



سازمان بیمه سلامت ایران

اداره کل بیمه سلامت استان قزوین

## عنوان :

بررسی رضایتمندی بیمه شدگان روستائی تحت پوشش سازمان بیمه سلامت

و ارائه دهندگان خدمات در سطح یک طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده

در منطقه ۲ کشور در سال ۱۳۹۵

## نگارش:

معصومه نظری

## همکاران :

آقایان: امید رحمانی، کوروش ابو محجوب، دکتر علی محمد امیری مجد، یعثوب نادری

خانم ها: دکتر نوشین علاقه بند ها، نسرین پرونیان

زمستان ۱۳۹۵

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تقدیم به:

انسان های مهربان و زحمت کشی که در روستا زندگی می کنند

و

انسان های نازیبی که خدمت به آنان را مشق کردند.

پاس خدای را که هر چه داریم از اوست

به امید آنکه توفیق یابیم جز به خدمت خلق او نگوئیم.

## سپاسگزاری

حمد و سپاس بی حد ایند را سزود که آدمی را صاحب علم و قلم نمود تا کرامتی در خور یابد و در دوفراوان بر کسانی که اگر کلمه ای بر این صفحات نوشته جز

یاری و دستگیری آنان نبوده است از آنرو بر خود فرض می دانم تا از توجه ویژه مدیر عامل محترم سازمان بیمه سلامت جناب آقای دکتر محمد جواد

دکتر کبیر به مقوله تحقیق و پژوهش و مدیریت محترم بیمه سلامت قزوین جناب آقای دکتر قاسم بهرامی که ارشاد و راهنمایی خردمندانه ایشان راه گشایم بوده

تقدیر و تشکر نمایم.

ضمناً شایسته است از کلیه بهکاران محترم ستادی و استانی سازمان بیمه سلامت به ویژه بهکاران محترم دفتر مطالعات و پژوهش سازمان به ویژه سرکار خانم دکتر سهیلا حسینی و بهکاران محترم آن دفتر، جناب آقای دکتر فولادپایا معاون محترم اداره کل و آقای شیرزاد کتار بروژی ناظر محترم طرح و بهکاران محترم استانهای کیلان، همدان، اردبیل و قزوین که در جمع آوری و تکمیل پرسشنامه تحقیق ما یاری کردند، صمیمانه

سپاسگزاری می نمایم.

در پایان از جناب آقای دکتر سلیم ثنائی و جناب آقای کسری آقا جانی که در تمام طول مراحل تدوین این مطالعه مروری نمودند قدر دانی و مراتب پاس خویش را ابراز می دارم.

## چکیده

**مقدمه:** نظام ارجاع علیرغم کارآمدی مسلم، همواره با چالش های متعددی مواجه می باشد که اگر به موقع شناسایی و مداخله متناسب انجام نگیرد، ممکن است فقط اسمی از آن باقی بماند به همین جهت تقویت نظام ارجاع و پزشک خانواده می تواند تاثیر بسیار زیادی در توزیع عادلانه بهداشت و سلامت داشته باشد، لذا باید آن را محور دسترسی عادلانه نظام مراقبت سلامت قرار داد. هدف: هدف این پژوهش بررسی رضایتمندی بیمه شدگان روستائی تحت پوشش سازمان بیمه سلامت و ارائه دهندگان خدمات در سطح یک طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده در منطقه ۲ کشور در سال ۱۳۹۵ می باشد.

**روش پژوهش:** این مطالعه توصیفی-مقطعی، با طرح سوال و استفاده از پرسشنامه خانم دکترمفتون که روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفت، انجام شد. ، در این پژوهش جهت گردآوری داده های تحقیق از دو روش کتابخانه ای و پرسشنامه استفاده شد. جهت گردآوری داده های مرتبط و بیان مسئله از روش کتابخانه ای و جستجوی اینترنتی و در بخش میدانی، از پرسشنامه جهت گردآوری نظرات بین بیمه شدگان روستائی و شهرهای زیر ۲۰ هزارنفر و ارائه دهندگان خدمات در مورد متغیرهای تحقیق استفاده شده است.

**یافته ها:** پس از جمع آوری پرسشنامه ها، آزمون فرضیه ها و تحلیل های آماری، اکثریت مراجعین پاسخ دهنده از تمامی ده آیتام خدماتی شامل رضایت از خدمات پزشک خانواده، رضایت از خدمات ماما، رضایت از خدمات داروخانه، رضایت از خدمات تصویربرداری، رضایت از آزمایشگاه، رضایت از وضعیت ارجاع، رضایت از تزریقات، رضایت از مراجعه اورژانسی، رضایت از دفترچه بیمه سلامت و رضایت از وضعیت فعلی نسبت به قبل دارای رضایت مطلوب و معنی داری هستند. اما در مورد ارائه دهندگان خدمات ایشان از هیچ کدام از سه آیتام حقوق و مزایا، امکان ارائه خدمات و وضعیت بیتوته رضایت مطلوبی ندارند.

**واژه های کلیدی:**

سازمان بیمه سلامت ، بیمه شدگان روستائی ، ارائه دهندگان خدمات ، نظام ارجاع و پزشک خانواده.

## فهرست مطالب

|    |   |
|----|---|
| ۱  | فصل اول کلیات تحقیق.....                            |
| ۲  | ۱-۱ مقدمه .....                                     |
| ۳  | ۱-۲ بیان مسئله.....                                 |
| ۴  | ۳-۱ اهمیت و ضرورت موضوع تحقیق.....                  |
| ۵  | ۴-۱ اهداف تحقیق.....                                |
| ۵  | ۱-۴-۱-اهداف کلی: .....                              |
| ۵  | ۲-۴-۱-اهداف اختصاصی: .....                          |
| ۶  | ۳-۴-۱-اهداف کاربردی : .....                         |
| ۶  | ۵-۱ فرضیه /فرضیه ها .....                           |
| ۶  | ۶-۱ سوالات .....                                    |
| ۶  | ۷-۱ محدودیت های مطالعه .....                        |
| ۶  | ۸-۱ تعاریف واژه‌ها.....                             |
| ۱۲ | فصل دوم مبانی نظری و پیشینه تاریخی موضوع تحقیق..... |
| ۱۲ | ۱-۲ مقدمه.....                                      |
| ۱۴ | ۲-۲ تاریخچه بیمه در جهان:.....                      |
| ۱۴ | ۳-۲ تاریخچه بیمه در ایران:.....                     |
| ۱۵ | ۴-۲-تاریخچه بیمه های درمانی در ایران:.....          |
| ۱۶ | ۵-۲-برنامه پزشک خانواده .....                       |
| ۱۷ | ۶-۲-کلیات برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی .....  |
| ۱۷ | ۱-۶-۲-پزشک خانواده:.....                            |
| ۱۸ | ۲-۶-۲-خدمات سلامت .....                             |
| ۱۸ | ۳-۶-۲-خدمات جامع سلامت .....                        |
| ۱۸ | ۴-۶-۲-مراقبت‌های اولیه سلامت .....                  |
| ۱۹ | ۵-۶-۲-سطح‌بندی واحدهای ارائه خدمات سلامت .....      |
| ۱۹ | ۱-۵-۶-۲-سطح اول:.....                               |

|     |   |
|-----|---|
| ۱۹  | ..... ۲-۶-۵-۲- سطح دوم:                                       |
| ۲۰  | ..... ۲-۶-۶- نظام ارجاع                                       |
| ۲۰  | ..... ۲-۷- سابقه مطالعات قبلی                                 |
| ۲۴  | ..... فصل سوم روش شناسی پژوهش                                 |
| ۲۴  | ..... ۳-۱- مقدمه  |
| ۲۵  | ..... ۳-۲- روش تحقیق  |
| ۲۶  | ..... ۳-۳- جامعه و نمونه آماری                                |
| ۲۶  | ..... ۳-۳-۱- جامعه آماری                                      |
| ۲۶  | ..... ۳-۳-۲- نمونه آماری و روش نمونه گیری                     |
| ۲۸  | ..... ۳-۴- روش‌های گردآوری داده‌ها                            |
| ۲۹  | ..... ۳-۴-۱- مطالعات کتابخانه‌ای                              |
| ۲۹  | ..... ۳-۴-۲- مطالعات میدانی                                   |
| ۲۹  | ..... ۳-۵- روایی و پایایی ابزار                               |
| ۲۹  | ..... ۳-۵-۱- روایی  |
| ۳۰  | ..... ۳-۵-۱-۱- روایی محتوای پرسش‌نامه                         |
| ۳۰  | ..... ۳-۵-۲- پایایی پرسش‌نامه                                 |
| ۳۲  | ..... ۳-۶- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها                          |
| ۴۳۴ | ..... فصل چهارم تجزیه و تحلیل داده‌ها                         |
| ۳۵  | ..... ۴-۱- مقدمه  |
| ۳۵  | ..... ۴-۲- آمار توصیفی  |
| ۳۵  | ..... ۴-۲-۱- اطلاعات جمعیت شناختی مراجعین (بیماران)           |
| ۴۱  | ..... ۴-۲-۲- اطلاعات جمعیت شناختی ارائه دهندگان خدمات         |
| ۵۰  | ..... ۴-۲-۳- توصیف سوالات اصلی پرسشنامه‌ها                    |
| ۵۰  | ..... ۴-۲-۳-۱- توصیف شاخصهای پرسشنامه‌های مراجعین (بیماران)   |
| ۵۶  | ..... ۴-۲-۳-۲- توصیف شاخصهای پرسشنامه‌های ارائه دهندگان خدمات |
| ۶۲  | ..... ۴-۲-۴- توصیف متغیرهای اصلی                              |
| ۶۳  | ..... ۴-۳- بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای اصلی تحقیق         |

|    |  |
|----|--|
| ۶۴ | ..... ۴-۴- آمار استنباطی                                     |
| ۶۵ | ..... ۵-۴- یافته‌های جانبی                                   |
| ۶۷ | ..... فصل پنجم نتیجه‌گیری و پیشنهادات                        |
| ۶۸ | ..... ۱-۵- مقدمه   |
| ۶۹ | ..... ۲-۵- خلاصه تحقیق                                       |
| ۶۹ | ..... ۳-۵- نتایج تحقیق                                       |
| ۶۹ | ..... ۱-۳-۵- آمار توصیفی                                     |
| ۷۳ | ..... ۲-۳-۵- آمار استنباطی                                   |
| ۷۴ | ..... ۴-۵- راهکارها و راهبردهای پیشنهادی برای مدیران         |
| ۷۴ | ..... ۵-۵- کمبودها و نواقص (محدودیت‌های تحقیق)               |
| ۷۵ | ..... ۶-۵- پیشنهادها به پژوهشگران و کاربران برای تحقیقات آتی |
| ۷۶ | ..... منابع  |



## فهرست جداول

- جدول ۳-۱ تعداد جامعه آماری استانهای منطقه ۲ ..... ۲۷
- جدول ۳-۲ نمونه های منتخب با توجه به روش نمونه گیری خوشه ای دو مرحله ای با تخصیص متناسب .. ۲۸
- جدول ۳-۳ ضرایب آلفای کرونیباخ برای هر کدام از ابعاد مورد بررسی دو پرسشنامه ..... ۳۲
- جدول ۴-۱ توزیع فراوانی نمونه پژوهش بر حسب استان (مراجعه) ..... ۳۶
- جدول ۴-۲ توزیع فراوانی نمونه پژوهش بر حسب جنسیت (مراجعه) ..... ۳۶
- جدول ۴-۳ توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب سن (مراجعه) ..... ۳۷
- جدول ۴-۴ توزیع فراوانی نمونه پژوهش بر حسب سطح تحصیلات (مراجعه) ..... ۳۸
- جدول ۴-۵ توزیع فراوانی نمونه پژوهش بر حسب تاهل (مراجعه) ..... ۳۹
- جدول ۴-۶ توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب تعداد فرزند (مراجعه) ..... ۴۰
- جدول ۴-۷ توزیع فراوانی نمونه پژوهش بر حسب استان (ارائه دهندگان خدمات) ..... ۴۲
- جدول ۴-۸ توزیع فراوانی نمونه پژوهش بر حسب سمت (ارائه دهندگان خدمات) ..... ۴۲
- جدول ۴-۹ توزیع فراوانی نمونه پژوهش بر حسب جنسیت (ارائه دهندگان خدمات) ..... ۴۳
- جدول ۴-۱۰ توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب سن (ارائه دهندگان خدمات) ..... ۴۴
- جدول ۴-۱۱ توزیع فراوانی نمونه پژوهش بر حسب تاهل (ارائه دهندگان خدمات) ..... ۴۵
- جدول ۴-۱۲ توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب تعداد فرزند (ارائه دهندگان خدمات) ..... ۴۶
- جدول ۴-۱۳ توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب سابقه (ارائه دهندگان خدمات) ..... ۴۷
- جدول ۴-۱۴ توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب وضعیت استخدامی (ارائه دهندگان خدمات) ..... ۴۸
- جدول ۴-۱۵ توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب وضعیت سکونت (ارائه دهندگان خدمات) ..... ۴۹
- جدول ۴-۱۶ درصد فراوانی پاسخدهی کیفی به شاخصهای رضایت از خدمات پزشکی خانواده ..... ۵۰
- جدول ۴-۱۷ درصد فراوانی پاسخدهی کیفی به شاخصهای رضایت از خدمات ماما ..... ۵۲
- جدول ۴-۱۸ درصد فراوانی پاسخدهی کیفی به شاخصهای رضایت از خدمات داروخانه ..... ۵۲
- جدول ۴-۱۹ درصد فراوانی پاسخدهی کیفی به شاخصهای رضایت از خدمات تصویربرداری ..... ۵۳
- جدول ۴-۲۰ درصد فراوانی پاسخدهی کیفی به شاخصهای رضایت از آزمایشگاه ..... ۵۳
- جدول ۴-۲۱ درصد فراوانی پاسخدهی کیفی به شاخصهای رضایت از وضعیت ارجاع ..... ۵۴
- جدول ۴-۲۲ درصد فراوانی پاسخدهی کیفی به شاخصهای رضایت از تزریقات ..... ۵۴

- جدول ۴-۲۳ درصد فراوانی پاسخدهی کیفی به شاخصهای رضایت از مراجعه اورژانسی ..... ۵۵
- جدول ۴-۲۴ درصد فراوانی پاسخدهی کیفی به شاخصهای رضایت از دفترچه بیمه سلامت ..... ۵۵
- جدول ۴-۲۵ درصد فراوانی پاسخدهی کیفی به شاخصهای رضایت از وضعیت فعلی نسبت به قبل ..... ۵۶
- جدول ۴-۲۶ درصد فراوانی پاسخدهی کیفی به شاخصهای رضایت از حقوق و مزایا ..... ۵۷
- جدول ۴-۲۷ درصد فراوانی پاسخدهی کیفی به شاخصهای امکان ارائه خدمات ..... ۵۸
- جدول ۴-۲۸ درصد فراوانی پاسخدهی کیفی به شاخصهای رضایت از وضعیت بیتوته ..... ۶۰
- جدول ۴-۲۹ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اصلی تحقیق ..... ۶۲
- جدول ۴-۳۰ خلاصه نتایج آزمون بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای تحقیق ..... ۶۳
- جدول ۴-۳۱ خلاصه نتایج آزمون تی تک نمونه‌ای (ملاک آزمون=۳) ..... ۶۴
- جدول ۴-۳۲ خلاصه نتایج آزمون آنالیز واریانس برای مقایسه بین استانی ..... ۶۶

### فهرست نمودار

- نمودار ۴-۱ توصیف نمونه پژوهش بر حسب استان (مراجعه)..... ۳۶
- نمودار ۴-۲ توصیف نمونه پژوهش بر حسب جنسیت (مراجعه)..... ۳۷
- نمودار ۴-۳ توصیف نمونه پژوهش بر حسب سن (مراجعه)..... ۳۸
- نمودار ۴-۴ توصیف نمونه پژوهش بر حسب سطح تحصیلات (مراجعه)..... ۳۹
- نمودار ۴-۵ توصیف نمونه پژوهش بر حسب تاهل (مراجعه)..... ۴۰
- نمودار ۴-۶ توصیف نمونه پژوهش بر حسب تعداد فرزند (مراجعه)..... ۴۱
- نمودار ۴-۷ توصیف نمونه پژوهش بر حسب استان (ارائه دهندگان خدمات)..... ۴۲
- نمودار ۴-۸ توصیف نمونه پژوهش بر حسب سمت (ارائه دهندگان خدمات)..... ۴۳
- نمودار ۴-۹ توصیف نمونه پژوهش بر حسب جنسیت (ارائه دهندگان خدمات)..... ۴۴
- نمودار ۴-۱۰ توصیف نمونه پژوهش بر حسب سن (ارائه دهندگان خدمات)..... ۴۵
- نمودار ۴-۱۱ توصیف نمونه پژوهش بر حسب تاهل (ارائه دهندگان خدمات)..... ۴۶
- نمودار ۴-۱۲ توصیف نمونه پژوهش بر حسب تعداد فرزند (ارائه دهندگان خدمات)..... ۴۷
- نمودار ۴-۱۳ توصیف نمونه پژوهش بر حسب سابقه (ارائه دهندگان خدمات)..... ۴۸
- نمودار ۴-۱۴ توصیف نمونه پژوهش بر حسب وضعیت استخدامی (ارائه دهندگان خدمات)..... ۴۹
- نمودار ۴-۱۵ توصیف نمونه پژوهش بر حسب وضعیت سکونت (ارائه دهندگان خدمات)..... ۵۰

# فصل اول

## کلیات تحقیق

## ۱-۱ مقدمه

تمایل به کیفیت خدمات نقش مهمی در صنایع خدماتی نظیر خدمات بیمه ای، بانکی و ... ایفا می کند، چراکه کیفیت خدمات برای بقا و سودآوری سازمان امری حیاتی به شمار می رود. امروزه رضایتمندی مشتری و کیفیت خدمات، مسائل حیاتی در اغلب صنایع خدماتی به شمار می روند. به ویژه در مورد خدمات بیمه ای که به طور کلی متمایز کردن خدمات مشکل است، اهمیت بیشتری دارد. (استافورد<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸، ۴۲۶)

نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده یکی از مهم ترین اهداف برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بخش بهداشت و درمان و حوزه سلامت کشور ما محسوب می شود. در قانون بودجه سال ۸۴، سازمان بیمه سلامت که در آن زمان خدمات درمانی نامیده می شد موظف گردید با صدور کارت و سپس دفترچه بیمه خدمات درمانی برای کلیه ساکنان روستاها و مناطق شهری زیر ۲۰۰۰۰ نفر امکان بهره مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده فراهم آورد و اکنون نظام ارجاع و پزشک خانواده به صورت محدود توسط سازمان بیمه سلامت و وزارت بهداشت، درمان و علوم پزشکی در حال اجرا است. براساس دستورالعمل اجرایی طرح ارجاع و پزشک خانواده، پزشک خانواده با مدرک دکترای حرفه ای در نخستین سطح خدمات عهده دار خدمات پزشکی باشد و مسئولیت هایی از قبیل تامین جامعیت خدمات، تداوم خدمات و مدیریت سلامت را ارایه می دهد. علاوه بر این پزشک خانواده مسئولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته تعریف شده بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی های اقتصادی، اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش خود قرار دهد.

