی دارای کمترین نمره کیفیت بوده است. بقیه سوالات در قالب حیطه ها یا ابعاد مختلف مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۴-۱۴ توزیع فراوانی پاسخ به سوالات پرسشنامه (اهمیت سوالات):

توزیع پاسخ ها					پاسخ به سوالات	
خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد		
درصد	درصد	درصد	درصد	درصد		
۰	۰	۲/۵	۳۳	۶۴	برخورد پزشک با من و همراهانم محترمانه بود.	۱
۰	۰	۸	۳۵	۵۵/۸	منشی مطب با من و همراهانم برخورد محترمانه داشت.	۲
۰/۵	۰/۵	۱۲	۲۶	۶۰	به پزشک و منشی مطب در حفظ اسرار پزشکی خود اطمینان دارم.	۳
۰	۰	۸/۹	۳۴/۵	۵۹	در برقراری ارتباط با پزشک احساس آرامش می کردم.	۴
۰	۱	۵	۳۸	۵۴/۷	پزشک با من رفتاری دلسوزانه و توأم با همدردی داشت.	۵
۰	۱	۹/۲	۳۲/۵	۵۷/۵	پزشک در طول ویزیت از من شرح حال کاملی گرفت.	۶

۰	۱/۳	۹	۳۳/۷	۵۴/۸	پزشک توضیحات کامل، دقیق و قابل فهمی در مورد بیماری من ارائه داد.	۷
۲	۲	۸	۳۶	۴۹	پزشک به همه سوالات من در مورد بیماری ام پاسخ می‌داد.	۸
۱۳	۱۱	۳۲	۲۴	۱۷	به نظر من، تعداد آزمایشهای تشخیصی تجویز شده برای من بیش از حد بود.	۹
۱۳	۱۳/۳	۲۳	۲۵	۲۴	به نظر من، داروهای تجویز شده برای بیماری من بیش از حد بود.	۱۰
۰	۰	۱۰	۳۹	۴۸	به نظر من اطلاعات پزشک کافی و به روز بود.	۱۱
۱	۱	۱۱	۳۹	۴۶/۳	برای نوبت گرفتن به تماس‌های تلفنی من بدون تاخیر پاسخ داده می‌شد.	۱۲
۱	۲/۸	۱۱/۷	۳۸	۴۵	دسترسی من به مطب راحت و سریع بود.	۱۳
۵/۷	۸	۱۳	۳۴/۳	۳۸/۲	برای من در بدو ورودم پرونده تشکیل شد.	۱۴
۱	۲	۱۲	۴۲	۴۲	پزشک حضور بموقع و به مدت کافی در مطب داشت.	۱۵
۹	۷	۱۷	۲۶	۳۹	زمان انتظار من برای دیدن پزشک در مطب طولانی بود.	۱۶
۸/۷	۳	۱۳	۳۲	۴۱	به نظر من، پزشک زمان کوتاهی برای ویزیت کردن من اختصاص داد.	۱۷
۱۳	۵/۹	۱۳/۹	۲۵	۴۱	پزشک همزمان با من چند بیمار دیگر را (همزمان در اتاق پزشک) ویزیت نمود.	۱۸
۱۴	۸/۸	۱۶/۲	۲۲	۳۷	پزشک در زمان ویزیت من به موبایل خود نیز جواب می‌داد (توجه کامل به من نداشت).	۱۹
۰	۳	۱۱	۳۵/۲	۴۹/۶	پزشک به نظرات من نیز در فرایند درمان توجه می‌نمود.	۲۰
۱	۰	۸	۴۳	۴۶	خدمات ارائه شده توسط پزشک در مطب کامل و جامع بود (وجود تمام خدمات مورد نیاز).	۲۱
۱	۱/۵	۶	۴۱	۴۹/۴	توصیه و راهنمایی‌های لازم در مورد بیماریم، هنگام خروج از مطب ارائه می‌شد.	۲۲
۱	۲	۱۰/۷	۳۸	۴۷	پزشک در صورت نیاز مرا به متخصص و مراکز درمانی مرتبط ارجاع می‌داد.	۲۳
۱	۳/۸	۱۵	۳۹	۳۹	توسط پزشک یا منشی ایشان نتایج درمان و آزمایشات من پیگیری می‌شد.	۲۴
۱/۵	۱	۵	۳۴	۵۷/۸	بعد از مراجعه به این پزشک بیماری من بهتر شد.	۲۵
۵	۲	۶	۳۱	۵۵	به من در این مطب آسیبی در اثر خطای پزشکی وارد نگردید.	۲۶
۱۲	۳	۶	۳۱	۴۵/۹	پزشک وجه دیگری علاوه بر حق ویزیت از من دریافت کرد.	۲۷
۱۳	۵	۹	۲۹	۴۳	تعرفه‌های پزشکی مصوب توسط این پزشک رعایت نمی‌شد.	۲۸
۱۲	۹	۱۴	۳۰	۳۲/۷	پزشک فقط مرا به مراکز تشخیصی (رادیولوژی و آزمایشگاه) و دارویی مورد نظر خود ارجاع می‌داد.	۲۹

۱	۰	۱۴	۳۷	۴۵	پزشک و پرسنل مطب ظاهر آراسته ای داشتند.	۳۰
۰	۲	۱۵	۳۵	۴۶	محیط مطب تمیز و منظم بود و تسهیلات رفاهی مناسب (صندلی راحت، فضای کافی، سرویس بهداشتی) وجود داشت .	۳۱
۳	۶	۲۱	۳۱	۳۷	امکانات سرگرم کننده (تلویزیون، اسباب بازی، مجله و...) در مطب وجود داشت.	۳۲

بر اساس جدول شماره ۴-۱۵ سوال ۲(گویه)حائز بالاترین نمره از لحاظ اهمیت سوال از دیدگاه بیماران شده است و سوال ۹ نیز کمترین میزان اهمیت را به خود اختصاص داده است .