لذا تحقیق حاضر در پی بررسی رضایتمندی بیمه شدگان روستائی تحت پوشش سازمان بیمه سلامت و ارائه دهندگان خدمات در سطح یک طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده در منطقه ۲ کشور در سال ۱۳۹۵ بوده و این موضوع را در جامعه هدف پژوهش (بیمه شدگان روستائی تحت پوشش سازمان بیمه سلامت و ارائه دهندگان خدمات در سطح یک طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده در منطقه ۲) در سال ۹۵ بررسی می نماید لذا در این فصل کلیاتی از پژوهش شامل: بیان مسئله، اهداف، سوالات، روش شناسی، قلمرو زمانی و مکانی پژوهش، ابزار گردآوری اطلاعات و روش تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده مورد بررسی قرار گرفته است.

---

<sup>1</sup> Stafford

## ۱-۲ بیان مسئله

امروزه تنها سازمان هائی در عرصه رقابت از موقعیت مناسبی برخوردارند که محور اصلی فعالیت خود را تامین خواسته های مشتریان و ارضای نیازهای آنان با حداقل قیمت و حداکثر کیفیت قرار داده اند. در واقع حضور موفق و موثر در بازار رقابت منطقه ای و جهانی، همراه با استفاده بهینه از امکانات و بهره برداری مناسب از منابع جدید جهت تولید و ارائه خدمات مطلوب و با کیفیت مناسب بر اساس رضایت مندی مشتری، ضرورتی اجتناب ناپذیر است. (کزازی، ۱۳۷۸، ۱)

هرچند خدمات از جمله بخش هایی است که رشد سریع در کشورهای در حال توسعه دارد، با این حال در این کشورها کمتر توجهی به کیفیت ارائه خدمات می شود. در حقیقت به دلیل تفوق شرایط بازار در اقتصاد در حال توسعه، از مطالعات مرتبط با مقوله خدمت غفلت شده است (یانگوی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳، ۷۲)

مزایای ناشی از کیفیت خدمات خود عاملی است که باعث افزایش توانائی سازمان جهت ارائه خدمات به صورتی موثر به مشتریان می باشد و سازمانها دریافته اند که مشتریان نیازها و خواسته هایی دارند و سازمان مستقیماً به رفع این احتیاجات می پردازد و از ارائه خدمات یر ضروری می کاهد. با افزایش اثر بخشی و کارایی در ارائه خدمت، سودآوری سازمان را افزایش می دهد. همچنین ارائه خدمات بهتر باعث تکرار خرید و گسترش تبلیغ مثبت برای سازمان می گردد. (ضرغامی، ۱۳۸۵، ۳۹-۳۸)

آگاهی از مفهوم کیفیت خدمت و تلاش برای بهبود آن، به ارائه خدمات با کیفیت منجر شده و از طریق افزایش سطح کیفیت خدمات می توان افزایش رضایت مندی مشتریان را انتظار داشت. طبق تعریف پاراسورامان و همکاران؛ کیفیت خدمات قضاوت مشتری (نگرش) مشتری است و تفاوت بین انتظارات مشتری از آنچه شرکت باید ارائه کند و عملکرد خدمت دریافت شده تعریف می شود. (هرینگتون و اسکات، ۲۰۰۹، ۱۲۲) بدین ترتیب می توان کیفیت خدمت را بر مبنای رضایت مشتری به صورت میزان اختلاف موجود مابین انتظارات یا خواسته های مشتری و درک او از عملکرد واقعی خدمت تعریف نمود. (کاووسی و دیگران، ۱۳۸۴، ۴۵۵)

عنصر انسانی تار و پود و مهمترین عامل تشکیل دهنده یک سازمان و ایفا کننده نقش اساسی در انجام هدف های سازمان است. هنگامی که یک فرد به سازمان می پیوندد، مجموعه ای از خواسته ها، نیازها، آرزوها و آزمودگی های گذشته را که بر روی هم انتظار های شغلی را می آفرینند با خود به همراه می آورد. خشنودی

<sup>2</sup> Yanggui

شغلی نشانی از همسویی توقعات نوحاسته انسان به کار و میزان بر آورده شدن انتظارات فرد از طریق کار می باشد.

البته تامین نیازها شرط لازم برای رفع مشکلات می باشد ولی شرط کافی برای بهبود وضع سازمان به شمار نمی آید. بدین معنی که ممکن است افرادی کلیه نیازهایشان مرتفع شود ولی به دلیل نداشتن احساس وفاداری و اعتقاد به سازمان در جهت هدف های آن مجدانه نکوشند. به همین دلیل نمی توان ادعا کرد ارضاء نیازها در تمام موارد باعث بهبود وضع سازمان می گردد. اگر چه به جرات می توان مدعی بود که عدم ارضای نیازها در کار سازمان مشکل آفرین است. (مفتون فرزانه ۱۳۸۸)

لذا با وجود گذشت ۱۰ سال از استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده، وجود مشکلاتی نظیر ارجاع غیر ضروری، عدم دسترسی به پزشک خانواده روستائی در تمام طول شبانه روز، پایین بودن کیفیت خدمات، نبود تجهیزات و امکانات در مراکز بهداشتی درمانی روستائی و ... انکار ناپذیر است. لذا مطالعه فوق در نظر دارد با بررسی رضایتمندی بیمه شدگان روستائی تحت پوشش سازمان بیمه سلامت و ارائه دهندگان خدمات (پزشک و ماما) در سطح یک طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده در منطقه ۲ کشور در سال ۱۳۹۴، مسائل و مشکلات مبتلابه نظام ارجاع و پزشک خانواده روستائی را در حد امکان احصاء و راهکاری برای برطرف کردن آنها و ارتقاء بسته سطح یک روستایی ارائه دهد.

منظور از ارائه دهندگان خدمت در این مطالعه پزشکان و ماماهاست مستقر در مراکز ارائه دهنده خدمات سطح یک در مراکز بهداشتی درمانی روستائی می باشد.

### ۱-۳- اهمیت و ضرورت موضوع تحقیق

از انجائی که بیش از ۶۰ درصد بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت، روستائی هستند و بخش اعظم منابع و مصارف سازمان را صندوق بیمه درمان روستائی به خود اختصاص داده است. همچنین به لحاظ اینکه نظام ارجاع و پزشک خانواده در منطقه ۲ تنها در صندوق بیمه روستائیان اجرا می شود لذا بررسی اثر بخشی هزینه ها و رضایتمندی ذینفعان در این صندوق از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

بررسی رضایتمندی بیمه شدگان روستائی تحت پوشش سازمان بیمه سلامت و ارائه دهندگان خدمات در سطح یک طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده در منطقه ۲ کشور در سال ۱۳۹۵ از جنبه های مختلف زیر قابل بررسی است و موجبات اهمیت و ضرورت موضوع تحقیق را فراهم می نماید:

جنبه فنی و تخصصی: از لحاظ فنی باید گفت هر چه رضایتمندی بیمه شدگان روستائی تحت پوشش سازمان بیمه سلامت و ارائه دهندگان خدمات در سطح یک طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده بیشتر باشد امکان کنترل و نظارت بهتر بر ارائه دهندگان خدمت در راستای رعایت مقررات و ضوابط بیمه ای جهت خدمت رسانی کیفی نیز بیشتر خواهد بود .

جنبه اجتماعی: از لحاظ اجتماعی عدم بهره برداری موثر از طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده در بیمه درمان موجب کاهش دقت، سرعت و کیفیت خدمات ارائه شده به مشتریان می گردد و این امر نارضایتی آنها را در پی خواهد داشت.

جنبه سیاسی: تعهدی که کشورهای درحال توسعه به سازمان ها و کنوانسیون های بین المللی دارند آنها را مجاب می کند که شاخصهای اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی را بهبود ببخشند.

جنبه اقتصادی: بیمه با بهره گیری از طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده قبل و بعد از خسارت به عنوان یک کنترل کننده، هزینه های درمان را تعدیل نموده و از تحمیل هزینه های اضافی به بیمه شده و اقتصاد جامعه جلوگیری می کند.

#### ۱-۴- اهداف تحقیق

##### ۱-۴-۱- اهداف کلی:

بررسی رضایتمندی بیمه شدگان روستائی تحت پوشش سازمان بیمه سلامت و ارائه دهندگان خدمات در سطح یک طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده در منطقه ۲ کشور در سال ۱۳۹۵

#### ۱-۴-۲- اهداف اختصاصی:

تعیین رضایت بیمه شدگان روستائی در رابطه با پاسخگو بودن ارائه دهندگان خدمات نظام ارجاع و پزشک خانواده روستائی

تعیین رضایت بیمه شدگان روستائی در رابطه با در دسترس بودن خدمات

تعیین رضایت بیمه شدگان روستائی در رابطه با خدمات داروخانه، آزمایشگاه، تزریقات و خدمات تصویر برداری

تعیین رضایت بیمه شدگان روستائی در رابطه با نتیجه درمان

تعیین مقبولیت طرح از دیدگان ارائه دهندگان خدمات از حیث حقوق و مزایا



تعیین مقبولیت طرح از دیدگان ارائه دهندگان خدمات از حیث وضعیت بیتوته  
تعیین مقبولیت طرح از دیدگان ارائه دهندگان خدمات از حیث امکان ارائه خدمات  
۱-۴-۳-اهداف کاربردی :

استخراج و بکارگیری نقاط قوت و ضعف در اجرای طرح و تفاهم نامه سال آتی با وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

۱-۵-فرضیه /فرضیه ها

این تحقیق فرضیه ندارد.

۱-۶-سوالات

- ۱- وضعیت رضایت بیمه شدگان روستائی در رابطه با پاسخگو بودن ارائه دهندگان خدمات چگونه است؟
- ۲- وضعیت رضایت بیمه شدگان روستائی در رابطه با در دسترس بودن خدمات چگونه است؟
- ۳- وضعیت رضایت بیمه شدگان روستائی در رابطه با خدمات داروخانه ، آزمایشگاه چگونه است؟
- ۴- وضعیت رضایت بیمه شدگان روستائیان از حیث نتیجه درمان چگونه است؟
- ۵- وضعیت مقبولیت طرح از دید ارائه دهندگان خدمات از حیث حقوق و مزایا چگونه است؟
- ۶- وضعیت مقبولیت طرح از دید ارائه دهندگان خدمات از حیث وضعیت بیتوته چگونه است؟
- ۷- وضعیت مقبولیت طرح از دید ارائه دهندگان خدمات از حیث وضعیت امکانات ارائه خدمت چگونه است؟

۱-۷- محدودیت های مطالعه

- ۱- پراکندگی روستاها و مشکل دسترسی به گیرندگان خدمت
- ۲- نداشتن سواد برخی از روستائیان جهت تکمیل پرسشنامه
- ۳- ملاحظات محلی و فامیلی پاسخ دهندگان به پرسشنامه

۱-۸- تعاریف واژه‌ها

سازمان بیمه سلامت ایران:

در آبان ماه سال ۱۳۷۳ مجلس شورای اسلامی، قانون بیمه همگانی را تصویب و پس از تایید شورای محترم نگهبان این قانون جهت اجرا به هیئت وزیران ابلاغ گردید که متعاقب آن سازمان بیمه خدمات درمانی بنابر

صراحت قانون و آئین نامه های هیئت دولت تشکیل و از اول مهرماه ۱۳۷۴ اجرای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی را رسماً آغاز نمود. پس از سالها تلاش و اقدامات ارزنده در جهت تحقق اهداف عالیه مد نظر قانون گذار، در تاریخ اول مهر ماه سال ۱۳۹۱ سازمان بیمه سلامت ایران، بر اساس مفاد ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه تشکیل شد تا به این ترتیب خدمات پایه سلامت به طور یکسان به تمامی مردم در قالب یک سازمان ارایه شود و زمینه تجمیع منابع مالی سلامت، ارتقاء سطح کیفیت در ارائه خدمات سلامت، برقراری عدالت اجتماعی در بخش سلامت، رفع همپوشانی بیمه‌ای، تامین پوشش کامل بیمه پایه سلامت، بسط و گسترش برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع و کاهش سهم مردم از هزینه های درمان به ۳۰٪ فراهم شود. سازمان بیمه سلامت ایران پس از تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی و براساس تبصره (۲) ماده (۱۷) زیر مجموعه وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی محسوب می گردد (نظامنامه کیفیت سازمان بیمه سلامت، ۱۳۹۲).

اصطلاحات برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی بکار برده شده در این پژوهش به شرح زیر تعریف می گردد:

#### ۱- پزشکی خانواده

پزشک خانواده فردی است که دارای حداقل مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است و عهده دار خدمات پزشکی سطح اول در مناطق روستائی و شهرهای زیر بیست هزار نفر می باشد و از طریق عقد قرارداد با سیستم بهداشتی درمانی در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشکی خانواده با شرح وظایف مشخص براساس بسته خدمات سلامت به ارائه خدمت می پردازد. مسئولیت مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه و مدیریت تیم سلامت به عهده پزشک خانواده بوده و واگذاری آن به غیر از پزشک ممنوع می باشد.

#### ۲- خدمات سلامت

مجموعه فعالیت‌ها و فرآیندهایی است که بستر لازم برای حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم می کند. خدمات سلامت بطور اعم در برگیرنده امور مربوط به تغذیه، بهداشت، پیشگیری، تشخیص، درمان، بازتوانی، بیمه خدمات سلامت، آموزش و تحقیقات و فناوری در حوزه های ذیربط و همچنین، کنترل

کیفیت و ایمنی مواد و فرآورده‌های دارویی، بیولوژیک، خوردنی، آرایشی، بهداشتی و ملزومات و تجهیزات پزشکی و اثربخشی فرآورده‌های دارویی و بیولوژیک می‌باشد.

### ۳- خدمات جامع سلامت

ارائه هماهنگ تمامی خدمات سلامت مورد نیاز یا درخواست افراد (بیمار/ خدمت گیرنده) که شامل طیفی از مراقبت‌های ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، تشخیص، درمان و مدیریت، بازتوانی، تسکینی و مراقبت‌های مزمن طولانی در منزل می‌شود و از طریق سطوح و واحدهای مختلف خدمات در نظام سلامت در طول زندگی (از بدو تولد تا مرگ) تضمین می‌شود.

### ۴- مراقبت‌های اولیه سلامت

خدمات اساسی سلامت است مبتنی بر روش‌های کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی، که از طریق مشارکت کامل فرد و خانواده در دسترس جامعه قرار می‌گیرد، با هزینه‌ای که جامعه بتواند در هر مرحله از توسعه با روحیه خوداتکایی و خودگردانی از عهده آن برآید.

### ۵- نظام ارجاع

ارائه خدمات سلامت بصورت زنجیره‌ای مرتبط و تکاملی می‌باشد تا چنانچه مراجعه کننده‌ای از واحد محیطی به خدمات تخصصی‌تر نیاز داشت بتواند او را به سطح بالاتر ارجاع نماید و نتیجه اقدامات درمانی در سطوح بالاتر به سطوح پایین‌تر جهت پیگیری درمان اعلام می‌گردد.

### ۶- سطح بندی واحدهای ارائه خدمات سلامت

چیدمان واحدهای ارائه دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت به منظور دسترسی عادلانه، کم هزینه، سریع و با کیفیت مردم را به خدمات میسر می‌سازد.

خدمات و مراقبت‌های سلامت در سه سطح در اختیار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته می‌شود:

۶-۱- سطح اول: شامل خدمات/ مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین توسط واحدی در نظام سلامت (مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی یا شهری و خانه‌های بهداشت تابعه آنها طبق طرح گسترش شبکه شهرستان) ارائه می‌گردد. این واحد به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم قرار دارد، و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت وی اتفاق می‌افتد.

سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی، پاراکلینیک (آزمایش‌ها و تصویربرداری‌ها) و خدمات سلامت دهان و دندان و .. نیز در مراکز مجری برنامه و موسسات دولتی و غیردولتی مانند داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری ارائه می‌شوند.

سایر خدمات از طریق ارجاع به سطح بالاتر و با پذیرش مسئولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار توسط واحد ارائه دهنده خدمات سطح اول انجام می‌گیرد.

۶-۲- سطح دوم و سوم: شامل خدمات تخصصی و فوق تخصصی می‌شود که توسط واحدهای سرپایی و بستری در نظام سلامت ارائه می‌گردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی/نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت‌های تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، خدمات دارویی و فرآورده‌های مربوطه، آزمایشگاهی و تصویر برداری است.

#### ۷- بسته های خدمات سطح اول

خدمات سلامت قابل ارائه در سطح اول ( ابلاغی توسط معاونت بهداشت وزارت متبوع) که توسط پزشک خانواده و تیم سلامت وی ارائه می‌شود.

#### ۸- نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات

شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت‌هایی که پزشکان خانواده یا تیم‌های سلامت در اختیار جمعیت یا جامعه می‌گذارند.

#### ۹- پرداخت سرانه

روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن، پرداخت به ازای جمعیت تحت پوشش، اعم از سالم یا بیمار، صورت می‌گیرد. در این شیوه، ریسک مالی به ارائه دهنده خدمت معطوف می‌شود.

#### ۱۰- پرداخت کارانه

روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن، پرداخت به ازای خدمات ارائه شده به مراجعه کنندگان صورت می‌گیرد. در این شیوه ریسک مالی به سازمان‌های بیمه گر منتقل می‌گردد.

۱۱- تفاهم نامه سطح یک خدمات بیمه روستاییان، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر

سندی است که به منظور تدوین قوانین و ضوابط اجرایی برنامه ارائه خدمات سحی بطور مشترک بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (معاونت بهداشت) و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (سازمان بیمه سلامت) منعقد می گردد.

#### ۱۲- دستور العمل اجرایی

منظور دستورعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی می باشد که جزییات، مسوولیت ها و شیوه اجرای برنامه را براساس تفاهم نامه مشترک ارائه می دهد.

#### ۱۳- قرارداد همکاری مشترک

قرارداد همکاری بین اداره کل بیمه سلامت استان با مراکز بهداشت یا شبکه های بهداشت و درمان شهرستان به منظور اجرای مفاد تفاهم نامه مشترک و دستورعمل اجرایی منعقد گردد.

#### ۱۴- تیم سلامت

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی شامل: پزشک، دندانپزشک، کاردان یا کارشناسان مامائی، پرستاری، بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها، بهداشت محیط و حرفه ای، علوم آزمایشگاهی، رادیولوژی، بهداشتکار دهان و دندان و بهورز و سایر نیروهای مورد قرارداد که با مدیریت پزشک خانواده بستهی خدمات سطح اول را در اختیار جامعه تعریف شده قرار می دهند.

#### ۱۵- مرکز خدمات جامع سلامت فعال در برنامه پزشک خانواده

مرکزی که در آن، حداقل خدمات پزشک در مرکز و همچنین دارو در داروخانه فعال در محدوده روستا و در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (به فاصله پانصد متر از مراکز مجری برنامه) ارائه شود.

۱۶- مرکز دارای بیتوته: مرکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه که در آن، حداقل خدمات پزشکی و داروهای اورژانس ارائه می شود. این مرکز در فاصله ۵ کیلومتری از نزدیکترین مرکز شبانه روزی/ معین/ دارای بیتوته و یا بیمارستان قرارداد. با توجه به شرایط اقلیمی منطقه و دسترسی مردم، این فاصله با نظر ستاد هماهنگی استان قابل تغییر می باشد. لازم به ذکر است حضور سرایدار/ نگهبان در این مراکز الزامی است.

#### ۱۶- مرکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی

مرکز خدمات جامع سلامت که طبق ضوابط طرح های گسترش شبکه تمامی واحدهای ارائه دهنده خدمات درمانی بصورت ۲۴ ساعته فعال می باشند.

#### ۱۷- مرکز معین

مرکز خدمات جامع سلامت که جهت دسترسی بیمه شدگان در مراکز مجاور، تعریف و در ساعات خارج از فعالیت مرکز، خدمات پزشکی و داروهای اورژانس را ارائه می نماید.

#### ۱۸ - مراکز اقماری

مرکز خدمات جامع سلامت با ضریب محرومیت  $1/85$  و بیشتر که امکان جذب پزشک یا ماما در شرایط معمول به هیچ عنوان مقدور نمی باشد.

#### ۱۸- جمعیت تحت پوشش برنامه

شامل کلیه جمعیت ساکن ( اعم از دارای دفترچه بیمه روستایی و سایر بیمه ها، فاقد دفترچه بیمه و افراد غیر ایرانی ) در مناطق روستائی، شهرهای زیر بیست هزار نفر و عشایری می باشد.

همچنین براساس تبصره ۳ ماده ۳ مصوبه ۱۷۶۱۳/ت ۵۱۷۷۵ ه مورخ ۹۵ هیئت محترم دولت مبنی بر دریافت خدمت از طریق روستاییان و لزوم استمرار نظام سطح بندی برای ساکنین شهرهای با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر که در سال های اخیر به بیش از ۲۰ هزار نفر رسیده اند و روستاهایی که به شهرهای با جمعیت بیش از ۲۰ هزار ملحق گردیده اند، دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی مکلفند نحوه سرویس دهی به ساکنین مناطق فوق الذکر را با ثبت نام این گروه ها در سامانه امید و در چارچوب تعریف شده در مصوبه فوق استمرار بخشند.

#### ۱۹- فرانشیز خدمات

فرانشیز به کلیه خدماتی که در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت جمهوری اسلامی ایران، مشمول تعرفه قرار گرفته اند، تعلق می گیرد(دستورالعمل نظام ارجاع و پزشک خانواده روستایی-نسخه ۱۷).

## فصل دوم

# مبانی نظری و پیشینه تاریخی موضوع تحقیق

۲-۱- مقدمه

پیدایش فکر بیمه به قرن‌ها پیش از مسیحیت، زمانیکه بازرگانان فنیقی در اطراف دریای مدیترانه به تجارت

گندم و سایر کالاها مشغول بودند، بر می‌گردد. (اوتریول، ژان فرانسوا، ۱۳۸۸، ص ۴۶)

با پیشرفت و توسعه تکنولوژی صنعت بیمه نیز رشد یافت و تقریباً تمام جنبه های زندگی انسان را در بر گرفت و پوشش خطرهای بالقوه از سطح فردی تا اجتماعی و اموال و مستغلات را در بر گرفت. یکی از مهم ترین شاخه های صنعت بیمه، بیمه درمان است که در میان سایر موضوعات بیمه ای از اهمیت ویژه ای برخوردار است و این اهمیت از آنجاست که ارتباط مستقیم با سلامت انسان ها دارد چرا که می دانیم داشتن جامعه سالم به انسان سالم بستگی دارد و آرامش خاطر و دوری از دلوپسی های تنش آور در زمینه برخورد با بیماری ها به صورت مستقیم و نحوه تامین هزینه های آن و نهاد های ارائه دهنده خدمات درمانی از طریق دیگر از جمله دغدغه های افراد و دولت ها بوده است. در امتداد گسترش نظام بیمه در همه ابعاد، در زمینه بیمه درمان هم تطورات و پیشرفت هایی به وجود آمده است به صورتی که امروزه سطح پوشش بیمه درمانی و ضریب نفوذ آن از جمله شاخص های توسعه یافتگی جوامع امروزی است. بی شک پدیده صنعتی شدن جوامع، شیوه زندگی، عادت ها، نحوه تغذیه و فرهنگ انسان ها را دگرگون کرده است، این دگرگونی صرف نظر از عواید حاصل از آن و پیشرفت های تکنولوژیکی، عوارضی نظیر افزایش استرس، آلودگی محیط زیست، آلودگی صوتی، عدم تحرک و مصرف غذاهای آماده و فست فود را در پی داشته است، که هر یک از این عوامل تهدیدی برای سلامتی افراد جامعه به شمار می روند و لزوم مراقبت های بهداشتی و درمانی را بیش از پیش متوجه این جوامع می کند و از طرفی در صورت بروز یک وضعیت نا به هنجار اجتماعی نظیر بیماری، صدمات هنگام کار، معلولیت و یا عوامل طبیعی دیگر نظیر بارداری، کهولت سن و... کاهش های اساسی در درآمد افراد اتفاق می افتد که جبران آن به تنهایی از عهده افراد خارج است.

بیمه درمان اجتماعی مکانیزمی است که هزینه مستقیم و سنگین مراقبت های پزشکی را برای بیماران به صورت های زیر تعدیل می کند:

- تقبل هزینه ها به جای آنکه در یک زمان مشخص انجام پذیرد، در یک دوره زمانی، قابل پرداخت می گردد.

- میان گروهی از مردم، خطر هزینه های مراقبت های پزشکی تقسیم می شود. (رضایی قلعه، حمید- مترجم-۱۳۷۹:ص ۱۰)

این مهم با تشکیل و سازماندهی صندوق بیمه درمان اجتماعی و با همکاری کارفرمایان، بیمه شدگان و دولت محقق می گردد. دولت ها در یافته اند که مسوولیت تامین خدمات و مراقبت های بهداشتی و درمانی را



نمی‌توان تماماً و تنها به توان، قدرت و نیروی بازار کار واگذار کرد و مشارکت مستقیم دولت قطعاً مورد نیاز است. با تاسیس صندوق بیمه درمان اجتماعی و تخصیص بودجه از سوی دولت و همچنین مشارکت بیمه-شدگان و کارفرمایان هزینه مراقبت‌های پزشکی به دوش گروه وسیعی از مردم و یا شاید به عهده تمامی افرادی که مالیات می‌پردازند قرار می‌گیرد (رضایی قلعه، حمید-مترجم-۱۳۷۹:ص ۷ و ۱۰) و این امر یکی از جنبه‌های تحقق عدالت اجتماعی است. نبود چنین مکانیزمی باعث تحمیل هزینه‌های سنگین مراقبت‌های پزشکی بر دوش مردم می‌گردد و تبعات زیادی را در پی خواهد داشت که از جمله تبعات اجتماعی آن می‌توان به ایجاد فقر و نارضایتی نام برد.

## ۲-۲- تاریخچه بیمه در جهان:

نخستین نوع بیمه که قبل از سده نوزدهم مورد عمل قرار گرفته، بیمه باربری دریائی است. بقیه رشته‌ها کم‌وبیش بعد از انقلاب صنعتی به تدریج از این زمان به بعد شروع شده است. نوع دوستی، نوع پروری و معاضدت از ارکان اصلی پیدایش بیمه بوده است. صندوق‌های تعاونی نظیر صندوق کمک به بازماندگان سربازان و رزم‌آوران که در مصاف دشمن کشته می‌شدند، یا صندوق پرداخت هزینه کفن و دفن برای کسانی که از دنیا می‌رفتند و بازماندگان‌شان توان مالی تأمین هزینه‌ها را نداشتند در زمانهای قدیم رایج بوده است. کلاً امر تعاون بسیار قدیمی است زیرا همه پیشوایان مذاهب و ادیان نیز کراراً" به آن اشاره کرده‌اند. تعاون و نوعی بیمه که به آن بیمه متقابل می‌توان اطلاق کرد. در قرون وسطی نیز رایج بود. کریمی، آیت، ۱۳۹۰، ص ۱۵-۱۶)

## ۲-۳- تاریخچه بیمه در ایران:

بیمه به شکل سنتی آن به مفهوم وجود نوعی تعاون و همیاری اجتماعی به منظور سرشکن کردن زیان فرد و یا افراد معدود بین همه افراد گروه یا جامعه در ایران سابقه طولانی داشته و همواره مردم ایران زمین با پیشینه غنی فرهنگی خود برای کمک به جبران خسارتهای ناخواسته‌ای که برای دیگر هموطنان و حتی مردم دیگر کشورها پیش می‌آمد فعال و پیشگام بوده‌اند. طبق پژوهش‌های باستان‌شناسان و لوحه‌ها و اسناد به دست آمده در تخت جمشید، تمام کسانی که در تخت جمشید کار می‌کردند و حقوق می‌گرفتند، بیمه بودند. با وجود این بیمه شکل حرفه‌ای و امروزی آن برای اولین بار در سال ۱۲۶۹ هجری شمسی در کشور ما مطرح گردیده است.

آغاز فعالیت جدی در زمینه بیمه را می‌توان سال ۱۳۱۰ هجری شمسی دانست. زیرا در این سال قانون و نظامنامه راجع به ثبت شرکتها در ایران به تصویب رسید و متعاقب آن بسیاری از شرکتهای بیمه خارجی از جمله گسترخ، آلیانس، ایگل استار، یورکشایر، رویال، ویکتوریا، ناسیونال سوئیس، فینکس، اتحاد الوطنی و ... اقدام به تأسیس شعبه یا نمایندگی در ایران نمودند. گسترش فعالیت‌های شرکت‌های بیمه خارجی مسئولان کشور را متوجه ضرورت تأسیس یک شرکت بیمه ایرانی کرد و دولت در شانزدهم شهریور ۱۳۱۴ شرکت سهامی بیمه ایران را با سرمایه ۲۰ میلیون ریال تأسیس نمود. (کریمی، آیت، ۱۳۹۰، ص ۲۱)

## ۲-۴- تاریخچه بیمه های درمانی در ایران:

در سال ۱۳۲۶ اولین بیمه درمانی برای کارکنان شرکت دخانیات شکل گرفت و تا سال ۱۳۲۸ تعدادی از کارکنان سازمانهای دولتی به طور پراکنده تحت پوشش بیمه درمانی قرار گرفتند. در این سال سازمانی تحت عنوان سازمان بیمه کارکنان دولت تأسیس گردید که کارکنان دولت را تحت پوشش قرار داد و تا سقف معینی هزینه های درمانی آن را تعهد می نمود. در سال ۱۳۵۲ سازمان بیمه خدمات درمانی تأسیس گردید و در سال ۱۳۵۶ سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان تامین اجتماعی در وزارت بهداری ادغام شدند تا اینکه پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران، در سال ۱۳۵۹ مجدداً سازمان تامین اجتماعی از وزارت بهداری جدا گردید و بصورت مستقل فعالیت خود را آغاز کرد و سازمان خدمات درمانی تحت عنوان بیمه گری و درآمد و اداره اسناد پزشکی در تشکیلات بهداری به فعالیت خود ادامه داد تا اینکه در آبان ماه ۱۳۷۳ قانون بیمه همگانی تصویب شد. بر اساس این قانون دولت مکلف گردید حد اکثر ظرف مدت پنج سال پوشش همگانی بیمه خدمات درمانی را عملی ساخته و در این طریق تمهیدات لازم را برای ترویج و رونق نظام بیمه خدمات درمانی فراهم آورد.

متعاقب تصویب قانون بیمه همگانی، سازمان بیمه خدمات درمانی بنابر صراحت قانون و آیین نامه های هیأت دولت تشکیل شد و از اول مهر ماه سال یکهزار و سیصد و هفتاد و چهار هجری شمسی اجرای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی را آغاز نمود. سازمان بیمه خدمات درمانی در شرایطی فعالیت خود را آغاز نمود که بیش از شصت درصد مردم از مزایای بیمه درمان محروم بودند. بر مبنای قانون، پوشش بیمه درمان اقشار مختلف جامعه نظیر کارکنان دولت، روستائیان، عشایر کوچ رو، خویش فرمایان، خانواده معظم شهداء، ایثارگران، طلاب حوزه های علمیه و دانشجویان به سازمان بیمه خدمات درمانی محول گردید.

سازمان در ابتدا وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود و پس از تشکیل وزارت رفاه و تامین اجتماعی در سال ۱۳۸۳ که پس از تصویب قانون نظام جامع تامین اجتماعی در مجلس ششم تشکیل شد، سازمان بیمه خدمات درمانی تحت سرپرستی وزارت رفاه و تامین اجتماعی قرار گرفت. که در ادامه سیاست کوچک سازی دولت و در سال ۱۳۹۰ سه وزارتخانه رفاه و تامین اجتماعی، تعاون و کار با هم ادغام و به نام وزارت «تعاون، کار و رفاه اجتماعی» به فعالیت خود ادامه دادند. هدف از تاسیس این وزارتخانه تجمیع همه نهادهای خدماتی، حمایتی و بیمه گر همچون سازمان تامین اجتماعی، سازمان بهزیستی، سازمان بیمه خدمات درمانی، هلال احمر، سازمان بازنشستگی، صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و ... و پایان دادن به تشتت گسترده در ارائه خدمات حمایتی و بیمه‌ای در کشور بود.

در ادامه و به استناد ماده ۳۸ برنامه پنج ساله پنجم توسعه و به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه های درمانی به سی درصد تشکیلات جدیدی به نام « سازمان بیمه سلامت» در تاریخ بیست و یکم مردادماه سال ۱۳۹۱ تشکیل و در اولین گام سازمان بیمه خدمات درمانی در تشکیلات جدید ادغام شد و در ادامه مقرر گردید که کلیه بخشهای بیمه های درمانی کلیه صندوقهای موضوع ماده(۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده(۵) قانون محاسبات عمومی کشور در سازمان بیمه سلامت ادغام گردند. این در حالی بود که سازمان تامین اجتماعی که پس از تصویب "لایحه قانونی بیمه های اجتماعی کارگران" در سال ۱۳۳۱ تشکیل شده بود وظیفه پوشش بیمه درمان کارگران و بخشی از کارکنان را به عهده داشت.

## ۲-۵- برنامه پزشک خانواده

براساس قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه سلامت ایران موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه سلامت ایران برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر امکان بهره مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد. بدین ترتیب فرصتی مناسب به منظور تامین سهولت دسترسی به خدمات سلامت برای ساکنین این مناطق پدید آمد.

موفقیت برنامه مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) در قالب نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور، موجب به کار گیری ۴ اصل بنیانی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور یعنی برقراری عدالت اجتماعی، همکاری بین

بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب، در تمامی مراحل اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی شد.

تصویب ماده ۹۱ در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و بندهای ج و د ماده ۳۲ و بند الف ماده ۳۵ و بند ج ماده ۳۸ برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور نیز تأکیدی بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع هستند. براساس بند ۸ سیاست های کلی سلامت، ابلاغ شده توسط رهبر معظم انقلاب، افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع رسانی شفاف، اثربخشی، کارآیی و بهره وری باید در قالب شبکه بهداشتی درمانی و منطبق بر نظام سطح بندی و ارجاع صورت گیرد. در تصویب نامه هیات وزیران به شماره ۱۴۲۴۳۵/ت/۴۹۸۶۳ مورخ ۱۳۹۲/۸/۲۹ با هدف بهره مندی و برخورداری مردم از خدمات پایه سلامت و کاهش پرداخت هزینه های سلامت از جیب مردم، کارگروه بررسی طرح تحول سلامت و هماهنگی دستگاههای اجرایی به منظور استقرار سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت در کلیه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری تشکیل شد.

در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، پزشک عمومی و تیم وی، مسوولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را بعهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسوولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز بعهده دارند. لذا، یکی از مهمترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمات، استفاده از اصطلاح پزشک خانواده برای ارائه صرف خدمات درمانی، کاری نابخاست. همچنین، تمامی خدمات سلامت در برنامه پزشک خانواده به جمعیت تحت پوشش به شکل فعال (Active) ارائه می شود.

## ۶-۲- کلیات برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

### ۶-۲-۱- پزشک خانواده:

پزشک خانواده دارای حداقل مدرک دکترای حرفه ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است و در نخستین سطح خدمات، عهده دار خدمات پزشکی سطح اول است و مسوولیت هایی از قبیل: توجه به جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق و هماهنگی با سایر بخش ها را برعهده دارد.

پزشک خانواده مسوولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته ای تعریف شده (بسته خدمت)؛ بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه‌ی تحت پوشش خود قرار دهد. پزشک خانواده در صورت لزوم باید برای حفظ و ارتقای سلامت، از ارجاع فرد به سطوح بالاتر استفاده کند، ولی مسوولیت پیگیری تداوم خدمات با او خواهد بود. پزشک خانواده مسوول اداره کردن تیم سلامت است.

افراد تحت پوشش پزشک خانواده برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی به او مراجعه می‌کنند و هرکس مایل نباشد از طریق وی وارد سیستم دریافت خدمات شود، موظف است تمام هزینه‌های درمانی را شخصا پرداخت نماید. پزشک خانواده، بیمار را در سیستم ارجاع قرار می‌دهد و او را از بدو ورود به سیستم تا پایان درمان و مراقبت‌های پس از درمان تحت نظر خود دارد.

#### ۲-۶-۲- خدمات سلامت

مجموعه فعالیت‌ها و فرایندهایی است که بستر لازم برای حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم می‌کند. خدمات سلامت بطور اعم در برگیرنده امور مربوط به تغذیه، بهداشت، پیشگیری، تشخیص، درمان، بازتوانی، بیمه خدمات سلامت، آموزش و تحقیقات و فناوری در حوزه‌های ذیربط و همچنین، کنترل کیفیت و ایمنی مواد و فرآورده‌های دارویی، بیولوژیک، خوردنی، آرایشی، بهداشتی و ملزومات و تجهیزات پزشکی و اثربخشی فرآورده‌های دارویی و بیولوژیک می‌باشد.

#### ۲-۶-۳- خدمات جامع سلامت

ارائه هماهنگ تمامی خدمات سلامت مورد نیاز یا درخواست افراد (بیمار/خدمت گیرنده) که شامل طیفی از مراقبت‌های ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، تشخیص، درمان و مدیریت، بازتوانی، سلامت در طول زندگی (از بدو تولد تا مرگ) تضمین می‌شود.

#### ۲-۶-۴- مراقبت‌های اولیه سلامت

خدمات اساسی سلامت است مبتنی بر روش‌های کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی، که از طریق مشارکت کامل فرد و خانواده در دسترس جامعه قرار می‌گیرد، با هزینه‌ای که جامعه بتواند در هر مرحله از توسعه با روحیه خوداتکایی و خودگردانی از عهده آن برآید. این مراقبت‌ها، هم بخشی جدایی‌ناپذیر از نظام سلامت کشور و وظیفه محوری و کانون اصلی توجه آن است و هم بخشی جدایی‌ناپذیر از توسعه کلی

اقتصادی و اجتماعی جامعه را تشکیل می‌دهد. این مراقبت‌ها اولین سطح تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام ملی سلامت است و خدمات سلامت را تا آنجا که ممکن است به جایی که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند نزدیک می‌کند و نخستین جزء فرآیند مراقبت مستمر سلامت را تشکیل می‌دهد (بند ۶ اعلامیه آلماتا).