جدول ۴-۱۵ بررسی شکاف بین برداشت و اهمیت در سوالات

شکاف بین برداشت و اهمیت	درصد نظرات اهمیت	درصد برداشت ها	سوالات	شکاف بین برداشت و اهمیت	درصد نظرات اهمیت	درصد نظرات برداشت ها	سوالات
-۶۱/۲	۳۹۵/۳	۳۳۴/۱	۱۷	-۱۰/۸	۴۶۱/۵	۴۵۰/۷	۱
۲۱/۳	۳۷۵/۱	۳۹۶/۴	۱۸	-۶۱/۲	۴۹۷	۴۳۵/۸	۲
۴۲/۳	۳۵۹/۷	۴۰۲	۱۹	-۰/۲	۴۴۴/۹	۴۴۴/۷	۳
-۳۷/۵	۴۳۴/۳	۳۹۶/۸	۲۰	-۳	۴۴۴/۵	۴۴۱/۵	۴
-۲۵/۷	۴۳۲	۴۰۶/۳	۲۱	-۵/۳	۴۴۴	۴۳۸/۷	۵
-۳۱/۵	۴۳۶/۴	۴۰۴/۹	۲۲	-۱۸	۴۴۶/۷	۴۲۸/۷	۶
-۱۳/۲	۴۲۹	۴۱۵/۸	۲۳	-۹/۲	۴۳۹/۱	۴۲۹/۹	۷
-۳۴/۲	۴۱۰/۸	۳۷۶/۶	۲۴	-۴۳/۳	۴۳۰/۱	۳۸۶/۸	۸
-۱۲/۶	۴۴۵/۷	۴۳۳/۱	۲۵	۴/۶	۳۱۹/۵	۳۲۴/۱	۹
-۳/۷	۴۳۰/۵	۴۲۶/۸	۲۶	۵/۹	۳۳۴/۷	۳۴۰/۶	۱۰
۱۸/۲	۳۹۴/۴	۴۱۲/۶	۲۷	-۴/۵	۴۳۳/۳	۴۲۸/۸	۱۱
۱۵/۷	۳۸۲/۶	۳۹۸/۳	۲۸	۱/۳	۴۲۷/۶	۴۲۸/۹	۱۲
۲۳/۷	۳۴۹/۴	۳۷۳/۱	۲۹	۱۱	۴۲۴/۲	۴۳۵/۲	۱۳

۱۴	۳۴۲/۹	۳۹۱	-۴۸/۱	۳۰	۴۱۳/۵	۴۲۳/۹	-۱۰/۴
۱۵	۴۲۴/۲	۴۲۲/۱	۲/۱	۳۱	۴۰۳/۳	۴۲۶/۶	-۲۳/۳
۱۶	۳۰۷/۹	۳۷۸/۲	-۳۵/۰۵	۳۲	۳۵۹/۴	۳۹۳/۴	-۳۴

بیشترین شکاف مربوط به سوال ۱۷ و ۱۴ و ۸ می باشد. که به ترتیب به ابعاد بیمار محوری، زمان مند بودن، فنی و بیمار محوری تعلق دارند. به نظر می رسد در بعد برخورد محترمانه پرسنل مطب شکاف بیشتری وجود دارد.

کمترین شکاف مربوط به سوال ۱۹ (توجه کامل پزشک به بیمار) است که مربوط به بعد بیمار محوری است.

جدول ۴-۱۶ توزیع فراوانی پاسخگویان به سوالات کیفیت مطب به تفکیک جنسیت، تاهل و شغل:

نتیجه آزمون	میانگین	تعداد	گروه	
$Z = -1/45$ P value = $+/14$	۱۸۸/۵۲	۱۸۳	مرد	جنسیت
	۲۰۶	۲۱۱	زن	
$Z = -0/84$ P value = $0/4$	۲۰۴/۲۶	۹۹	مجرد	تاهل
	۱۹۳/۲۰	۲۹۲	متاهل	
$Z = -0/7$ P value = $+/48$	۱۸۸/۷۱	۲۵۶	آزاد	شغل
	۱۹۷/۱۶	۱۲۶	کارمند	

در بررسی رابطه جنسیت و تاهل و شغل با پاسخ به سوالات کیفیت (دسته اول سوالات) هیچکدام معنا دار نیست لذا بین خصوصیات فوق و کیفیت رابطه معناداری مشاهده نمی شود.

جدول ۴-۱۷ توزیع فراوانی پاسخگویان به برداشت از کیفیت درمطب به تفکیک سن، نوع بیمه، تحصیلات، درآمد و صندوق

نام گروه	تعداد	متوسط رتبه	نتیجه آزمون
گروه سنی	۲۵	۲۱۱/۵۲	Chi-Square=۶/۳ D f=4 P value=۰/۱۷
	۹۶	۱۸۵/۸۹	
	۱۶۷	۱۹۲/۲۸	
	۷۶	۲۱۷/۵۷	
	۲۵	۱۶۳/۰۶	
نوع بیمه	۱۰۳	۲۰۵/۷۳	Chi-Square=۳/۳۳ D f=۲ P value=۰/۱۹
	۲۳۱	۱۸۲/۵۵	
	۴۶	۱۹۶/۳	
تحصیلات	۸۰	۱۸۰/۴۴	Chi-Square=۱۰/۹ D f=۴ P value=۰/۰۲
	۱۲۶	۱۹۴/۷۹	
	۴۴	۱۹۱/۵۹	
	۱۱۳	۲۱۷/۹۸	
	۲۶	۱۴۶/۷۱	
میزان درآمد	۷۸	۱۶۹/۰۶	Chi-Square=۵/۲۰ D f=۵ P value=۰/۳۹
	۱۳۲	۱۷۹/۴۷	
	۸۴	۱۷۹/۱۶	
	۲۲	۲۲۲/۴۸	
	۲۵	۱۷۵/۲۸	
	۱۹	۱۹۸/۸۲	
صندوق بیمه	۷۰	۴۸/۱۴	Chi-Square=۱/۴۳ D f=۲ P value=۰/۴۸
	۸	۴۵/۶۳	
	۱۴	۳۸/۸۲	
	۰	۰	

در بررسی ارتباط نمرات کیفیت با سن، درآمد و نوع بیمه پاسخگویان نیز ارتباط معناداری مشاهده نمی‌گردد. ولی ارتباط معناداری بین میزان تحصیلات و پاسخ به سوالات کیفیت مشاهده می‌گردد.