#### ۲-۶-۵- سطح‌بندی واحدهای ارائه خدمات سلامت

باید چیدمان خاص واحدهای ارائه دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت به منظور فراهمی و دسترسی عادلانه مردم به مجموعه‌ی خدمات مورد نیاز تا جایی که ممکن است سهل و سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و با بیشترین کیفیت ایجاد گردد. سطح بندی قراردادی است و به مقتضای شرایط توسط برنامه ریزان انجام می‌گیرد. خدمات و مراقبت‌های سلامت در دو سطح در اختیار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته می‌شود:

#### ۲-۶-۵-۱- سطح اول:

شامل خدمات/مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات فرد محور عبارتند از: پیشگیری و آموزش سلامت فردی، تشخیص و درمان بیماری‌ها، تدبیر فوریت‌ها، مدیریت افراد تحت پوشش و خدمات جامعه محور (بهداشت عمومی) شامل خدمات بهداشت محیط و کار، بهداشت مدارس، و آسیب‌ها و جراحات، پیشگیری و ترویج سلامت هستند که هدف آنها جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین توسط واحدی در نظام سلامت (مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی یا شهری و خانه های بهداشت تابعه آنها طبق طرح گسترش شبکه شهرستان) ارائه می‌گردد. این واحد به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم قرار دارد، و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت (بهورز) اتفاق می‌افتد.

سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی، پاراکلینیک (آزمایش‌ها و تصویربرداری‌ها) نیز در مراکز و موسسات دولتی و غیردولتی مانند داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری ارائه می‌شوند.

سایر خدمات از طریق ارجاع به سطح دوم و با پذیرش مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار توسط واحد ارائه دهنده خدمات سطح اول انجام می‌گیرد.

#### ۲-۶-۵-۲- سطح دوم:

شامل خدمات تخصصی و فوق تخصصی می‌شود که توسط واحدهای سرپایی و بستری در نظام سلامت ارائه می‌گردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی/نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت‌های

تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، خدمات دارویی و فرآورده‌های مربوطه، آزمایشگاهی و تصویر برداری است.

## ۲-۶-۶- نظام ارجاع

سازوکاری برای ارائه خدمات سلامت است که متقاضیان (آحاد مردم شناسایی شده/تحت پوشش) برای دریافت خدمات مزبور به پزشک خانواده مراجعه کرده و نزد وی تشکیل پرونده می‌دهند. مراجعه کننده در نقطه تماس اول توسط کارکنان تیم سلامت شامل بهورز/ ماما/ پرستار/ پزشک خانواده در سطح اول خدمات، ویزیت شده و اقدامات لازم برای وی صورت می‌گیرد. در صورت نیاز به خدمات سطح بالاتر، پزشک خانواده او را به صورت هدایت شده و پس از تکمیل فرم ارجاع به سطوح بالاتر (تخصصی، فوق تخصصی، مراکز پاراکلینیکی خاص و بیمارستان) ارجاع می‌دهد و مسوولیت سلامت او در هر صورت با پزشک خانواده است. واحد ارائه دهنده خدمات سلامت سطح دوم موظف است با ارائه بازخورد کتبی، (در فرم باز خورد) به ارجاع دهنده (در همان سطح یا سطوح پایین تر) تیم سلامت ارجاع دهنده را از نتیجه، برنامه درمان و پیگیری بیمار یا پیشرفت کار مطلع سازد. و در انتها، کلیه موارد برای درج در پرونده به پزشک خانواده مربوطه اعاده می‌گردد.

## ۲-۷- سابقه مطالعات قبلی

مفتون، فرزانه در سال ۱۳۸۸ در مطالعه ای تحت عنوان " رضایتمندی بیمه شدگان روستایی تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی و ارائه دهندگان خدمات در طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده" به نتایج زیر دست یافت:

پیش از ۱۱۰۰۰ نفر از گیرندگان خدمات مورد بررسی قرار گرفتند، رضایت از خدمات پزشک خانواده از ۶۱ تا ۸۳ درصد در رضایت از خدمات مامایی از ۷۴ تا ۸۵.۳ درصد. رضایت از نحوه تهیه دارو بین ۶۷ تا ۸۳.۵ درصد. رضایت از خدمات تزریقات از ۷۷.۶ تا ۸۰.۴ درصد. رضایت از خدمات تصویربرداری از ۴۴.۸ تا ۶۹.۹ درصد. رضایت از خدمات آزمایشگاهی از ۴۹ تا ۷۸.۱ درصد رضایت از خدمات اورژانس از ۴۰.۳ تا ۵۵.۹ درصد. در زمینه استفاده از دفترچه، کمترین رضایت به حق انتخاب مراکز و پزشکان و نیز وضعیت آموزشی و اطلاع رسانی در زمینه استفاده از دفترچه بر می‌گردد. رضایت از موضوعات مختلف ارجاع از ۴۸.۴ تا ۷۲.۵ درصد است وضعیت رضایت از طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع نسبت به قبل از اجرای آن ۸۰ درصد است. موارد مربوط به مفاد قرارداد یا احکام: رضایت کمتر از ۲۰ درصد، موارد مربوط به ابعاد پایش و

ارزیابی طرح: بین 31.3 تا 60 درصد است، موارد مربوط به شرایط و امکانات طرح: رضایت حدود 30 درصد است، موارد مربوط به وضعیت اجرایی طرح: رضایت کمتر از 30 درصد است، موارد مربوط به در اختیار بودن وسایل و تجهیزات مورد نیاز: رضایت از 8.8 تا 53.5 موارد مربوط به شرایط بیتوته رضایت از 3.9 تا حداکثر 42 درصد است وضعیت استمرار اشتغال پزشکان حدود 30.8 درصد، با توجه به نتایج طرح آموزش و اطلاع رسانی در زمینه کاربرد دفترچه و معرفی مراکز به گیرندگان خدمات، وجود حق انتخاب درمانگر توسط گیرنده خدمت عامل مهم دیگری در رضایت است که این مورد از شاخص های پاسخگویی نیز می باشد. بهبود سیستم پرداخت و افزایش دریافتی و مزایای ارائه دهندگان خدمات اساسی است. از موارد مهم دیگر ارتقای وضعیت اورژانس و تسهیل بازخورد از متخصص سطح دوم به سطح اول است که رضایت گیرنده خدمت و ارائه دهنده هر دو را ارتقا می دهد.

قربانی علیرضا، شگرف نخعی محمدرضا، تبرایی یاسر، دولت آبادی احمد، عالمی حمید در مطالعه ای تحت عنوان "بررسی میزان رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده، در جمعیت بیمه شده تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار" در سال 1390 رضایتمندی بیمه شدگان را در 8 حیطه مورد بررسی قرار داد، بیشترین و کمترین میزان رضایتمندی به ترتیب از هزینه پرداختی و اعتماد و اعتقاد به عملکرد پزشک خانواده به دست آمد. بر اساس آزمون های انجام شده بین جنس، سن، شغل و وضعیت تاهل با میزان رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده رابطه معنی دار آماری وجود نداشت. اما رابطه بین محل سکونت، تحصیلات و نوع مرکز ارائه دهنده خدمات با میزان رضایتمندی از برنامه پزشک خانواده از نظر آماری معنی دار بود. نتایج نشان داد که تحصیلات بالاتر، دریافت خدمات از مراکز بهداشتی درمانی شهری و مراکز خصوصی ارائه دهنده خدمات پزشک خانواده رضایتمندی بیشتری را برای مراجعین به همراه دارد.

علیدوستی و همکارانش طی یک مطالعه توصیفی- تحلیلی که در سال 1388 در مورد میزان رضایتمندی روستاییان شهرستان شهرکرد از طرح پزشک خانواده انجام دادند 1100 نفر را مورد بررسی قرار دادند، میزان رضایت از در دسترس بودن همیشگی پزشک 43٪ بود، میزان رضایت از تجربه و مهارت پزشک 41٪، رضایت از نحوه پاسخگویی به بیمار 50٪ و رضایت از ارجاع سریع به مراکز بالاتر 42٪ بود.

نجیمی و همکارانش طی یک مطالعه مقطعی که در سال 1384 در مورد رضایتمندی روستاییان شهر اصفهان از طرح پزشک خانواده انجام دادند 1200 نفر را مورد بررسی قرار دادند، میزان رضایت از خدمات برنامه پزشک



خانواده ۳۷,۶٪، در حیطه هزینه ها ۶۵,۱٪، در حیطه کیفیت خدمات ۳۵,۶٪، در حیطه مهارت پرسنل 47.4٪ رضایت داشتند.

طاهری و همکارش طی یک مطالعه توصیفی- تحلیلی که در سال ۱۳۸۸ در مورد رضایتمندی روستاییان از طرح پزشک خانواده در استان مرکزی انجام دادند ۳۹۱ نفر را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که ۳۴,۵٪ از مراجعین از کیفیت برنامه پزشک خانواده رضایت بالا یا خیلی بالا داشتند. میزان رضایت از کار داروخانه ۳۸,۳٪، کارکنان آزمایشگاه ۳۶,۸٪، و رضایت از پزشکان ۳۴,۵٪ بود.

پورشیروانی و همکارانش طی یک مطالعه مقطعی که در سال ۱۳۸۷ در مورد عملکرد نظام ارجاع و طرح پزشک خانواده در دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی کشور انجام دادند، ۶۷۵ بیمار را مورد بررسی قرار دادند که کیفیت عملکرد کلی در دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۲٪ مطلوب، ۲۵٪ نسبتاً مطلوب و 73٪ نامناسب بود. در دانشگاه علوم پزشکی بابل ۳۶٪ نسبتاً مطلوب و ۶۴٪ نامناسب بود. در دانشگاه علوم پزشکی گلستان ۱٪ مطلوب، ۳۱٪ نسبتاً مطلوب و 68٪ نامناسب بود. در دانشگاه علوم پزشکی گیلان ۲٪ مطلوب، ۳۱٪ نسبتاً مطلوب و 67٪ نامناسب بود.

لی، تسائو و چانگ در سال (۲۰۱۵)، تحقیقی را با عنوان «رابطه‌ی بین نگرش استفاده و رضایت مشتری» انجام دادند. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد که همه متغیرها روی نگرش به استفاده اثرگذار هستند. در میان آن‌ها، سازگاری بیشترین تأثیر را دارد. علاوه بر این، سودمندی درک شده و سهولت استفاده درک شده ی مصرف کنندگان روی رضایت مشتری تأثیرگذار بود. علاوه بر این، نتایج تحلیل مسیر نشان داد که نگرش به استفاده مهمترین عامل برای رضایت مشتری بوده و دومین عامل مهم شناخت تأثیر غیرمستقیم سازگاری روی نگرش استفاده می باشد.

کالو-پورال و لوی- مانگین در سال (۲۰۱۵) در تحقیقی با عنوان «رفتار جایگزینی و رضایت مشتری» به بررسی ایجاد رضایت و وفاداری مشتری پرداخته اند. نتایج تحقیق نشان می دهد که تصویر شرکت و ارزش خدمات روی رضایت و وفاداری در هر دو نوع خدمات تلفن همراه سنتی و مجازی تأثیرگذار می باشند. همچنین نتایج نشان می دهد که با توجه به هزینه-های جایگزینی پایین عرضه کنندگان خدمات تلفن همراه باید روی تلاش های بازاریابی تمرکز کنند که در راستای جذب مشتریان جدید و افزایش تقاضای اولیه باشند.

رانی در سال (۲۰۱۴)، تحقیقی با عنوان "عوامل موثر بر رفتار مصرف کننده" انجام داد. وی عنوان کرد که تصمیم خرید تحت تاثیر عواملی مثل فرآیند تصمیم گیری، عادت های خرید، رفتارهای خرید و برندی که مصرف کننده خریداری می کند قرار دارد. و پیشنهاد داد که با شناسایی و فهم عوامل تأثیرگذار روی مشتریان، برندها فرصت توسعه ی یک راهبرد، یک پیام بازاریابی و کمپین های تبلیغاتی کارا تر و هماهنگ تر دارند تا با نیازها و طرز فکر مشتریان مورد نظر آن ها هماهنگ و در یک راستا باشد.

مارکینوکز و همکارانش طی یک مطالعه توصیفی - تحلیلی که در سال ۲۰۰۸ در کشور لهستان در مورد رضایت بیماران از پزشکان خانواده انجام دادند ، ۶۸۹ نفر را مورد بررسی قرار دادند . نتایج نشان داد که ۴۰٪ بیماران از مراقبت های سلامتی که توسط پزشک انجام می شد راضی بودند ، ۲۱٪ از عوامل زمینه ای سرویس های پزشکی ارائه شده نگران بودند ، رضایت از برخورد پزشک با بیمار ۴۹٪ و رضایت از ویژگی های شخصیتی پزشک ۷۳٪ بود .

# فصل سوم

## روش شناسی پژوهش

### ۳-۱- مقدمه

در این فصل روش شناسی تحقیق را مشخص می‌کنیم. دستیابی به نتایج صحیح و علمی میسر نخواهد شد مگر اینکه تحقیق، بر اساس روش شناسی صحیح صورت پذیرد. تحقیق را می‌توان تلاشی منظم و سازمان یافته برای بررسی مساله‌ای خاص که به یک راه حل نیاز دارد توصیف کرد و شامل گام‌هایی است که طراحی و پیگیری می‌شوند تا پاسخ‌هایی برای مساله مورد علاقه ما در محیط کاری بدست آید. بدان معنا که نخستین گام در تحقیق عبارتست از آگاهی بر زمینه‌های مشکل آفرین در سازمان و شناسایی روشن و مشخص مشکلی که به بررسی و اصلاح نیاز دارد. هنگامی که مشکل یا مشکلات مهم مشخص شد می‌توان گام‌های بعدی را برای گردآوری اطلاعات، تحلیل داده‌ها و نمایش عواملی که با مشکل ما پیوند دارند پیمود. آنگاه با اقدامات اصلاحی

مشکل حل خواهد شد. تحقیق اطلاعاتی را برای مدیران فراهم می‌کند که بتوانند بر پایه آن تصمیم بگیرند و مشکلات را بر طرف کنند (سکاران، ۱۳۸۸).

انتخاب روش تحقیق مناسب به هدف‌ها، ماهیت و موضوع مورد تحقیق و امکانات اجرایی بستگی دارد و هدف از تحقیق دسترسی دقیق و آسان به پاسخ پرسش‌های تحقیق است (خاکی، ۱۳۹۱). برای اینکه نتایج حاصل از تحقیق معتبر باشد بایستی از یک روش مناسب در تحقیق استفاده شود، چرا که انتخاب نادرست منجر به نتیجه‌گیری نادرست می‌شود. در این فصل ابتدا به بررسی روش تحقیق، روش‌های گردآوری اطلاعات و جامعه آماری پرداخته می‌شود و سپس پایایی و روایی ابزار سنجش مورد بررسی و روش‌های آماری تحلیل داده‌ها بیان می‌گردد.

### ۳-۲- روش تحقیق

روش تحقیق یک روش نظام‌مند برای یافتن پاسخ یک پرسش یا راه حل یک مساله است. پایه هر علمی، روش شناخت آن است و ارزش و اعتبار قوانین هر علمی، به روش شناختی مبتنی است که در آن علم به کار می‌رود. روش تحقیق مجموعه‌ای از قواعد، ابزارها و راه‌های معتبر (قابل اطمینان) و نظام یافته، برای بررسی واقعیت‌ها، کشف مجهولات و دستیابی به راه حل مشکلات است (خاکی، ۱۳۹۱). هدف از انتخاب روش تحقیق آن است که پژوهشگر مشخص نماید که چه شیوه و یا روشی را اتخاذ نماید که او را هرچه دقیق‌تر و آسان‌تر به پاسخ‌های احتمالی برساند. روش تحقیق، بستگی به اهداف و ماهیت موضوع و همچنین امکانات و منابع دارد (نادری، ۱۳۸۰). طبقه‌بندی‌های گوناگونی از انواع روش تحقیق از دیدگاه صاحب‌نظران انجام گرفته است. چندی از این طبقه‌بندی‌ها، طبقه‌بندی بر مبنای هدف، طبقه‌بندی بر مبنای ماهیت مطالعه و طبقه‌بندی بر اساس روش و نوع داده است.

پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع تحقیقات کاربردی<sup>۳</sup> است، به این دلیل که یافته‌های این تحقیق می‌تواند برای حل مسایل اجرایی مورد استفاده قرار گیرد (سرمد، ۱۳۸۰). از نظر روش جمع‌آوری اطلاعات نیز جزء تحقیقات توصیفی (غیر آزمایشی) می‌باشد و همچنین از نظر نوع داده‌های مورد استفاده نیز جزء تحقیقات کمی می‌باشد.

<sup>۳</sup>- Applied

### ۳-۳- جامعه و نمونه آماری

در این بخش به بررسی جامعه هدف و نمونه گرفته شده از آن پرداخته‌ایم.

#### ۳-۳-۱- جامعه آماری

جامعه آماری به کل افرادی گفته می‌شود که از جهات خاص مربوط به نقطه نظرهای تحقیق، دارای صفات مشترک بوده و مشمول نتایج پژوهش مورد نظر باشند. محقق باید قبل از آغاز کار پژوهش، چارچوب جامعه آماری آن تحقیق را مشخص و روشن کند تا هم تکلیف خودش معلوم باشد و هم بتواند آن را به سادگی به دیگران معرفی نماید. جامعه آماری را جامعه هدف نیز می‌گویند (ذوالریاستین، ۱۳۸۰). به عبارت دیگر جامعه آماری عبارت است از کلیه افراد، وقایع یا چیزهایی که محقق می‌خواهد به تحقیق در مورد آنها پردازد به-طوری‌که حداقل در یک صفت مورد نظر مشترک باشند (سکاران، ۱۳۸۸). برای اجرای تحقیق ابتدا لازم است که جامعه آماری مشخص و معین گردد. جامعه عبارت است از همه اعضای واقعی یا فرضی که علاقه‌مند هستیم یافته‌های پژوهش را به آن‌ها تعمیم دهیم (دلاور، ۱۳۷۶). جامعه آماری این تحقیق را بیمه شدگان روستائی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر منطقه ۲ کشوری شامل استانهای آذربایجان غربی و شرقی، اردبیل، زنجان، البرز، کردستان، همدان، گیلان و قزوین و همچنین ارائه دهندگان خدمات (پزشک و ماما و پرستار جایگزین ماما) در همین مناطق تشکیل می‌دهند.