جدول ۴-۱۸ توزیع فراوانی پاسخگویان به اهمیت کیفیت به تفکیک سن، نوع بیمه، تحصیلات، درآمد و صندوق بیمه:

نتیجه آزمون	متوسط رتبه	تعداد	نام گروه
Chi-Square=۶/۲ Df=4 P value=۰/۱۸	۱۹۳/۲۴	۲۵	۲۰ سال به پایین
	۱۷۹/۷۰	۹۶	۲۰ تا ۳۵ سال
	۱۹۶/۱۳۸	۱۶۷	۳۶ تا ۵۰ سال
	۲۱۹/۰۵	۷۶	۵۱ تا ۶۵ سال
	۱۷۳/۱۸	۲۵	بالای ۶۵ سال
Chi-Square=۷/۴ Df=۲ P value=۰/۰۲	۲۰۵/۹۹	۱۰۳	بیمه سلامت
	۱۷۸/۴	۲۳۱	تامین اجتماعی
	۲۱۶/۵	۴۶	سایر
Chi-Square=۱/۶۴ Df=۴ P value=۰/۸	۱۹۶/۴	۸۰	زیر راهنمایی
	۱۸۵/۴۳	۱۲۶	دیپلم
	۲۰۱/۳۳	۴۴	فوق دیپلم و پایین تر
	۲۰۲/۸۹	۱۱۳	لیسانس
	۱۹۱/۹	۲۶	فوق لیسانس و بالاتر
Chi-Square=۱۸/۱۶ Df=۵ P value=۰/۰۰۳	۱۶۷/۱۴	۷۸	کمتر از یک میلیون تومان
	۱۶۶/۸۰	۱۳۲	۱-۱/۵ میلیون تومان
	۲۲۱/۴	۸۴	۲-۱/۵ میلیون تومان
	۱۶۱/۳۹	۲۲	۲-۲/۵ میلیون تومان
	۱۸۹/۰۸	۲۵	۳-۲/۵ میلیون تومان
	۱۶۰/۵۸	۱۹	بالاتر از ۳ میلیون تومان

Chi-Square=۷/۴	۵۰/۱۶	۷۰	کارمندی	صندوق بیمه
Df=۲	۴۰/۳۸	۸	سایر اقشار	
P value=۰/۰۲	۳۱/۶۸	۱۴	سلامت ایرانیان	
	۰	۰	روستایی	

همانطور که در جدول ۴-۱۶ مشاهده می‌گردد بس از انجام آزمون کروسکال والیس ونتایج بدست آمده در رابطه با نمره اهمیت

سوالات ارتباط معناداری بین پاسخ به سوالات اهمیت با میزان در آمد ، نوع بیمه و صندوق بیمه به چشم می‌خورد .

جدول ۴-۱۹ توزیع فراوانی پاسخگویان به سوالات مربوط به اهمیت سوالات به تفکیک جنسیت، تاهل و شغل

نتیجه آزمون	میانگین	تعداد	گروه	
z=-۰/۳۹ P value= ۰/۶۹	۱۹۵/۰۵	۱۸۳	مرد	جنسیت
	۱۹۹/۶۳	۲۱۱	زن	
z=-۰/۳۷ P value= ۰/۷	۱۹۹/۷۲	۹۹	مجرد	تاهل
	۱۹۴/۷۴	۲۹۲	متاهل	
z=-۱/۴ P value=۰/۱۶	۱۸۵/۹۵	۲۵۶	آزاد	شغل
	۲۰۲/۷۸	۱۲۶	کارمند	

در جدول ۴-۱۷ بر اساس آزمون من ویتنی رابطه معناداری بین نمره اهمیت وصفات جنسیت، تاهل و شغل به چشم نمی‌خورد. بنابراین

در اهمیت کیفیت صفاتی مانند تاهل، جنسیت و شغل تاثیر گذار نبوده است .

جدول ۴-۲۰: مقایسه بین نتایج حاصل از مطالعه و نتایج اخذ شده از چک لیست بازرسان حوزه نظارتی در خصوص مطب‌های طرف قرارداد

ردیف	کد مطب	نمره کیفیت	بررسی کارشناس	ردیف	کد مطب	نمره کیفیت	بررسی کارشناس
۱	۱۹۲	۷۳/۷۵	۱۰۰	۲۱	۲۶۷۸	۷۱/۰۶	۹۴/۱۱
۲	۲۳۸	۵۷/۶	۱۰۰	۲۲	۲۸۳۲	۷۶	۱۰۰
۳	۴۹۸	۶۶/۷۵	۱۰۰	۲۳	۲۹۲۳	۸۱/۷۵	۱۰۰
۴	۷۸۱	۸۴/۳۷	۱۰۰	۲۴	۳۰۶۱	۷۹/۵	۱۰۰
۵	۸۶۸	۷۵/۸۱	۱۰۰	۲۵	۳۱۴۲	۷۵	۱۰۰
۶	۹۵۰	۹۶	۱۰۰	۲۶	۳۳۶۶	۷۰/۳۷	۹۴/۱۱
۷	۱۰۸۱	۸۵/۵	۱۰۰	۲۷	۳۴۰۳	۸۱/۸۱	۹۴/۱۱
۸	۱۱۳۵	۸۵/۱۸	۱۰۰	۲۸	۳۵۷۵	۷۱/۸۷	۱۰۰
۹	۱۲۵۵	۸۷/۸۱	۱۰۰	۲۹	۳۶۸۵	۸۴/۳۷	۱۰۰
۱۰	۱۳۳۸	۷۳/۴۳	۱۰۰	۳۰	۳۸۶۰	۸۱/۱۸	۱۰۰
۱۱	۱۴۳۱	۸۲/۸۱	۱۰۰	۳۱	۳۹۲۰	۸۰/۴۳	۱۰۰
۱۲	۱۴۳۲	۸۷/۴۳	۱۰۰	۳۲	۴۰۰۲	۸۲/۱	۱۰۰
۱۳	۱۶۵۲	۸۴/۱۴	۱۰۰	۳۳	۴۱۳۳	۸۴/۶۲	۱۰۰
۱۴	۱۷۳۲	۸۱/۷۹	۱۰۰	۳۴	۴۳۸۵	۸۳/۵	۱۰۰
۱۵	۱۸۸۲	۸۴/۳۱	۱۰۰	۳۵	۴۴۸۰	۷۹/۱۸	۹۴/۱۱
۱۶	۱۹۴۲	۷۷	۱۰۰	۳۶	۴۵۸۶	۸۱/۵	۹۴/۱۱
۱۷	۲۱۰۹	۷۵/۱۲	۱۰۰	۳۷	۴۶۴۷	۸۹/۳۷	۹۴/۱۱
۱۸	۲۲۷۶	۷۹/۹۳	۱۰۰	۳۸	۴۹۴۷	۸۷/۴۳	۱۰۰
۱۹	۲۳۲۵	۸۰/۸۶	۹۴/۱۱				
۲۰	۲۵۱۹	۷۸/۴۶	۱۰۰				

بر اساس اطلاعات مربوط به جدول ۴-۲۰ نمرات کلی هر مطب با استفاده از نرم افزار محاسبه شده و سپس بر اساس ۱۷ سوال مندرج در چک لیست کارشناسان نظارت سازمان بیمه سلامت در استان تهران تنها ۷ نفر از پزشکان مورد بررسی نمره کامل بررسی کارشناسان اداره نظارت را دریافت نکرده اند و بقیه در بازدید های به عمل آمده و طبق نظرات کارشناسی دارای امتیاز کامل شده اند . مطب شماره ۳ با پایینترین نمره کیفیت حائز امتیاز کامل از دید بازرسی شده است و مطب شماره ۶ با بالاترین نمره کیفیت نیز حائز امتیاز کامل کارشناسان نظارتی گردیده است .

فصل پنجم:

بحث و نتیجه گیری

۵-۱ مقدمه :

در این فصل ابتدا خلاصه‌ای از یافته‌های مهم پژوهش بیان می‌شود. پس از آن نتایج حاصل از این مطالعه با نتایج حاصل از دیگر مطالعات مشابه، مقایسه و مورد بحث قرار می‌گیرد. در نهایت پیشنهادات کاربردی و پیشنهادات برای مطالعات آتی در زمینه‌های مشابه ارائه می‌گردد.

۵-۲ خلاصه‌ای از یافته‌های پژوهش:

• یافته‌های دموگرافیک

این پژوهش بر روی ۳۹۴ نفر از بیماران مراجعه کننده به مطب‌های مربوط به پزشکان عمومی طرف قرارداد انجام گرفت که در این میان ۲۱۱ نفر زن و ۱۸۳ نفر مرد بوده‌اند. بیشتر شرکت کنندگان را افراد متأهل با درصدی معادل ۷۴ درصد و به تعداد ۲۹۲ نفر تشکیل داده‌اند. در خصوص توزیع سنی افراد مورد مطالعه نیز باید خاطر نشان کرد، بیشترین گروه سنی مربوط به گروه ۳۶ تا ۵۰ سال با ۴۲ درصد و کمترین آن در گروه‌های سنی زیر ۲۰ سال با ۶ درصد و بالای ۶۵ سال با ۶ درصد بود. در مورد شغل، افراد با شغل آزاد با ۶۴ درصد و تعداد ۲۵۶ نفر بیشترین رقم را به خود اختصاص داده است. در مورد وضعیت تحصیلی، بیشترین تعداد مربوط به افراد دارای مدرک دیپلم و با ۳۱ درصد و کمترین تعداد نیز مربوط به افرادی با سواد بیشتر از فوق لیسانس و با ۶ درصد بود. همچنین ۷۸ نفر با ۱۹ درصد وضعیت درآمدی یک میلیون تا ۱/۵ میلیون تومان بیشترین میزان تعداد در گروه‌های درآمدی را دارا بوده‌اند.

• یافته‌های توصیفی: نمره کیفیت و ابعاد کیفیت

بطور کلی نمره برداشت افراد از کیفیت خدمات مطب ۱۲۵ از ۱۶۰ (پنچک چهارم) بدست آمد که نشان دهنده ارزیابی نسبتاً مطلوب از کیفیت خدمات است. به همین صورت نمره مرتبط با اهمیت و انتظارات بیماران ۱۳۱ از ۱۶۰ شد (پنچک چهارم) که نشان دهنده شکاف خیلی جزیی (۶-) می باشد. این شکاف اندک به دو صورت قابل تفسیر است. اول، یک نشانه مثبتی می باشد از نزدیک بودن کیفیت خدمات با انتظارات بیماران. با این حال می تواند همچنین نشان دهنده سطح پایین انتظارات افراد نیز باشد، بدین صورت که افراد

از مطب های پزشکان عمومی انتظار پائینی دارند، لذا فرد برای بیماریهای جزئی و یا پیش پا افتاده به پزشک عمومی مراجعه می نماید .
و علاقه به مراجعه به متخصصین شایع گردیده است .

بطور کلی هشت بعد کیفیت شامل بعد دسترسی، اثربخشی، تداوم، قانونی، بیمار محوری، فنی، زمان مند بودن ورفاهی در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. بعد دسترسی با نمره برداشت از کیفیت (۸۵/۵۵) و سپس بعد اثربخشی با نمره برداشت از کیفیت (۸۵/۳۹) بیشترین نمره را دارد که می توان گفت این به دلیل ماهیت مطب پزشکان عمومی که در مواقع بیماریهای روتین نیاز به دسترسی در آن بیشتر مورد توجه است . کمترین امتیاز برداشت نیز به بعد زمان مند بودن با (۶۹/۷۱) اختصاص داشت، همچنین در بحث انتظارات بیماران ابعاد اثر بخشی را به عنوان مهمترین بعد و بعد زمان مند بودن را کم اهمیت ترین بعد دانسته اند.

سوالات یافرضیه ها: نتایج نشان داد که تحصیلات و نوع بیمه بیماران با ان شامل میزان درآمد با اهمیت ایشان به کیفیت ارتباط دارد.