#### ۳-۳-۲- نمونه آماری و روش نمونه گیری

دو نوع اصلی طرح نمونه‌گیری وجود دارد؛ نمونه‌گیری احتمالی و غیر احتمالی. طرح‌های نمونه‌گیری احتمالی موقعی به کار می‌رود که معرف بودن گروه نمونه برای اهداف تعمیم‌پذیری دارای اهمیت باشد. روش نمونه‌گیری در این مطالعه خوشه‌ای دو مرحله‌ای بوده و تعداد حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران به شرح زیر محاسبه شده است.

$$n = \frac{\frac{Z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left( \frac{z^2 pq}{d^2} - 1 \right)}$$

جدول ۳-۱ تعداد جامعه آماری استانهای منطقه ۲

| ردیف | استانهای منطقه ۲ | تعداد ارائه دهندگان خدمت |      | گیرندگان خدمات تحت پوشش بیمه روستائی |
|------|------------------|--------------------------|------|--------------------------------------|
|      |                  | پزشک                     | ماما |                                      |
| ۱    | آذربایجان شرقی   | ۲۹۳                      | ۲۸۳  | ۱۳۰۲۳۹۴                              |
| ۲    | آذربایجان غربی   | ۳۴۲                      | ۲۳۱  | ۱۱۹۲۲۶۱                              |
| ۳    | اردبیل           | ۱۵۵                      | ۱۰۰  | ۵۰۵۷۳۴                               |
| ۴    | البرز            | ۳۹                       | ۳۵   | ۱۳۷۸۱۲                               |
| ۵    | زنجان            | ۱۰۴                      | ۸۶   | ۴۳۰۶۷۵                               |
| ۶    | قزوین            | ۱۰۳                      | ۸۱   | ۳۶۶۸۳۴                               |
| ۷    | کردستان          | ۱۵۸                      | ۱۳۲  | ۶۴۰۲۴۰                               |
| ۸    | گیلان            | ۲۷۲                      | ۲۰۹  | ۸۴۷۴۹۱                               |
| ۹    | همدان            | ۱۹۶                      | ۱۷۰  | ۷۲۶۹۸۲                               |
|      | جمع              | ۱۶۶۲                     | ۱۳۲۷ | ۶۱۳۰۵۲۳                              |

لازم به ذکر است که روش‌های مختلفی برای نمونه‌گیری احتمالی مطرح می‌باشند که از میان آنها در این تحقیق از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای تصادفی با تخصیص متناسب استفاده شده است.

جدول ۲-۳ نمونه های منتخب با توجه به روش نمونه گیری خوشه ای دو مرحله ای با تخصیص متناسب

| ردیف | استانهای منتخب منطقه ۲ | تعداد نمونه های ارائه دهندگان خدمت با تخصیص متناسب |      | تعداد نمونه گیرندگان خدمات تحت پوشش بیمه روستائی |
|------|------------------------|--|------|--|
|      |                        | پزشک   | ماما |  |
| ۱    | اردبیل                 | ۶۷   | ۵۳   | ۸۰   |
| ۲    | قزوین                  | ۴۴   | ۴۳   | ۵۸   |
| ۳    | گیلان                  | ۱۱۷  | ۱۱۱  | ۱۳۳  |
| ۴    | همدان                  | ۸۴   | ۹۱   | ۱۱۴  |
|      | جمع                    | ۳۱۲  | ۲۹۸  | ۳۸۵  |

### ۳-۴- روش های گردآوری داده ها

یکی از مهم ترین مراحل تحقیق، گردآوری اطلاعات است. اطلاعات مورد نیاز برای انجام تحقیق را به طرق مختلف می توان جمع آوری نمود. ابزارهای گوناگونی مانند مشاهده، مصاحبه، پرسش نامه، اسناد و مدارک و غیره برای به دست آوردن داده ها وجود دارد. هر یک از این ابزارها معایب و مزایایی دارند که هنگام استفاده از آنها باید مورد توجه قرار گیرند تا اعتبار پژوهش دچار خدشه نشود و از طرفی نقاط قوت ابزار تقویت گردد. هر پژوهش گر باید با توجه به ماهیت مسأله و فرضیه های طراحی شده یک یا چند ابزار را انتخاب نماید و پس از کسب شرایط لازم در مورد اعتبار این ابزارها، از آنها در جهت جمع آوری داده ها بهره جوید تا در نهایت از طریق پردازش و تحلیل این داده ها، بتواند در مورد فرضیه ها قضاوت نماید. انتخاب ابزارها باید به گونه ای باشد که پژوهش گر بتواند از نحوه انتخاب ابزار خود دفاع کند و از این طریق دستاوردهای پژوهش خود را معتبر سازد (خاکی، ۱۳۹۱). مهم ترین روش های گردآوری داده ها در این تحقیق بدین شرح است:

### ۳-۴-۱- مطالعات کتابخانه‌ای

در بخش مرور ادبیات تحقیق که در فصل دوم این پژوهش جای گرفته است و مباحث نظری و تئوری‌ها مطرح شده‌اند، از روش مطالعات کتابخانه‌ای یعنی خواندن کتب، مقالات فارسی و انگلیسی، پژوهش‌ها، سایت‌های اینترنتی و غیره استفاده شده است.

### ۳-۴-۲- مطالعات میدانی

روش دیگری که در این پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد، روش میدانی با استفاده از پرسش‌نامه است. با توجه به اینکه پرسش‌نامه یکی از ابزارهای رایج تحقیق و روشی برای کسب داده‌های پژوهش است محقق در این پژوهش به منظور دستیابی به اطلاعات مربوط به گذشته و حال و پیش‌بینی وقایع آینده از پرسش‌نامه استفاده نموده است که ارزش‌گذاری، تجزیه و تحلیل، تعبیر و تفسیر پرسش‌نامه‌ها به علت یکنواختی آن‌ها برای همه آزمودنی‌ها، آسان و راحت است، چرا که از پاسخگو خواسته می‌شود به جای انشای پاسخ، یکی از گزینه‌ها را انتخاب کند.

در مجموع، برای پاسخ به سوالات تحقیق از دو پرسش‌نامه یکی برای مراجعین و یکی برای ارائه‌دهندگان خدمات (پزشک و ماما و پرستار جایگزین ماما) استفاده شده است. از افراد پاسخگو خواسته شده تا پاسخ‌های خود را در قالب طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت ثبت کنند که در طیفی از بسیار زیاد تا بسیار کم قرار دارد.

### ۳-۵-۱- روایی و پایایی ابزار

#### ۳-۵-۱-۱- روایی<sup>۴</sup>

مفهوم روایی به این سوال پاسخ می‌دهد که ابزار اندازه‌گیری تا چه حد خصیصه مورد نظر را می‌سنجد. بدون آگاهی از اعتبار ابزار اندازه‌گیری نمی‌توان به دقت داده‌های حاصل از آن اطمینان داشت (سرمد، ۱۳۸۰). به عبارت دیگر روایی به این معنی است که چگونه می‌توانیم اطمینان یابیم که ابزار جمع‌آوری داده واقعا به اندازه‌گیری همان مفهوم مورد نظر پرداخته است یا چیز دیگری را سنجیده؟ به عبارت دیگر آیا ابزار سنجش توانسته است خصوصیتی را که قصد سنجش آن را داشته است بسنجد یا نه (سکاران، ۱۳۸۸).

<sup>4</sup>-Validity



چون در این تحقیق، مهم‌ترین ابزار جمع‌آوری اطلاعات و اندازه‌گیری متغیرها پرسش‌نامه است، روایی پرسش‌نامه از اهمیت خاصی برخوردار است. طرح پرسش‌های درست با عباراتی که ابهام آن به حداقل ممکن برسد، شرط اساسی برای روایی پرسش‌نامه است (طاهری، ۱۳۷۱). در این پژوهش اعتبار محتوای ابزار گردآوری داده‌ها مورد بررسی قرار گرفته است.

### ۳-۵-۱-۱- روایی محتوای پرسش‌نامه

روایی محتوا این اطمینان را به وجود می‌آورد که مقیاس شامل یک سری موارد کافی برای استفاده از مفهوم می‌باشد. روایی محتوا نوعی روایی است که معمولاً برای بررسی اجزاء تشکیل دهنده یک ابزار اندازه‌گیری بکار برده می‌شود. روایی محتوایی یک آزمون معمولاً توسط افرادی متخصص در موضوع مورد مطالعه تعیین می‌شود. از این رو اعتبار محتوا به قضاوت داوران بستگی دارد. (خاکی، ۱۳۹۱). بنابراین اعتبار محتوا، ویژگی ساختاری ابزار اندازه‌گیری است که همزمان با تدوین آزمون در آن تنیده می‌شود. اعتبار محتوای پرسش‌نامه‌ی این پژوهش توسط خبرگان و متخصصین و مطالعه کتب و مقالات مربوط به تحقیق و تعیین اطلاعات لازم و اعمال نظرات اصلاحی مورد تأیید قرار گرفته است.

### ۳-۵-۲- پایایی پرسش‌نامه

پایایی یا قابلیت اعتماد، یکی از ویژگی‌های فنی ابزار اندازه‌گیری است. این مفهوم با این امر سر و کار دارد که ابزار اندازه‌گیری در شرایط یکسان، تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می‌دهد. ایبل و فریسی این مفهوم را این‌گونه تعریف کرده‌اند: همبستگی میان یک مجموعه از نمرات و مجموعه دیگری از نمرات در یک آزمون معادل، که به صورت مستقل بر یک گروه آزمودنی به دست آمده است. با توجه به این امر معمولاً دامنه ضریب قابلیت اعتماد از صفر (عدم ارتباط) تا مثبت یک (ارتباط کامل) است. این ضریب نشانگر آن است که تا چه اندازه ابزار اندازه‌گیری ویژگی‌های با ثبات آزمودنی و یا ویژگی‌های متغیر و موقتی آن را می‌سنجد (سرمد، ۱۳۸۰). برای محاسبه ضریب قابلیت اعتماد ابزار اندازه‌گیری، شیوه‌های مختلفی به کار برده می‌شود که از آن جمله می‌توان به روش‌های زیر اشاره نمود:

- اجرای دوباره آزمون (روش بازآزمایی)

- روش تصنیف (دو نیمه کردن)

- روش کودر- ریچاردسون

- روش آلفای کرانباخ<sup>۵</sup>

از آنجا که ضریب آلفای کرانباخ معمولاً شاخص کاملاً مناسبی برای سنجش قابلیت اعتماد ابزار اندازه‌گیری و هماهنگی درونی میان عناصر آن است، بنابراین قابلیت اعتماد پرسش‌نامه مورد استفاده در این تحقیق به کمک آلفای کرانباخ ارزیابی می‌گردد.

این روش برای محاسبه هماهنگی درونی ابزار اندازه‌گیری که خصیصه‌های مختلف را اندازه‌گیری می‌کند به کار می‌رود. ضریب آلفای کرانباخ بین صفر و یک است که در واقع همان ضریب همبستگی داده‌ها در زمان‌های مختلف می‌باشد. عدد یک، حداکثر همبستگی و عدد صفر، حداقل همبستگی را نشان می‌دهد (حافظ نیا، ۱۳۸۱).

در این‌گونه ابزار، پاسخ هر سوال می‌تواند مقادیر عددی مختلف را اختیار کند. برای محاسبه ضریب آلفای کرانباخ ابتدا باید واریانس نمره‌های هر زیر مجموعه سوال‌های پرسش‌نامه (یا زیر آزمون) و واریانس کل را محاسبه و سپس با استفاده از فرمول زیر مقدار ضریب آلفا را محاسبه کرد:

$$r_{\alpha} = \frac{J}{J-1} \left( 1 - \frac{\sum S_j^2}{S^2} \right)$$

$J$ : تعداد پرسش‌ها

$S_j^2$ : واریانس زیر آزمون  $J$ ام

$S^2$ : واریانس کل آزمون

هر قدر عدد به دست آمده به ۱ نزدیک باشد، بیانگر قابلیت اعتماد بیشتر پرسش‌نامه است. قابل ذکر است که ضریب آلفای کمتر از ۰/۶ معمولاً ضعیف تلقی می‌شود، دامنه ۰/۶ تا ۰/۷ قابل قبول و بیش از ۰/۷ خوب تلقی می‌شود و مشخص است هر چقدر ضریب اعتماد به عدد یک نزدیک‌تر باشد، بهتر است.

بدین منظور ابتدا یک نمونه اولیه شامل ۳۰ پرسش‌نامه پیش آزمون گردید و سپس با استفاده از داده‌های به دست آمده از این پرسش‌نامه‌ها و به کمک نرم افزار آماری SPSS، میزان ضریب اعتماد با روش آلفای کرانباخ برای این ابزار محاسبه شد که در ادامه، جدول مقادیر آلفای کرانباخ برای هر کدام از ابعاد آورده شده است.

<sup>5</sup>Cronbach 's Alpha

با توجه به موارد فوق الذکر برای هر کدام از ابعاد مدل مورد بررسی آلفای کرونباخ محاسبه شده که نتایج آن در جدول شماره ۳-۳ آورده شده است.

با توجه به جدول ۳-۳ و ستون مربوط به ضرایب آلفای کرونباخ، ملاحظه می‌شود که تمام ابعاد مورد بررسی دارای آلفای مورد قبول بوده و ضریب اعتماد قابل قبولی دارند.

**جدول ۳-۳ ضرایب آلفای کرونباخ برای هر کدام از ابعاد مورد بررسی دو پرسشنامه**

| متغیرهای تحقیق                  | ضریب آلفا |
|---------------------------------|-----------|
| رضایت از خدمات پزشکی خانواده    | ۰/۹۰۷     |
| رضایت از خدمات ماما             | ۰/۷۴۶     |
| رضایت از خدمات داروخانه         | ۰/۷۰۲     |
| رضایت از خدمات تصویربرداری      | ۰/۸۰۱     |
| رضایت از آزمایشگاه              | ۰/۷۲۳     |
| رضایت از وضعیت ارجاع            | ۰/۸۰۵     |
| رضایت از تزریقات                | ۰/۷۱۴     |
| رضایت از مراجعه اورژانسی        | ۰/۷۰۵     |
| رضایت از دفترچه بیمه سلامت      | ۰/۸۱۲     |
| رضایت از وضعیت فعلی نسبت به قبل | ۰/۷۱۶     |
| رضایت از حقوق و مزایا           | ۰/۸۱۳     |
| رضایت از امکان ارائه خدمات      | ۰/۸۵۶     |
| رضایت از وضعیت بیتوته           | ۰/۷۷۹     |

### ۳-۶- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌هایی که از پرسش‌نامه جمع‌آوری می‌شود در قالب جداول آماری سازماندهی و سپس شاخص‌های گرایش به مراکز و پراکندگی آن محاسبه می‌شود. پس از توصیف مشخصه‌های نمونه مورد بررسی، طبقه‌بندی، کدگذاری و خلاصه سازی انجام گشته و آماره‌های نمونه محاسبه شده و برای آنالیز آماری داده‌های بدست آمده، از نرم افزار آماری SPSS.22 استفاده شده است.

لازم به ذکر است برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، بررسی وضعیت رضایت از متغیرهای اصلی تحقیق (پاسخ به سوالات) از آزمون تی تک نمونه‌ای و نهایتاً مقایسات در بین ۴ استان از آزمون آنالیز واریانس استفاده شده است.

# فصل چهارم

## تجزیه و تحلیل داده‌ها

## ۴-۱- مقدمه

در این فصل با توجه به مطالب بیان شده در فصول قبلی، داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند. در تجزیه و تحلیل تحقیق حاضر یک بُعد کمی وجود دارد که محاسبات آماری خاص است و یک بُعد کیفی که تحلیل‌ها، استدلال‌ها و استنتاج‌هایی است که بر نتایج به دست آمده از محاسبات آماری صورت می‌گیرد. تا بتوان نتایج حاصل از مشاهدات در نمونه انتخابی را به جامعه آماری مورد نظر تعمیم داد.

در تحقیق حاضر، ابتدا اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها استخراج گردیده، سپس کلیه اطلاعات با استفاده از نرم-افزار آماری SPSS.22 در بخش آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند.

در بخش تجزیه و تحلیل، با استفاده از آمار استنباطی، فرضیه‌های تحقیق آزمون شده و در مورد تایید یا رد آنها تصمیم‌گیری خواهد شد.

## ۴-۲- آمار توصیفی

در این بخش اطلاعات مربوط به مشخصات فردی پاسخگویان مورد بررسی قرار می‌گیرد.

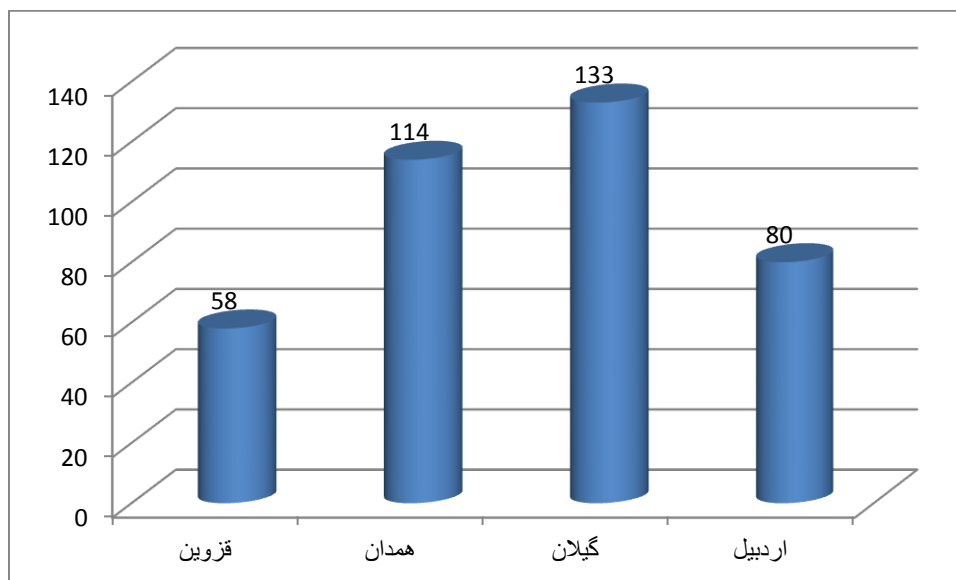
## ۴-۲-۱- اطلاعات جمعیت شناختی مراجعین (بیماران)

تعداد ۳۸۵ پرسشنامه صحیح و مورد استفاده از جامعه مراجعین (بیماران مراجعه کننده به مراکز بیمه سلامت) در چهار استان قزوین، همدان، گیلان و اردبیل بدست آمد که نتایج آمار توصیفی این جامعه به شرح زیر است.

استان: با توجه به جدول ۴-۱ در مورد استان مورد بررسی تعداد ۵۸ نفر معادل ۱۵/۱ درصد از استان قزوین، ۱۱۴ نفر معادل ۲۹/۶ درصد از استان همدان، ۱۳۳ نفر معادل ۳۴/۵ درصد از استان گیلان و ۸۰ نفر معادل ۲۰/۸ درصد از استان اردبیل بوده‌اند.