همانطور که از نتایج جدول ۴-۱۵ و ۴-۱۶ نتیجه گیری می گردد چگونگی پاسخ به سوالات کیفیت با میزان تحصیلات افراد پاسخ دهنده ارتباط معناداری داشته است و همچنین نوع بیمه و صندوق های بیمه ای مربوط به بیمه سلامت. لازم بذکر است که تعداد کمتری از پاسخگویان دارای بیمه سلامت به نسبت افراد دارای بیمه تامین اجتماعی بوده اند.

در پاسخ به سوالات اهمیت ارتباط معناداری بین میزان درآمد و سوالات مربوط به اهمیت یافته شد. به نظر می رسد افراد بر حسب درآمد اهمیت مربوط به آیتم های کیفیت را متفاوت دانسته اند.

دیدگاه کارشناسان در خصوص کیفیت خدمات مطب ها با نتایج بدست آمده ارتباط دارد؟.

با توجه به ۱۷ سوال موجود در چک لیست گزارش بازرسی از پزشکان که شامل دو دسته سوال بود: ۱۲ سوال در موارد فنی و نظارتی و ۵ سوال در خصوص فضای فیزیکی و تجهیزات، به هر سوال در صورت رعایت موارد در مطب مورد بررسی یک نمره تعلق گرفت و در غیر اینصورت نمره ای منظور نگردید بنابراین مطب های واجد شرایط نمره ۱۷ یا (صد درصد نمره گزارش بازدید را به خود اختصاص دادند و در موارد مغایرت در هر سوال یک نمره امتیاز کل کسر گردید (نمره سوال به مطب تعلق نگرفت). در ارزیابی نمره مطب از

لحاظ بررسی کارشناس نظارت بازدیدهای اخیر اداره نظارت مورد توجه قرار گرفت، بدین منظور از سیستم اسناد یکپارچه پزشکی به آخرین بازدید انجام شده از مطب استناد گردید .

با توجه به الزامات قانونی جهت عقد قرارداد با مطب ها از جمله مطب‌های متعلق به پزشکان عمومی طرف قرارداد بسیاری از موارد موجود در چک لیست بازدید ها توسط پزشکان عمومی رعایت شده ونمرات حاصل از گزارشات نظارتی اغلب به طور کامل اخذ شده است . در بررسی کارشناسی از سوی سازمان‌های بیمه رعایت ضوابطی مانند میزان فرانشیز دریافتی از بیمار، ارائه خدمات با پذیرش دفاتر بیمه ونصب تابلو مناسب ووجود دارد ولوازم معتبر در اولویت بررسی قرارگرفته است، لذا مغایرت‌های موجود نیز در همین حوزه بیشتر به چشم میخورد. به بیان دیگر مغایرت های مورد نظر سازمان بیمه سلامت به عنوان یک سازمان بیمه گر، نظیر عدم رعایت مبالغ مصوب بابت ویزیت در مورد پزشکان عمومی شایده دلایل تعدد مطب های پزشکان عمومی در سطح شهر ومسئله رقابت در جذب بیمار خیلی شایع نمی باشد. حال آنکه همه موارد فوق به نسبت در پزشکان دارای تخصص ویا واحدهای ارائه دهنده خدمات پاراکلینیک مانند آزمایشگاه و....دارای فراوانی بیشتری است که جهت اندازه گیری دقیق رابطه نیاز به بررسی مستندات وپژوهش‌های مختص این مراکز باشد .

به بیان دیگر مغایرت هایی نظیر عدم رعایت مبالغ مصوب بابت ویزیت در مورد پزشکان عمومی به دلیل عدم انحصاری بودن خدمت ایشان وقائدتا تبعیت ازقیمت عرف منطقه که گاهها کمتر از سقف تعرفه های مصوب نیز می باشد کمتر دیده شده است.

۳-۵ یافته های تحلیلی:

در این مطالعه هیچگونه ارتباط معناداری بین درک از کیفیت با جنسیت افراد شرکت کننده در مطالعه به چشم نمی خورد، بر اساس نتایج مطالعه زارعی، نمره انتظارات زنان بالاتر از مردان بود (Ehsan Zarei et al., 2012). انتظارات بالاتر زنان نسبت به مردان در مطالعات قبلی نیز گزارش شده بود (Lin, Sheu, et al., 2009) (Lin, Li, et al., 2009)، با توجه به اینکه هیچ کدام از مطالعات فوق دقیقاً بر روی مطب های پزشکان عمومی انجام نگرفته است و با توجه به ماهیت خدمات ارائه شده در یک مطب و تفاوت با بیمارستان و مراکز درمانی دیگر عدم یکسان بودن نتایج قابل انتظار است.

در کل مطالعه فقط متغیرهای دموگرافیک تحصیلات و نوع بیمه با نمره کیفیت ادراک شده بیماران ارتباط معناداری داشت. این بدان معناست که گروههای مختلف از نظر تحصیلات درک متفاوتی از کیفیت خدمات مطب ها داشتند و بالاترین نمره کیفیت ادراک شده توسط افراد دارای تحصیلات کارشناسی داده شده بود و پایینترین نمره توسط افراد دارای دیپلم داده شده است، دلیل این امر اینگونه می تواند تفسیر شود که افراد با تحصیلات لیسانی انتظارات منطقی تری از کیفیت مطب ها داشته اند و با اینکاه این افراد با وجود تحصیلات بالاتر انتظارات پایین تری از یک مطب پزشک عمومی دارند، علاقه عمومی در مراجعه به پزشکان متخصص و فوق تخصص و همچنین کم تردد بودن مطب های پزشکان عمومی شاهدهی بر این مدعا است. در همین راستا مطالعه زارعی نشان داد که بیماران بی سواد انتظارات بالاتری نسبت به بیماران باسواد داشتند (Zarei, Arab, & Rashidian, 2012).