جدول ۱-۴ توزیع فراوانی نمونه پژوهش بر حسب استان (مراجعه)

| استان  | تعداد | درصد  |
|--------|-------|-------|
| قزوین  | ۵۸    | ۱۵/۱  |
| همدان  | ۱۱۴   | ۲۹/۶  |
| گیلان  | ۱۳۳   | ۳۴/۵  |
| اردبیل | ۸۰    | ۲۰/۸  |
| مجموع  | ۳۸۵   | ۱۰۰/۰ |

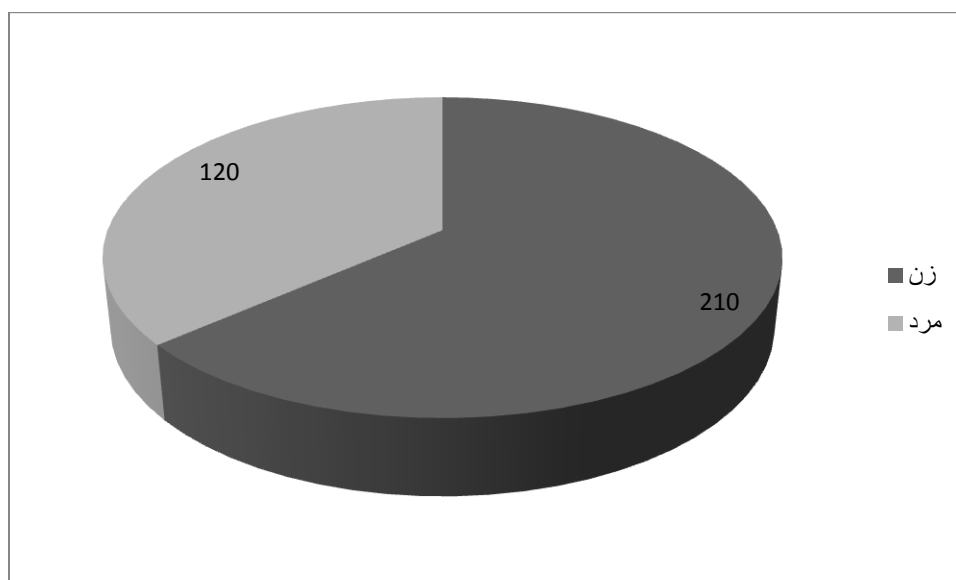


نمودار ۱-۴ توصیف نمونه پژوهش بر حسب استان (مراجعه)

جنسیت: با توجه به جدول ۲-۴ از مجموع ۳۸۵ نفر نمونه پژوهش اکثریت افراد یعنی ۲۱۰ نفر (۶۳/۶ درصد) زن و در مقابل ۱۲۰ نفر معادل ۳۶/۴ درصد مرد بوده‌اند. همچنین ۵۵ نفر به این سوال پاسخ نداده‌اند.

جدول ۲-۴ توزیع فراوانی نمونه پژوهش بر حسب جنسیت (مراجعه)

| جنسیت     | تعداد | درصد  |
|-----------|-------|-------|
| زن        | ۲۱۰   | ۶۳/۶  |
| مرد       | ۱۲۰   | ۳۶/۴  |
| بدون پاسخ | ۵۵    |       |
| مجموع     | ۳۸۵   | ۱۰۰/۰ |



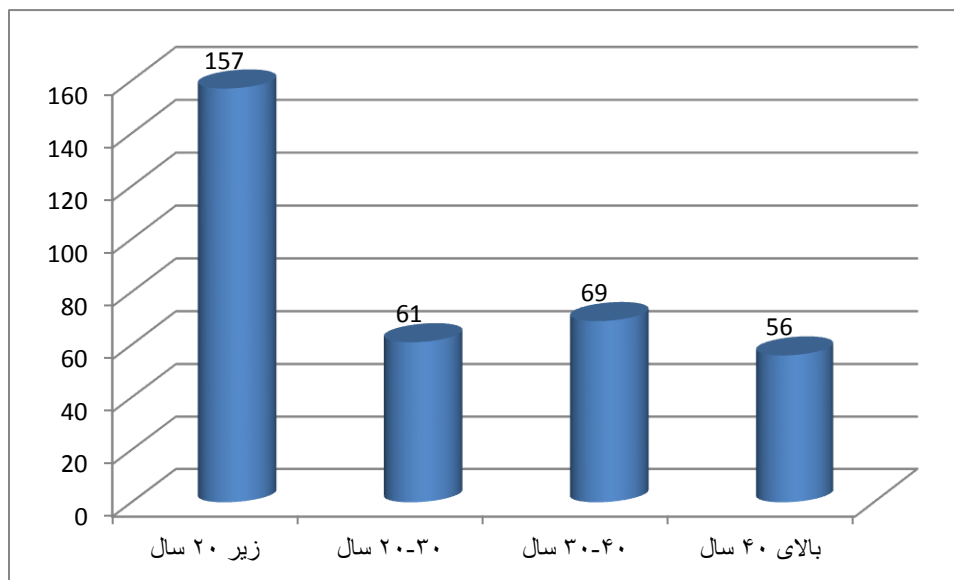
نمودار ۲-۴ توصیف نمونه پژوهش بر حسب جنسیت (مراجعه)

سن: با توجه به جدول ۳-۴ از مجموع ۳۸۵ نفر نمونه پژوهش بیشترین فراوانی سن مربوط به بازه سنی زیر ۲۰ سال با ۱۵۷ نفر معادل ۴۵/۸ درصد و کمترین فراوانی مربوط به بازه سنی بالای ۴۰ سال با ۵۶ نفر معادل ۱۶/۳ درصد بوده است. همچنین ۴۲ نفر به این سوال پاسخ نداده‌اند.

جدول ۳-۴ توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب سن (مراجعه)



| سن           | تعداد | درصد  |
|--------------|-------|-------|
| زیر ۲۰ سال   | ۱۵۷   | ۴۵/۸  |
| ۲۰-۳۰ سال    | ۶۱    | ۱۷/۸  |
| ۳۰-۴۰ سال    | ۶۹    | ۲۰/۱  |
| بالای ۴۰ سال | ۵۶    | ۱۶/۳  |
| بدون پاسخ    | ۴۲    |       |
| مجموع        | ۳۸۵   | ۱۰۰/۰ |

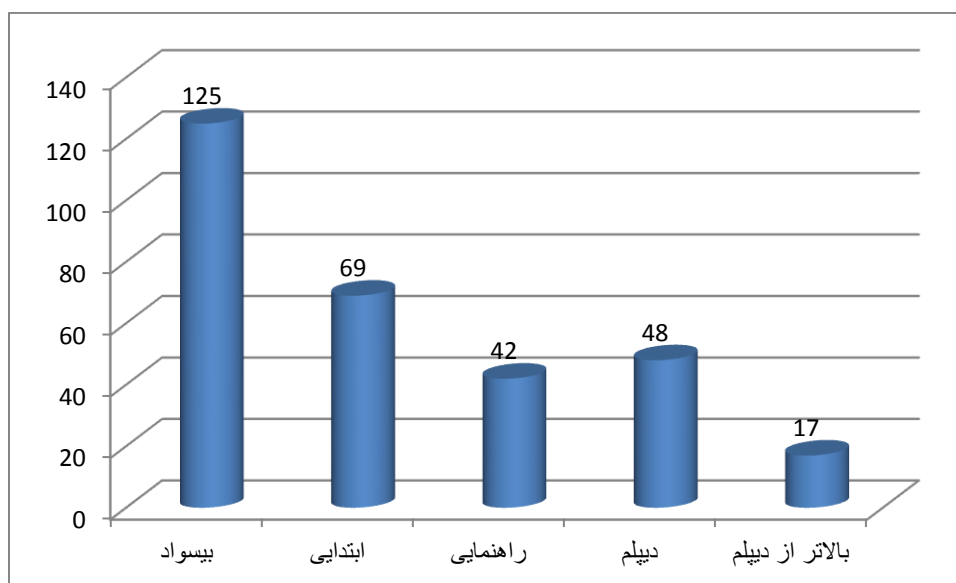


نمودار ۳-۴ توصیف نمونه پژوهش بر حسب سن (مراجعه)

**سطح تحصیلات:** با توجه به جدول ۴-۴ از مجموع ۳۸۵ نفر نمونه پژوهش اکثریت افراد یعنی ۱۲۵ نفر معادل ۴۱/۵ درصد بیسواد پس از آن ۶۹ نفر معادل ۲۲/۹ درصد در سطح ابتدایی، ۴۸ نفر معادل ۱۵/۹ درصد در سطح دیپلم، ۴۲ نفر معادل ۱۴/۰ درصد در سطح راهنمایی و نهایتاً ۱۷ نفر معادل ۵/۶ درصد بالاتر از دیپلم بوده‌اند. همچنین ۸۴ نفر به این سوال پاسخ نداده است.

جدول ۴-۴ توزیع فراوانی نمونه پژوهش بر حسب سطح تحصیلات (مراجعه)

| تحصیلات        | تعداد | درصد  |
|----------------|-------|-------|
| بیسواد         | ۱۲۵   | ۴۱/۵  |
| ابتدایی        | ۶۹    | ۲۲/۹  |
| راهنمایی       | ۴۲    | ۱۴/۰  |
| دیپلم          | ۴۸    | ۱۵/۹  |
| بالتر از دیپلم | ۱۷    | ۵/۶   |
| بدون پاسخ      | ۸۴    |       |
| مجموع          | ۳۸۵   | ۱۰۰/۰ |

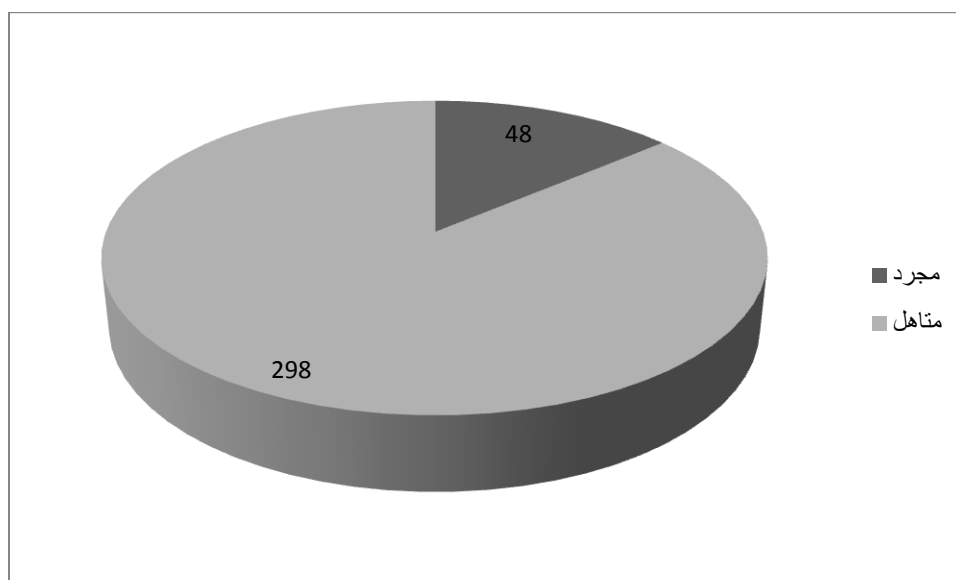


نمودار ۴-۴ توصیف نمونه پژوهش بر حسب سطح تحصیلات (مراجعه)

تاهل: با توجه به جدول ۴-۵ از مجموع ۳۸۵ نفر نمونه پژوهش اکثریت افراد یعنی ۲۹۸ نفر (۸۶/۱ درصد) متاهل و در مقابل ۴۸ نفر معادل ۱۳/۹ درصد مجرد بوده‌اند. همچنین ۳۹ نفر به این سوال پاسخ نداده‌اند.

جدول ۴-۵ توزیع فراوانی نمونه پژوهش بر حسب تاهل (مراجعه)

| تاهل      | تعداد | درصد  |
|-----------|-------|-------|
| مجرد      | ۴۸    | ۱۳/۹  |
| متاهل     | ۲۹۸   | ۸۶/۱  |
| بدون پاسخ | ۳۹    |       |
| مجموع     | ۳۸۵   | ۱۰۰/۰ |

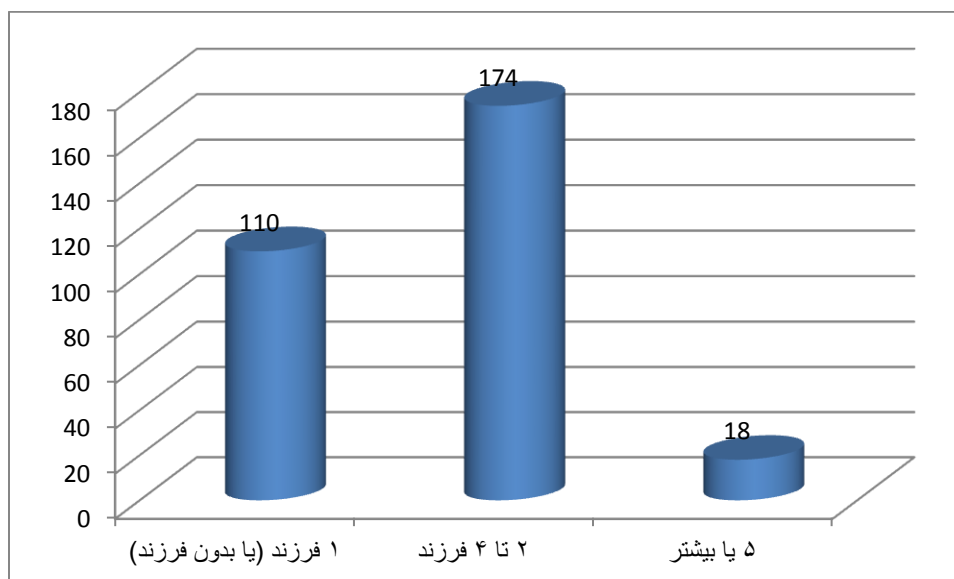


#### نمودار ۴-۵ توصیف نمونه پژوهش بر حسب تاهل (مراجعه)

تعداد فرزندان: با توجه به جدول ۴-۶ از مجموع ۳۸۵ نفر نمونه پژوهش بیشترین فراوانی تعداد مربوط به ۲ تا ۴ فرزندان با ۱۷۴ نفر معادل ۵۷/۶ درصد و کمترین فراوانی مربوط به بیش از ۵ فرزندان با ۱۸ نفر معادل ۶/۰ درصد بوده است. همچنین ۸۳ نفر به این سوال پاسخ نداده‌اند.

#### جدول ۴-۶ توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب تعداد فرزندان (مراجعه)

| تعداد فرزند             | تعداد | درصد  |
|-------------------------|-------|-------|
| ۱ فرزند (یا بدون فرزند) | ۱۱۰   | ۳۶/۴  |
| ۲ تا ۴ فرزند            | ۱۷۴   | ۵۷/۶  |
| ۵ یا بیشتر              | ۱۸    | ۶/۰   |
| بدون پاسخ               | ۸۳    |       |
| مجموع                   | ۳۸۵   | ۱۰۰/۰ |



نمودار ۴-۶ توصیف نمونه پژوهش بر حسب تعداد فرزند (مراجعه)

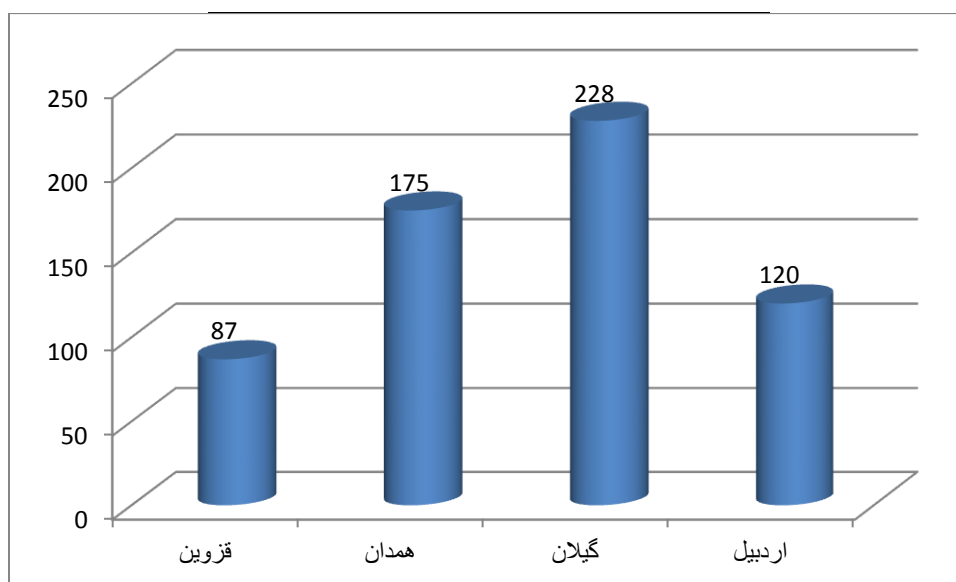
#### ۴-۲-۲- اطلاعات جمعیت شناختی ارائه دهندگان خدمات

تعداد ۶۱۰ پرسشنامه صحیح و مورد استفاده از جامعه ارائه دهندگان خدمات بدست آمد که نتایج آمار توصیفی این جامعه به شرح زیر است.

استان: با توجه به جدول ۴-۷ در مورد استان مورد بررسی تعداد ۸۷ نفر معادل ۱۴/۳ درصد از استان قزوین، ۱۷۵ نفر معادل ۲۸/۷ درصد از استان همدان، ۲۲۸ نفر معادل ۳۷/۴ درصد از استان گیلان و ۱۲۰ نفر معادل ۱۹/۷ درصد از استان اردبیل بوده‌اند.

جدول ۷-۴ توزیع فراوانی نمونه پژوهش بر حسب استان (ارائه دهندگان خدمات)

| استان  | تعداد | درصد  |
|--------|-------|-------|
| قزوین  | ۸۷    | ۱۴/۳  |
| همدان  | ۱۷۵   | ۲۸/۷  |
| گیلان  | ۲۲۸   | ۳۷/۴  |
| اردبیل | ۱۲۰   | ۱۹/۷  |
| مجموع  | ۶۱۰   | ۱۰۰/۰ |



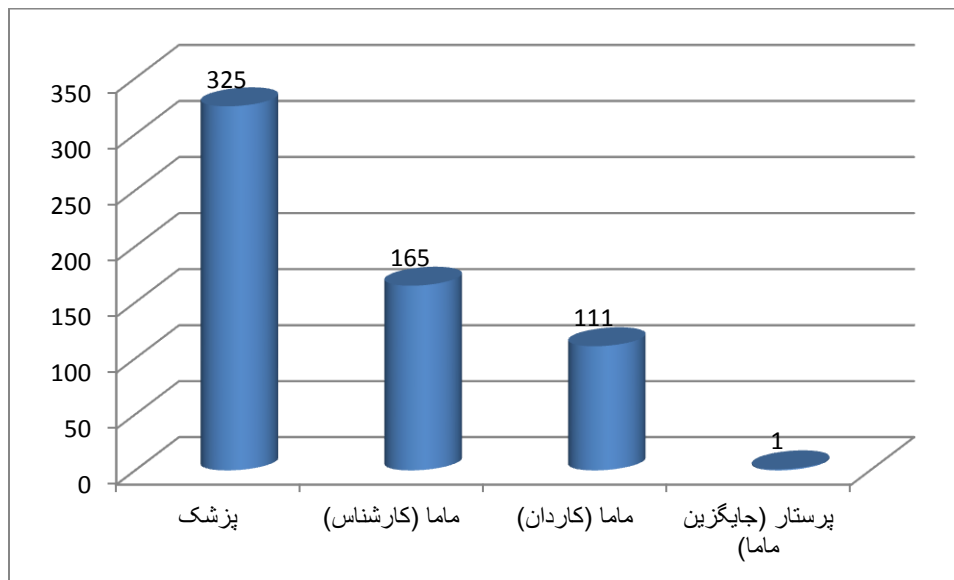
نمودار ۷-۴ توصیف نمونه پژوهش بر حسب استان (ارائه دهندگان خدمات)

سمت: با توجه به جدول ۸-۴ در مورد سمت افراد تعداد ۳۲۵ نفر معادل ۵۳/۹ درصد پزشک، ۱۶۵ نفر معادل ۲۷/۵ درصد ماما (کارشناس)، ۱۱۱ نفر معادل ۱۸/۴ درصد ماما (کاردان) و ۱ نفر معادل ۰/۲ درصد پرستار جایگزین ماما بوده‌اند. همچنین ۷ نفر به این سوال پاسخ نداده‌اند.