در بررسی ابعاد در برداشت از کیفیت بعد دسترسی در جایگاه بیشترین امتیاز و سپس بعد اثر بخشی با فاصله اندک در جایگاه دوم قرار گرفته اند و بعد زمان مندی در جایگاه آخر قرار دارد. با توجه به نظرات بیماران در پرسشنامه که بیشترین علت مراجعه به پزشک خود را نزدیکی به محل زندگی دانسته اند، مطلوب ارزیابی کردن بعد دسترسی در ابعاد کیفیت از دیدگاه مراجعان قابل توجیه می نماید، لذا بیشتر افراد ترجیح می دهند برای بیماری های معمول خود نزدیک ترین مطب پزشک عمومی را جهت مراجعه در نظر بگیرند و در بررسی کیفیت نیز بعد دسترسی را به عنوان بعدی که بر کیفیت ادراک شده آنان منطبق است معرفی نمایند.

در ابعاد کیفیت بعد زمان مندی کمترین اهمیت را از دیدگاه مراجعان داشته است که این امر را می توان به دلیل عدم ازدحام در بیشتر مطب ها در بخش پزشکان عمومی و امکان دیدن پزشک در کوتاه ترین زمان و بدون متحمل شدن صف انتظار طولانی دانست، در

هرحال بعد زمان مندی دارای بیشترین شکاف نیز بوده است بدین معنی که در زمینه گویه های در برگیرنده این بعد هنوز نیاز به فرهنگ سازی وتلاش جهت بهبود وجوددارد.

بعد اثربخشی نیز بیشترین میزان اهمیت را از دیدگاه مراجعان به خود اختصاص داده است، در پایان نامه سخنوردرمیان ابعاد کیفیت ادراک شده بیشترین وکمترین میانگین به ترتیب به ابعاد اثر بخشی وکارایی اختصاص یافته وبهترین وبدترین وضعیت کیفیت به ترتیب در ابعاد کارایی ومحیط برآورد گردید(Sokhanvar, 2014).

در خصوص بعد رفاهی که بیشتر به شرایط ظاهری محیط مطب اشاره دارد شکاف منفی وجوددارد، به نظر می رسد انتظارات بیماران در این خصوص تامین نگردیده است ولی این بعد از لحاظ اهمیت در رتبه پنجم قراردارد ، این نتیجه با یافته های مطالعه کیم^{۱۹} و همکاران در یک راستاست که کیفیت محیط فیزیکی بیمارستان تأثیر کوچکی بر ارزش ادراک شده مشتری داشت (Kim, Cho, Ahn, Goh, & Kim, 2008).

در آنالیز ابعاد قانونی،بیمار محوری ودسترسی شکاف بین انتظارات وادراکات بیماران مشاهده نگردید،در خصوص بعد دسترسی به دلیل دلایل گفته شده ونمره بالای کیفیت ادراک شده این بعد توسط بیماران نبودن شکاف قابل انتظار است.در خصوص بعد بیمار محوری تلاش پزشکان عمومی در جذب بیمار وایجاد رضایت مندی در وی جهت مراجعات بعدی ونیز با توجه به گویه مربوط به این بعد (برخورد پزشک با شما محترمانه بود)که بیشترین نمره کیفیت ادراک شده توسط بیماررا به خود اختصاص داده است توجیه درستی به نظر میرسد.بعد قانونی دو دیدگاه را در خصوص برداشت منطبق بر انتظار بیمار رامطرح می نماید. ویا عدم درک صحیح بیمار وآگاهی وی از ضوابط ومقررات وحقوق قانونی وی رامطرح میسازد.در هرحال پزشکان عمومی طرف قرارداد سازمان بیمه سلامت بیشترین جمعیت مراکز طرف قرارداد را تشکیل می دهند واهمیت این گروه از جهت دارابودن بیشترین مواجهه با افراد تحت پوشش بیمه سازمان وتاثیر در توانمند سازی آنان در اطلاعات بهداشتی ودرمانی وهم از جهت هزینه سازی برای سازمان وبیمار ودرج نسخ مبتنی بر تقاضای القایی^{۲۰} را نمی توان انکار کرد .

¹⁹ Kim

²⁰ Induce Demands

در بررسی سوالات (گویه ها) سوال یک در مورد برخورد محترمانه پزشک که از موارد بعد بیمار محوری است بیشترین نمره کیفیت و سوال ۹ در خصوص تعداد آزمایشات تجویزی پزشک کمترین امتیاز را داشته است

در بخش اهمیت سوالات سوال ۲ مربوط به برخورد محترمانه منشی یا پرسنل بالاترین نمره و باز هم گویه ۹ پایین ترین نمره کیفیت مورد انتظار را دارا می باشد ، در خصوص سوال ۹ با توجه به عدم وجود شکاف به نظر میرسد موضوع از دو جهت قابل بررسی است :

- ۱- بیماران در این زمینه برداشت و انتظار درست و منطبق بر یکدیگری در زمینه تعداد آزمایشات تجویزی دارند .
- ۲- بیماران درک درستی از تعداد آزمایشات تجویز شده ویا موارد تقاضاهای القایی صورت گرفته از سوی پزشک یا موسسات همکار ایشان نظیر آزمایشگاه ها را مورد توجه قرار نمی دهند گویی برای بیمه شده چگونگی استفاده از دفترچه وی ویا منابع سازمان اهمیت ندارد (پایین ترین اهمیت سوال مابین سایر سوالات) لذا توجه به توانمند سازی بیمه شدگان در این خصوص بسیار مهم است چراکه مراجعات یک فرد در طول سال به مطب یک پزشک عمومی احتمالا بیشتر از مراجعه به مراکز دیگر درمانی باشد .

با توجه به بیشترین شکاف که مربوط به سوال ۲ می باشد به نظر میرسد در مورد برخورد محترمانه پرسنل مطب مانند منشی یا پرسنل تزریقات و... نیاز به بهبود شرایط وارتقاء وجود دارد. کمترین شکاف مربوط به گویه ها (سوالات) نیز به سوال ۱۹ اختصاص یافت ، به نظر می رسد توجه پزشک به بیمار در مطب های مورد مطالعه خوب ارزیابی شده و ادراکات بیمار بر انتظارات وی منطبق بوده است . با عنایت به اینکه پژوهش های مشابهی در زمینه مطب های خصوصی پزشکان عمومی یافت نگردید امکان مطابقت داده ها با نتایج آنان میسر نمی گردد.

در شکاف بین ابعاد بیشترین شکاف در بعد زمان مند بودن و کمترین شکاف مربوط به ابعاد دسترسی بوده است ، با توجه به دسترسی نسبتا راحت به مطب پزشکان عمومی در سطح شهر تهران ، کمترین تفاوت بین برداشت از بعد زمان مند بودن و اهمیت به بعد مذکور در بین پاسخگویان مشاهده شده است . در مطالعه چاکراواری (خدمات سرپایی بیمارستان) شکاف بین کیفیت خدمات در پنج بعد مشخص گردید شکاف معنی داری در ابعاد ملموسات و پاسخگویی بدست آمده است (Chakravarty, 2011).

طبق نتایج بدست آمده برداشت از کیفیت مطب های پزشکان عمومی از دیدگاه بیماران مراجعه کننده بالا ارزیابی شده است، در مطالعه کیماسی نیز ادراکات مراجعان از کیفیت بالاتر از حد متوسط بوده است و بعد قابلیت اعتماد بیشتر از سایر ابعاد و بعد همدلی کمتر از سایر ابعاد مطلوب ارزیابی شده اند. در ارزیابی اهمیت یا وزن ابعاد کیفیت، ادراکات مراجعان در بعد اطمینان خاطر بیشتر و در بعد عوامل ملموس کمتر از سایر ابعاد اهمیت نشان داده است (Keimasi et al., 2015).

۵-۴ نتیجه گیری:

همانطور که از نمرات کیفیت مطب های مورد مطالعه بر می آید، برخی از مطب ها با نمره کیفیت پایین (۵۷/۶) در بررسی از لحاظ ضوابط بیمه ای نمرات بالا (۱۰۰) کسب نموده اند. شایان ذکر است که توصیف مطب های مورد مطالعه در قالب ضوابط بیمه ای بر اساس چک لیست نظارت انجام ونمره دهی شده است و با عنایت به پایش مطب ها از لحاظ مقررات موجود از قبیل تعرفه های دریافتی، حضور پزشک در ساعات اعلام شده وی به اداره نظارت، نصب پروانه مطب و..... توسط کارشناسان اداره کل بیمه سلامت این مقایسه توصیفی بوده و تحلیل ارتباط سنجی درستی نمی توان از آن داشت. همچنین گویه هایی که در این چک لیست بطور مستقیم با ابعاد کیفیت مورد نظر مطالعه مرتبط باشد انگشت شمار است. لذا می توان با این رویکرد که در آینده کیفیت خدمات در نظارت و بازدید از مطب ها بطور کامل ارزیابی گردد و بیشتر به سنجش این موضوع پرداخته شود، می توان به این مقایسه دست زد.

بدیهی است در صورت سنجش کیفیت در نظارت و سرکشی سازمان های بیمه ای و هدفدار شدن انعقاد قرارداد یا در صورت ایجاد محدودیت در این امر میتوان از اهم کیفیت برای اولویت بندی مراکز بهره برد. همچنین در خصوص رتبه بندی مراکز در انعقاد قرارداد، تشویق، پرداخت مطالبات به ایشان و.... می توان کیفیت ارائه خدمات به بیماران یا بیمه شدگان سازمان را محور تصمیم گیری ها ساخت.

در بررسی پزشکان در مناطق مختلف جغرافیایی بیشترین نمره کیفیت به مطبی واقع در جنوب غربی و کمترین نمره کیفیت به مطبی واقع در منطقه مرکزی تعلق گرفته است. لذا به نظر می رسد توزیع جغرافیایی یکسانی در خصوص نمره کیفیت وجود نداشته است و پراکندگی مطب های با کیفیت بالا، زیاد است.

با توجه به اینکه در این مطالعه ارزیابی رضایت کلی از بیماران مراجعه کننده به مطب پزشکان عمومی زیاد بوده است و کیفیت کلی مطب های این پزشکان نیز در حد بالا اندازه گیری شده است میتوان رابطه کیفیت و رضایت بیماران را معنادار ارزیابی کرد. مطالعات صورت گرفته در این راستا نیز نشان می دهد که بین کیفیت خدمات و رضایت مندی بیماران رابطه مثبت وجود دارد (Laroche, Choi, Lee, Kim, & Lee, 2005) (Tzeng, Ketefian, & Redman, 2002).

با عنایت به نظرات افراد شرکت کننده در مطالعه و ذکر علت نزدیکی به محل زندگی افراد به عنوان مهمترین آیتیم، در مراجعه به یک پزشک عمومی و پراکنندگی جغرافیایی مطب های مورد نظر در کلان شهر تهران به نظر می رسد نظارت همه جانبه و تلاش در بالا بردن کیفیت مطب ها، تشکیل پرونده سلامت و استقرار نظام پزشک خانواده در گسترده و ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی درمانی یاری دهنده است.

از آن جایی که هزینه ها و منافع ادراک شده دو عامل تعیین کننده مهم ارزش ادراک شده هستند، افزایش منافع یا کاهش هزینه ها می تواند ارزش ادراک شده را بهبود بخشد (Jen, Tu, & Lu, 2011). لذا بایستی اطلاعات درستی به افراد جامعه در این خصوص داد و منابع سازمان را در روند صحیح جهت بهره گیری آحاد بیمه شدگان در سطوح اولیه خدمات و نه فقط در بخش بستری به کار گرفت. مطمئناً توجه به ارائه خدمت در سطوح اولیه همگام با پوشش بیمه همگانی (بیمه سلامت) و ارتقاء کیفیت از مراجعات تکراری برای بیماران و افزایش هزینه ها می کاهد. بی تردید سازوکار پرداخت به ارائه دهندگان خدمات و به طور کلی هزینه کرد در بخش سلامت تاثیر زیادی بر عملکرد آن دارد. ارائه الگوی مناسب پرداخت می تواند کارائی، کیفیت و دسترسی به خدمات را به طور مستقیم متاثر کند (Organization, 2000) در این میان جایگاه کیفیت را در ترسیم یک الگوی مناسب پرداخت نمی توان نادیده گرفت.