جدول ۸-۴ توزیع فراوانی نمونه پژوهش بر حسب سمت (ارائه دهندگان خدمات)

| سمت  | تعداد | درصد |
|------|-------|------|
| پزشک | ۳۲۵   | ۵۳/۹ |

|       |     |                       |
|-------|-----|-----------------------|
| ۲۷/۵  | ۱۶۵ | ماما (کارشناس)        |
| ۱۸/۴  | ۱۱۱ | ماما (کاردان)         |
| ۰/۲   | ۱   | پرستار (جایگزین ماما) |
|       | ۷   | بدون پاسخ             |
| ۱۰۰/۰ | ۶۱۰ | مجموع                 |



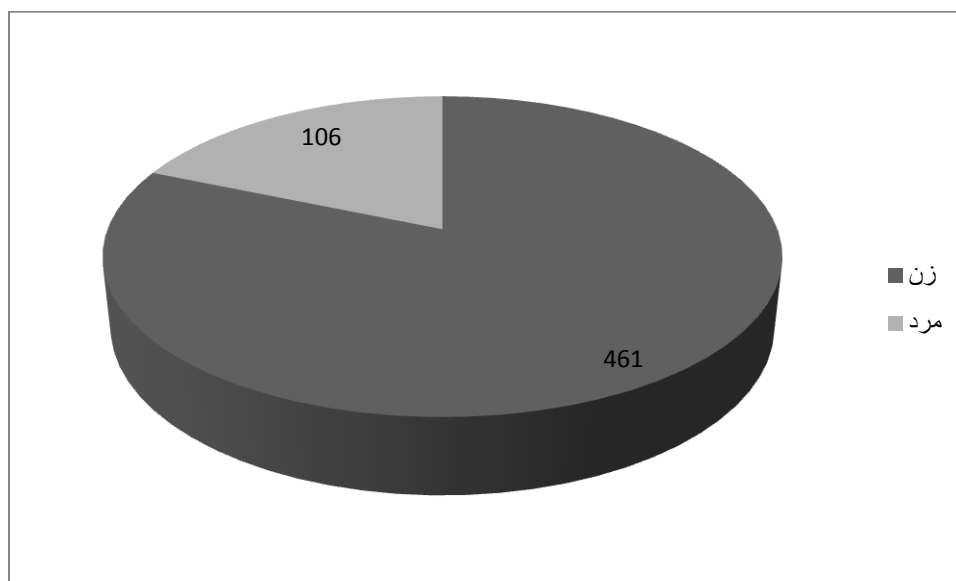
نمودار ۴-۸ توصیف نمونه پژوهش بر حسب سمت (ارائه دهندگان خدمات)

جنسیت: با توجه به جدول ۴-۹ از مجموع ۶۱۰ نفر نمونه پژوهش اکثریت افراد یعنی ۴۶۱ نفر (۸۱/۳ درصد) زن در مقابل ۱۰۶ نفر معادل ۱۸/۷ درصد مرد بوده‌اند. همچنین ۴۲ نفر به این سوال پاسخ نداده‌اند.

جدول ۴-۹ توزیع فراوانی نمونه پژوهش بر حسب جنسیت (ارائه دهندگان خدمات)

| جنسیت | تعداد | درصد |
|-------|-------|------|
| زن    | ۴۶۱   | ۸۱/۳ |

|       |     |           |
|-------|-----|-----------|
| ۱۸/۷  | ۱۰۶ | مرد       |
|       | ۴۲  | بدون پاسخ |
| ۱۰۰/۰ | ۶۱۰ | مجموع     |



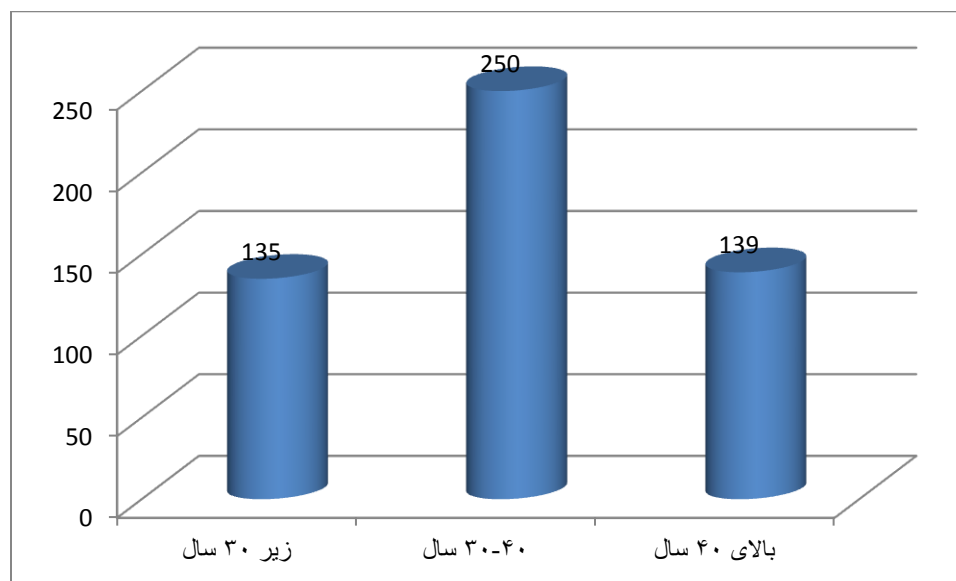
#### نمودار ۴-۹ توصیف نمونه پژوهش بر حسب جنسیت (ارائه دهندگان خدمات)

سن: با توجه به جدول ۴-۱۰ از مجموع ۶۱۰ نفر نمونه پژوهش بیشترین فراوانی سن مربوط به بازه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال با ۲۵۰ نفر معادل ۴۷/۷ درصد و کمترین فراوانی مربوط به بازه سنی کمتر از ۳۰ سال با ۱۳۵ نفر معادل ۲۵/۸ درصد بوده است. همچنین ۸۶ نفر به این سوال پاسخ نداده‌اند.

#### جدول ۴-۱۰ توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب سن (ارائه دهندگان خدمات)

| سن         | تعداد | درصد |
|------------|-------|------|
| زیر ۳۰ سال | ۱۳۵   | ۲۵/۸ |

|       |     |              |
|-------|-----|--------------|
| ۴۷/۷  | ۲۵۰ | ۳۰-۴۰ سال    |
| ۲۶/۵  | ۱۳۹ | بالای ۴۰ سال |
|       | ۸۶  | بدون پاسخ    |
| ۱۰۰/۰ | ۶۱۰ | مجموع        |



نمودار ۴-۱۰ توصیف نمونه پژوهش بر حسب سن (ارائه دهندگان خدمات)

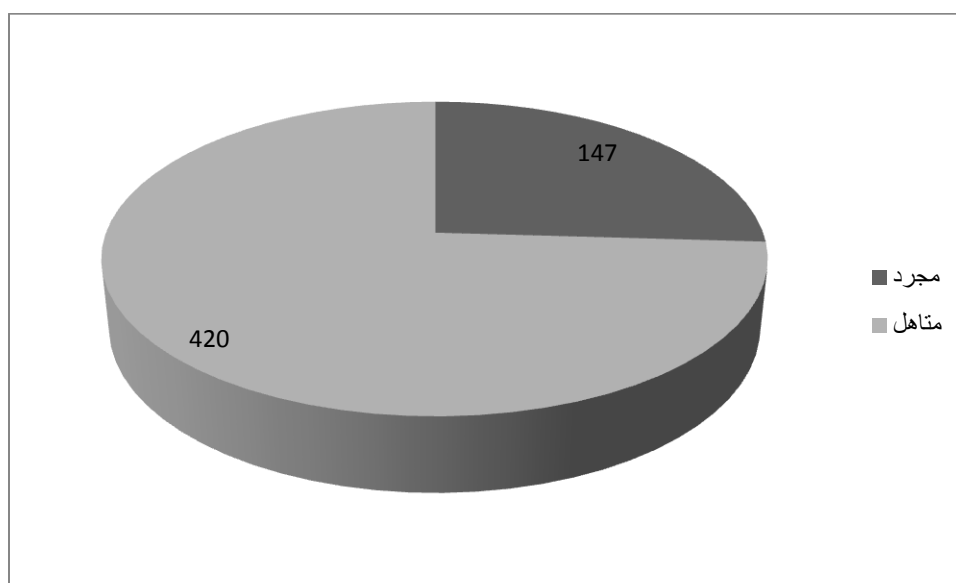
**تاهل:** با توجه به جدول ۴-۱۱ از مجموع ۶۱۰ نفر نمونه پژوهش اکثریت افراد یعنی ۴۲۰ نفر (۶۸/۷ درصد) متاهل و در مقابل ۱۴۷ نفر معادل ۲۴/۹ درصد مجرد بوده‌اند. همچنین ۴۳ نفر به این سوال پاسخ نداده‌اند.

جدول ۴-۱۱ توزیع فراوانی نمونه پژوهش بر حسب تاهل (ارائه دهندگان خدمات)

| تاهل | تعداد | درصد |
|------|-------|------|
| مجرد | ۱۴۷   | ۲۴/۹ |



|           |     |       |
|-----------|-----|-------|
| متاهل     | ۴۲۰ | ۷۴/۱  |
| بدون پاسخ | ۴۳  |       |
| مجموع     | ۶۱۰ | ۱۰۰/۰ |



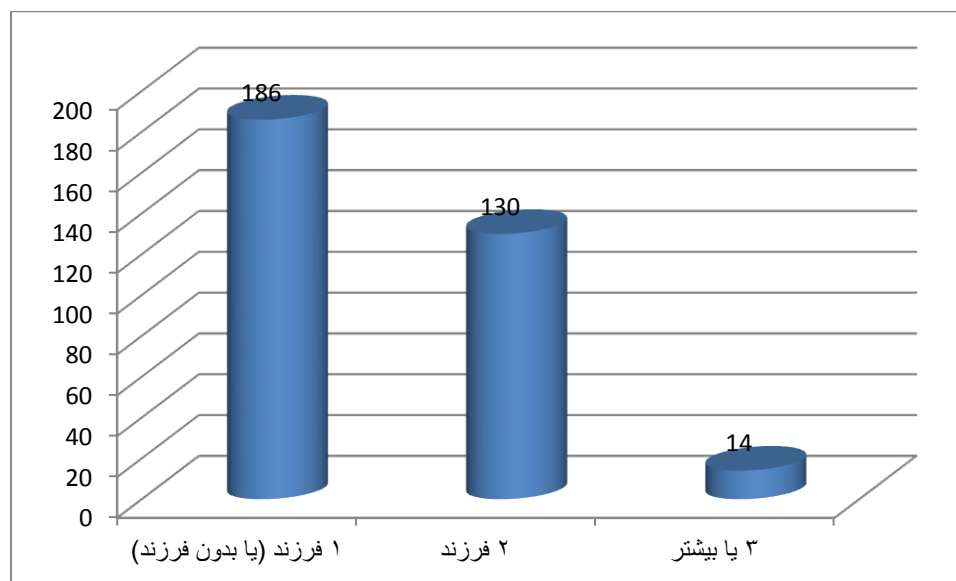
نمودار ۴-۱۱ توصیف نمونه پژوهش بر حسب تاهل (ارائه دهندگان خدمات)

تعداد فرزندان: با توجه به جدول ۴-۱۲ از مجموع ۶۱۰ نفر نمونه پژوهش بیشترین فراوانی تعداد فرزندان مربوط ۱ یا هیچ فرزند با ۱۸۶ نفر معادل ۵۶/۴ درصد و کمترین فراوانی مربوط به بیش از ۳ فرزند با ۱۴ نفر معادل ۴/۲ درصد بوده است. همچنین ۲۸۰ نفر به این سوال پاسخ نداده‌اند.

جدول ۴-۱۲ توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب تعداد فرزندان (ارائه دهندگان خدمات)

| تعداد فرزندان           | تعداد | درصد |
|-------------------------|-------|------|
| ۱ فرزند (یا بدون فرزند) | ۱۸۶   | ۵۶/۴ |

|       |     |            |
|-------|-----|------------|
| ۳۹/۴  | ۱۳۰ | ۲ فرزند    |
| ۴/۲   | ۱۴  | ۳ یا بیشتر |
|       | ۲۸۰ | بدون پاسخ  |
| ۱۰۰/۰ | ۶۱۰ | مجموع      |



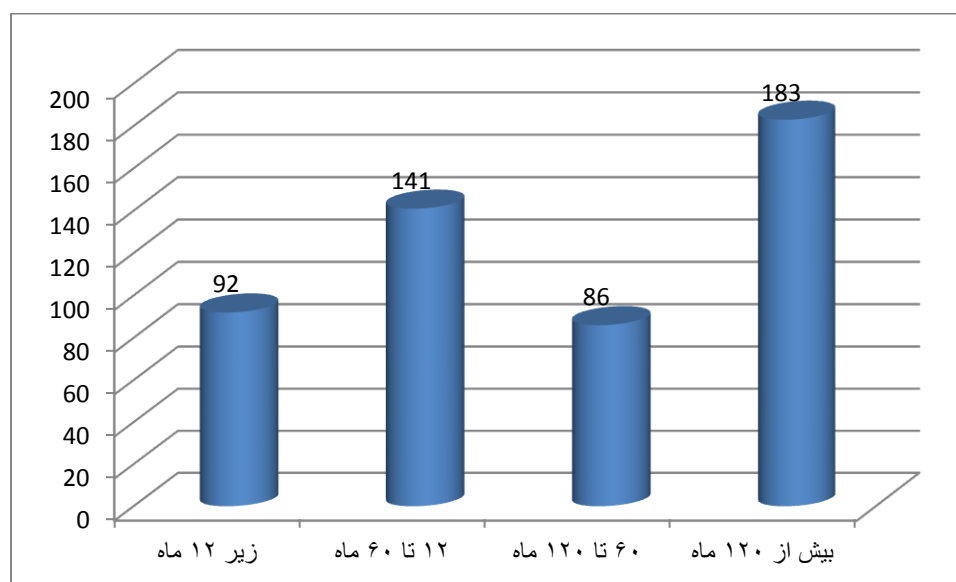
نمودار ۴-۱۲ توصیف نمونه پژوهش بر حسب تعداد فرزند (ارائه دهندگان خدمات)

سابقه: با توجه به جدول ۴-۱۳ از مجموع ۶۱۰ نفر نمونه پژوهش بیشترین فراوانی سابقه کاری مربوط به بازه بیش از ۱۲۰ ماه با ۱۸۳ نفر معادل ۳۶/۵ درصد و کمترین فراوانی مربوط سابقه کاری بین ۶۰ تا ۱۲۰ ماه با ۸۶ نفر معادل ۱۷/۱ درصد بوده است. همچنین ۱۰۸ نفر به این سوال پاسخ نداده‌اند.

جدول ۴-۱۳ توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب سابقه (ارائه دهندگان خدمات)

| سابقه      | تعداد | درصد |
|------------|-------|------|
| زیر ۱۲ ماه | ۹۲    | ۱۸/۳ |

|       |     |                |
|-------|-----|----------------|
| ۲۸/۱  | ۱۴۱ | ۱۲ تا ۶۰ ماه   |
| ۱۷/۱  | ۸۶  | ۶۰ تا ۱۲۰ ماه  |
| ۳۶/۵  | ۱۸۳ | بیش از ۱۲۰ ماه |
|       | ۱۰۸ | بدون پاسخ      |
| ۱۰۰/۰ | ۶۱۰ | مجموع          |



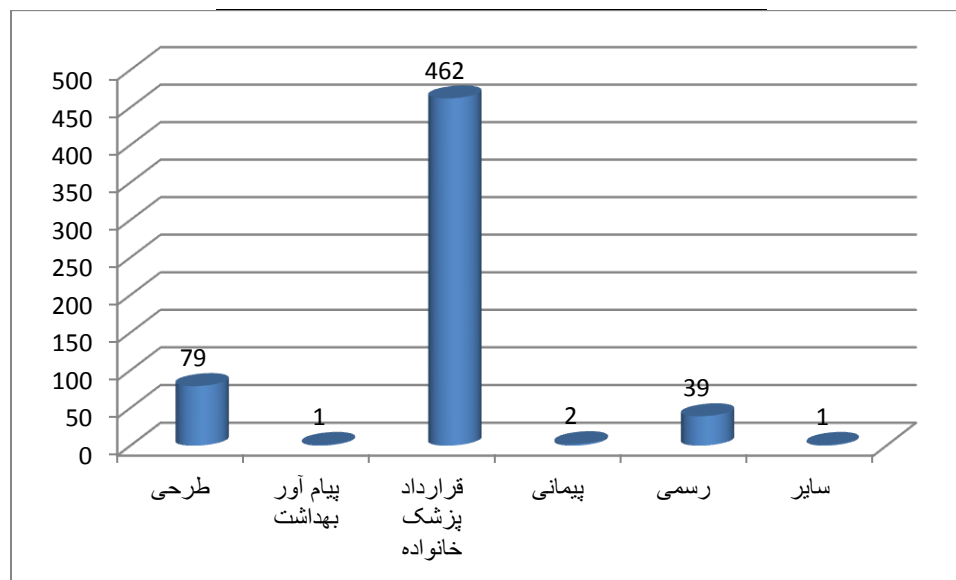
نمودار ۴-۱۳ توصیف نمونه پژوهش بر حسب سابقه (ارائه دهندگان خدمات)

وضعیت استخدامی: با توجه به جدول ۴-۱۴ از مجموع ۶۱۰ نفر نمونه پژوهش بیشترین فراوانی نوع استخدام مربوط به قرارداد پزشک خانواده با ۴۶۲ نفر معادل ۷۹/۱ درصد بوده است. همچنین ۲۶ نفر به این سوال پاسخ نداده‌اند.