۵-۵ پیشنهادات کاربردی :

استقرار نظام پزشک خانواده و سطوح ارجاع

توانمند سازی بیمه شدگان

حمایت همه جانبه سازمان های متولی سلامت از جمله بیمه های پایه از پزشکان عمومی به عنوان سطح اولیه ارائه کننده خدمات سلامت

نظارت دقیق بر نسخ پزشکان عمومی از لحاظ نسخ دارویی و پاراکلینیک حاوی تقاضای القایی و ارجاع نامناسب بیماران به مراکز مورد نظر پزشکان

توجه به کیفیت ارائه خدمات از سوی بیمه ها و افزایش انگیزه برای پزشکان دارنده مطب طرف قرارداد و افزایش رضایت بیمه شده انعقاد قرارداد، بررسی اسناد، نظارت کمی و کیفی و پرداخت های هدفمند به مطب های طرف قرارداد

۵-۶ پیشنهادات برای مطالعات آتی :

با توجه به امکان عدم پوشش تمامی جنبه های کیفیت در مطالعه کمی با پرسشنامه، انجام مطالعه کیفی با بهره گیری از سایر روش های جمع آوری اطلاعات توصیه می گردد و مطالعات آتی توصیه شده دیگر:

- بررسی کیفیت خدمات پزشکان متخصص و فوق تخصص طرف قرارداد سازمان بیمه سلامت
- بررسی کیفیت خدمات کلینیکی در بیمارستان های طرف قرارداد
- بررسی کیفیت خدمات پاراکلینیکی طرف قرارداد
- بررسی کیفیت داروخانه های طرف قرارداد و انطباق نتایج با کیفیت مورد بررسی در بخش نظارت سازمان بیمه سلامت

پایان

- Albrecht, K., & Zemke, R. (2002). *Service America in the new economy*: McGraw-Hill Companies.
- Calnan, M. W. (1998). The patient's perspective. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 14(1), 24-34 .
- Chakravarty, A. (2011). Evaluation of service quality of hospital outpatient department services. *Medical Journal Armed Forces India*, 67(3), 221-224 .
- Cronin, J. J., Brady, M. K., & Hult, G. T. M. (2000). Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of Retailing*, 76(2), 193-218 .
- Havasbeigi, F., Yasbalaghisharahi, B., Mohamadi, E., & Mohamadi, A. (2013). Measuring the quality of services provided for outpatients in public hospitals in Ilam and Kermanshah cities based on the SERVQUAL instrument. *J Ilam Univ Med Sci*, 21, 207-213 .
- Jain, K. (2000). Quality Assurance and TQM. *Khanna Inc: Delhi*, 203-210 .
- Jen, W., Tu, R., & Lu, T. (2011). Managing passenger behavioral intention: an integrated framework for service quality, satisfaction, perceived value, and switching barriers. *Transportation*, 38(2), 321-342 .
- Keimasi, M., Karimi, O., & Rastian Ardestani, H. (2015). Assessment of service quality of Tehran clinical diagnostic laboratories using the SERVIMPERF model. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 12(4), 29-42 .
- Kim, Y.-K., Cho, C.-H., Ahn, S.-K., Goh, I.-H., & Kim, H.-J. (2008). A study on medical services quality and its influence upon value of care and patient satisfaction—Focusing upon outpatients in a large-sized hospital. *Total Quality Management*, 19(11), 1155-1171 .
- Laroche, M., Choi, K.-S., Lee, H., Kim, C., & Lee, S. (2005). The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service. *Journal of Services Marketing*, 19(3), 140-149 .
- Lin, D.-J., Li, Y.-H., Pai, J.-Y., Sheu, C., Glen, R., Chou, M.-J., & Lee, C.-Y. (2009). Chronic kidney-disease screening service quality: questionnaire survey research evidence from Taichung City. *BMC health services research*, 9(1), 1 .
- Lin, D.-J., Sheu, C., Pai, J.-Y., Bair, A., Hung, C.-Y., Yeh, Y.-H., & Chou, M.-J. (2009). Measuring patient's expectation and the perception of quality in LASIK services. *Health and quality of life outcomes*, 7(1), 1 .
- Mosadeghrad, A. M. (2012). Implementing strategic collaborative quality management in healthcare sector. *International Journal of Strategic Change Management*, 4(3-4), 203-228 .
- Mosadeghrad, A. M. (2014). (Factors affecting medical service quality. *Iranian journal of public health*, 43(2), 210 .
- Organization, W. H. (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*: World Health Organization.
- Organization, W. H. (2008). *World malaria report 2008*: World Health Organization.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *the Journal of Marketing*, 41-50 .
- Ramessur, V., Hurreeram, D. K., & Maistry ,K. (2015). Service quality framework for clinical laboratories. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(4), 367-381 .
- Schneider, B., & White, S. S. (2004). *Service quality: Research perspectives* (Vol. 107): Sage.
- Sheppard, C., Franks, N ,.Nolte, F., & Fantz, C. (2008). Improving quality of patient care in an emergency department. *American journal of clinical pathology*, 130(4), 573-577 .

- Sokhanvar, M. (2014). *The relationship between organizational culture and quality of services in hospitals* medical University Tehran
- Tzeng, H.-M., Ketefian, S., & Redman, R. W. (2002). Relationship of nurses' assessment of organizational culture, job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *International journal of nursing studies*, 39 .^{١٤-٧٩} ,(١)
- Webster, M. (2005). Online dictionary.
- Yesilada, F., & Direktör, E. (2010). Health care service quality: A comparison of public and private hospitals. *African Journal of business management*, 4(6), 962 .
- ZARE, H., AKHAVAN, B. A., AZADI, M., & MASOUDI, A. I. (2013). Assessment of methods for determination of medical tariffs in developed countries and proposing a model for Iran .
- Zarei, E., Arab, M., & Rashidian, A. (2012). The relationship between the quality of provided services and perceived value
By hospitalized patients. *Mazandaran University of Medical Sciences Magazine*(98), 105-112 .
- Zarei, E., Tabatabai, G., Mahmud, S., Rahimi Forushani, A., Rashidiyan, A., & Arab, M. (2012). Hospital Services Quality From Patients' Point Of View: A Cross-Sectional Study In Tehran Private Hospitals. *Journal of Payavard Salamat*, 5(4), 66-76 .