جدول ۴-۱۴ توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب وضعیت استخدامی (ارائه دهندگان خدمات)

| وضعیت استخدامی | تعداد | درصد |
|----------------|-------|------|
| طرحی           | ۷۹    | ۱۳/۵ |

|                      |     |       |
|----------------------|-----|-------|
| پیام آور بهداشت      | ۱   | ۰/۲   |
| قرارداد پزشک خانواده | ۴۶۲ | ۷۹/۱  |
| پیمانی               | ۲   | ۰/۳   |
| رسمی                 | ۳۹  | ۶/۷   |
| سایر                 | ۱   | ۰/۲   |
| بدون پاسخ            | ۲۶  |       |
| مجموع                | ۳۸۵ | ۱۰۰/۰ |



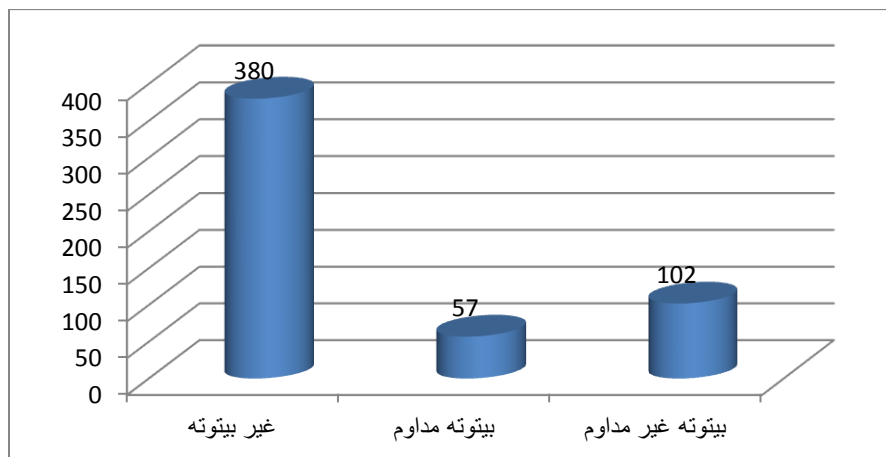
نمودار ۴-۱۴ توصیف نمونه پژوهش بر حسب وضعیت استخدامی (ارائه دهندگان خدمات)

وضعیت سکونت: با توجه به جدول ۴-۱۵ از مجموع ۶۱۰ نفر نمونه پژوهش بیشترین فراوانی سکونت مربوط به غیر بیتوته‌ها با ۳۸۰ نفر معادل ۷۰/۵ درصد و کمترین فراوانی مربوط بیتوته مداوم با ۵۷ نفر معادل ۱۰/۶ درصد بوده است. همچنین ۷۱ نفر به این سوال پاسخ نداده‌اند.

جدول ۴-۱۵ توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب وضعیت سکونت (ارائه دهندگان خدمات)

| وضعیت سکونت | تعداد | درصد |
|-------------|-------|------|
| غیر بیتوته  | ۳۸۰   | ۷۰/۵ |

|       |     |                  |
|-------|-----|------------------|
| ۱۰/۶  | ۵۷  | بیتوته مداوم     |
| ۱۸/۹  | ۱۰۲ | بیتوته غیر مداوم |
|       | ۷۱  | بدون پاسخ        |
| ۱۰۰/۰ | ۶۱۰ | مجموع            |



نمودار ۴-۱۵ توصیف نمونه پژوهش بر حسب وضعیت سکونت (ارائه دهندگان خدمات)

#### ۴-۲-۳- توصیف سوالات اصلی پرسشنامه ها

در این بخش اطلاعات توصیفی مربوط به پاسخگویی افراد به سوالات اصلی پرسشنامه‌های مراجعین و همچنین ارائه دهندگان خدمات مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌گیرد.

#### ۴-۲-۳-۱- توصیف شاخص‌های پرسشنامه‌های مراجعین (بیماران)

با توجه به جدول ۴-۱۶ و نحوه پاسخگویی افراد به سوالات رضایت از خدمات پزشک خانواده، ملاحظه می‌شود که شاخص "چقدر از وضعیت حفظ اسرار راضی هستید." با میانگین ۴/۶۷ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص "چقدر از فاصله‌ای که طی می‌نمایید تا به محل ارائه خدمت برسید راضی هستید." با ۴/۰۶ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده‌اند.

#### جدول ۴-۱۶ درصد فراوانی پاسخ‌دهی کیفی به شاخص‌های رضایت از خدمات پزشک خانواده

| شاخص   | بسیار زیاد | زیاد  | متوسط | کم   | خیلی کم | میانگین |
|--|------------|-------|-------|------|---------|---------|
| چقدر از کاربرد دفترچه بیمه روستایی برای مراجعه | ٪۴۸/۰      | ٪۲۶/۹ | ٪۲۰/۱ | ٪۴/۲ | ٪۰/۸    | ۴/۱۷    |

|                            |      |      |       |       |       |   |
|----------------------------|------|------|-------|-------|-------|---|
| به پزشک خانواده راضی هستید |      |      |       |       |       |   |
| ۴/۰۶                       | %۲/۱ | %۸/۲ | %۱۹/۵ | %۲۱/۳ | %۴۸/۹ | چقدر از فاصله‌ای که طی می‌نمایید تا به محل ارائه خدمت برسید راضی هستید    |
| ۴/۳۰                       | %۱/۳ | %۲/۴ | %۱۳/۲ | %۳۰/۲ | %۵۲/۹ | چقدر از ساعات ارائه خدمات پزشک خانواده توسط مرکز راضی هستید               |
| ۴/۲۳                       | %۰/۳ | %۴/۷ | %۱۷/۱ | %۲۸/۶ | %۴۹/۳ | چقدر از نور و تهویه محیط ارائه خدمت راضی هستید                            |
| ۴/۲۸                       | %۰/۶ | %۲/۹ | %۱۵/۵ | %۳۱/۳ | %۴۹/۷ | چقدر از بهداشت و نظافت محیط ارائه خدمت راضی هستید                         |
| ۴/۱۶                       | %۱/۳ | %۲/۹ | %۱۷/۴ | %۳۴/۷ | %۴۳/۷ | چقدر از مدت زمان انتظار برای ورود به اتاق معاینه راضی هستید               |
| ۴/۴۰                       | %۱/۱ | %۴/۰ | %۸/۷  | %۲۶/۲ | %۶۰/۱ | چقدر از خصوصی بودن محل معاینه راضی هستید                                  |
| ۴/۴۱                       | %۱/۸ | %۱/۶ | %۹/۲  | %۲۷/۸ | %۵۹/۶ | چقدر از توضیحات پزشک در مورد بیماری و روش درمان راضی هستید                |
| ۴/۴۲                       | %۰/۵ | %۴/۲ | %۷/۱  | %۲۹/۳ | %۵۸/۹ | چقدر از فرصت جهت پرسیدن سوالات خود از پزشک راضی هستید                     |
| ۴/۳۷                       | %۱/۶ | %۳/۷ | %۶/۸  | %۳۱/۱ | %۵۶/۸ | چقدر از ارائه پاسخ پزشک به سوالات شما راضی هستید                          |
| ۴/۵۴                       | %۰/۵ | %۱/۳ | %۷/۹  | %۲۳/۹ | %۶۶/۴ | چقدر از رعایت احترام توسط پزشک راضی هستید                                 |
| ۴/۶۷                       | %۰/۵ | %۰/۸ | %۳/۹  | %۲۰/۲ | %۷۴/۵ | چقدر از وضعیت حفظ اسرار راضی هستید  |
| ۴/۴۰                       | %۲/۴ | %۵/۶ | %۷/۲  | %۱۹/۱ | %۶۵/۸ | چقدر از تطابق جنسی پزشک راضی هستید  |
| ۴/۶۲                       | %۰/۰ | %۱/۶ | %۵/۰  | %۲۲/۶ | %۷۰/۹ | چقدر از هزینه معاینه (ویزیت) راضی هستید                                   |
| ۴/۴۲                       | %۱/۳ | %۲/۷ | %۱۱/۴ | %۲۱/۸ | %۶۲/۹ | چقدر از ثابت بودن پزشک مرکز راضی هستید                                    |
| ۴/۳۷                       | %۰/۸ | %۴/۰ | %۹/۶  | %۲۸/۵ | %۵۷/۱ | به طور کلی چقدر از خدماتی که توسط پزشک ارائه می‌شود راضی هستید            |
| ۴/۳۳                       | %۱/۱ | %۳/۰ | %۱۰/۴ | %۳۱/۸ | %۵۳/۷ | نوبت قبلی که به پزشک خانواده مراجعه نمودید چقدر از نتیجه درمان راضی بودید |

با توجه به جدول ۴-۱۷ و نحوه پاسخگویی افراد به سوالات رضایت از خدمات ماما، ملاحظه می‌شود که شاخص " چقدر از رعایت احترام توسط ماما راضی هستید." با میانگین ۴/۴۵ دارای بالاترین نمره (بیشترین

رضایت) و شاخص " چقدر از مدت زمان انتظار برای ورود به اتاق معاینه راضی هستید." با ۴/۰۹ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده‌اند.

#### جدول ۴-۱۷ درصد فراوانی پاسخ‌دهی کیفی به شاخص‌های رضایت از خدمات ماما

| شاخص   | بسیار زیاد | زیاد  | متوسط | کم   | خیلی کم | میانگین |
|--|------------|-------|-------|------|---------|---------|
| چقدر از مدت زمان انتظار برای ورود به اتاق معاینه راضی هستید    | ٪۴۳/۰      | ٪۳۲/۰ | ٪۱۸/۴ | ٪۴/۹ | ٪۱/۶    | ۴/۰۹    |
| چقدر از خصوصی بودن محل معاینه راضی هستید                       | ٪۵۶/۸      | ٪۳۲/۸ | ٪۸/۳  | ٪۱/۷ | ٪۰/۴    | ۴/۴۳    |
| چقدر از توضیحات ماما در مورد بیماری و روش درمان راضی هستید     | ٪۵۵/۸      | ٪۲۷/۵ | ٪۱۵/۰ | ٪۱/۳ | ٪۰/۴    | ۴/۳۶    |
| چقدر از فرصت جهت پرسیدن سوالات خودتان از ماما راضی هستید       | ٪۵۵/۹      | ٪۲۹/۷ | ٪۱۲/۳ | ٪۱/۷ | ٪۰/۴    | ۴/۳۸    |
| چقدر از ارائه پاسخ ماما به سوالات شما راضی هستید               | ٪۵۹/۷      | ٪۲۴/۲ | ٪۱۳/۰ | ٪۲/۶ | ٪۰/۴    | ۴/۴۰    |
| چقدر از رعایت احترام توسط ماما راضی هستید                      | ٪۶۲/۴      | ٪۲۳/۵ | ٪۱۱/۵ | ٪۲/۱ | ٪۰/۴    | ۴/۴۵    |
| چقدر از ثابت بودن مامای مرکز راضی هستید                        | ٪۵۷/۸      | ٪۲۴/۱ | ٪۱۴/۲ | ٪۳/۰ | ٪۰/۹    | ۴/۳۴    |
| به طور کلی چقدر از خدماتی که توسط ماما ارائه می‌شود راضی هستید | ٪۵۶/۰      | ٪۲۸/۴ | ٪۱۲/۹ | ٪۱/۷ | ٪۰/۹    | ۴/۳۷    |

با توجه به جدول ۴-۱۸ و نحوه پاسخگویی افراد به سوالات رضایت از خدمات داروخانه، ملاحظه می‌شود که، شاخص " از فاصله مکانی داروخانه چقدر رضایت دارید." با میانگین ۴/۴۹ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص " از هزینه تهیه داروها چقدر رضایت دارید." با ۴/۰۱ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین توافق) بوده‌اند.

#### جدول ۴-۱۸ درصد فراوانی پاسخ‌دهی کیفی به شاخص‌های رضایت از خدمات داروخانه

| شاخص  | بسیار زیاد | زیاد  | متوسط | کم   | خیلی کم | میانگین |
|---|------------|-------|-------|------|---------|---------|
| از هزینه تهیه داروها چقدر رضایت دارید           | ٪۴۳/۵      | ٪۲۶/۹ | ٪۲۰/۵ | ٪۵/۶ | ٪۳/۵    | ۴/۰۱    |
| از فاصله مکانی داروخانه چقدر رضایت دارید        | ٪۶۸/۸      | ٪۱۷/۷ | ٪۸/۷  | ٪۳/۴ | ٪۱/۳    | ۴/۴۹    |
| از ساعات کاری داروخانه چقدر رضایت دارید         | ٪۶۳/۴      | ٪۲۲/۵ | ٪۹/۵  | ٪۲/۹ | ٪۱/۶    | ۴/۴۳    |
| از مدت انتظار برای دریافت دارو چقدر رضایت دارید | ٪۵۴/۵      | ٪۲۹/۹ | ٪۱۲/۳ | ٪۱/۶ | ٪۱/۶    | ۴/۳۴    |

از نحوه برخورد ارائه دهندگان خدمات دارویی چقدر رضایت دارید

۴/۴۴    %۱/۳    %۲/۷    %۱۱/۵    %۲۰/۱    %۶۴/۴

با توجه به جدول ۴-۱۹ و نحوه پاسخگویی افراد به سوالات رضایت از خدمات تصویربرداری، ملاحظه می‌شود، شاخص " از نحوه برخورد ارائه دهندگان خدمات تصویربرداری (رادیولوژی) چقدر رضایت دارید" با میانگین ۳/۷۸ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص " از فاصله مکانی مرکز رادیولوژی رضایت دارید." با ۲/۹۵ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده‌اند.

### جدول ۴-۱۹ درصد فراوانی پاسخ‌دهی کیفی به شاخص‌های رضایت از خدمات تصویربرداری

| شاخص  | بسیار زیاد | زیاد  | متوسط | کم    | خیلی کم | میانگین |
|---|------------|-------|-------|-------|---------|---------|
| از هزینه انجام خدمات تصویر برداری (رادیولوژی) چقدر رضایت دارید              | %۲۰/۵      | %۲۵/۰ | %۲۸/۲ | %۱۵/۹ | %۱۰/۵   | ۳/۲۹    |
| از فاصله مکانی مرکز رادیولوژی رضایت دارید                                   | %۲۲/۷      | %۱۷/۱ | %۱۶/۷ | %۲۰/۴ | %۲۳/۱   | ۲/۹۵    |
| از ساعات کاری مرکز رادیولوژی رضایت دارید                                    | %۲۵/۵      | %۲۰/۸ | %۱۶/۲ | %۲۲/۲ | %۱۵/۳   | ۳/۱۸    |
| از مدت انتظار برای دریافت تصویربرداری (رادیولوژی) چقدر رضایت دارید          | %۱۹/۹      | %۱۹/۴ | %۲۰/۴ | %۲۳/۶ | %۱۶/۷   | ۳/۰۲    |
| از نحوه برخورد ارائه دهندگان خدمات تصویربرداری (رادیولوژی) چقدر رضایت دارید | %۳۶/۷      | %۲۷/۵ | %۱۹/۷ | %۹/۶  | %۶/۴    | ۳/۷۸    |

با توجه به جدول ۴-۲۰ و نحوه پاسخگویی افراد به سوالات رضایت از آزمایشگاه، ملاحظه می‌شود که، شاخص " از نحوه برخورد ارائه دهندگان خدمات آزمایشگاه چقدر رضایت دارید " با میانگین ۴/۲۳ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص " از مدت انتظار برای انجام آزمایشات چقدر راضی هستید." با ۳/۵۹ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده‌اند.

### جدول ۴-۲۰ درصد فراوانی پاسخ‌دهی کیفی به شاخص‌های رضایت از آزمایشگاه

| شاخص  | بسیار زیاد | زیاد  | متوسط | کم    | خیلی کم | میانگین |
|---|------------|-------|-------|-------|---------|---------|
| از هزینه انجام آزمایشات چقدر راضی هستید           | %۴۶/۳      | %۳۰/۷ | %۱۵/۸ | %۴/۲  | %۳/۰    | ۴/۱۳    |
| از فاصله مکانی تا آزمایشگاه چقدر راضی هستید       | %۴۰/۵      | %۲۱/۸ | %۱۴/۸ | %۱۵/۷ | %۷/۳    | ۳/۷۲    |
| از ساعات کاری آزمایشگاه چه قدر راضی هستید         | %۳۹/۹      | %۲۵/۲ | %۱۶/۵ | %۱۲/۶ | %۵/۷    | ۳/۸۱    |
| از مدت انتظار برای انجام آزمایشات چقدر راضی هستید | %۳۲/۵      | %۲۴/۴ | %۱۹/۶ | %۱۷/۵ | %۶/۰    | ۳/۵۹    |
| از نحوه برخورد ارائه دهندگان خدمات آزمایشگاه چقدر | %۵۳/۵      | %۲۷/۳ | %۹/۹  | %۵/۷  | %۳/۶    | ۴/۲۳    |



رضایت دارید

با توجه به جدول ۴-۲۱ و نحوه پاسخگویی افراد به سوالات رضایت از وضعیت ارجاع، ملاحظه می‌شود که، شاخص "چقدر از هزینه خدمات بیمارستانی راضی هستید." با میانگین ۴/۲۷ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص "چقدر از هزینه ویزیت متخصص (درموارد ارجاع) راضی هستید." با ۳/۰۵ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده‌اند.

#### جدول ۴-۲۱ درصد فراوانی پاسخ‌دهی کیفی به شاخص‌های رضایت از وضعیت ارجاع

| شاخص   | بسیار زیاد | زیاد  | متوسط | کم    | خیلی کم | میانگین |
|--|------------|-------|-------|-------|---------|---------|
| چقدر از زمان اعتبار موارد ارجاع/ و درخواست های آزمایشگاهی و رادیولوژی ارجاع شده راضی هستید | ۳۶/۲٪      | ۲۶/۶٪ | ۲۵/۱٪ | ۸/۰٪  | ۴/۰٪    | ۳/۸۲    |
| چقدر از هزینه ویزیت متخصص (درموارد ارجاع) راضی هستید                                       | ۱۹/۹٪      | ۲۰/۵٪ | ۲۰/۲٪ | ۲۳/۹٪ | ۱۵/۵٪   | ۳/۰۵    |
| چقدر از نتیجه ارجاع و درمان، متخصص راضی هستید  | ۴۱/۹٪      | ۲۷/۳٪ | ۱۸/۰٪ | ۹/۰٪  | ۳/۷٪    | ۳/۹۴    |
| آیا تا به حال پس از ارجاع، متخصص شما را بستری نموده است                                    | ۳۱/۶٪      | ۱۲/۰٪ | ۱۱/۶٪ | ۱۲/۸٪ | ۳۲/۰٪   | ۲/۹۸    |
| چقدر از کاربرد دفترچه بیمه روستایی برای خدمات بیمارستانی (بستری، جراحی...) راضی هستید      | ۵۷/۱٪      | ۲۲/۷٪ | ۱۱/۷٪ | ۴/۶٪  | ۳/۹٪    | ۴/۲۴    |
| چقدر از هزینه خدمات بیمارستانی راضی هستید  | ۵۵/۵٪      | ۲۵/۱٪ | ۱۲/۷٪ | ۴/۶٪  | ۲/۱٪    | ۴/۲۷    |
| چقدر از واضح و مشخص بودن سطح بندی سیستم ارائه خدمات (سطوح ارجاع) راضی هستید                | ۳۷/۳٪      | ۲۷/۵٪ | ۲۰/۹٪ | ۱۰/۱٪ | ۴/۱٪    | ۳/۸۳    |
| چقدر از بهداشت و نظافت مراکز ارائه خدمات سطوح بالاتر (سطوح دوم و سوم) راضی هستید           | ۴۸/۴٪      | ۲۷/۶٪ | ۱۹/۶٪ | ۲/۹٪  | ۱/۶٪    | ۴/۱۸    |

با توجه به جدول ۴-۲۲ و نحوه پاسخگویی افراد به سوالات رضایت از تزریقات، ملاحظه می‌شود که، شاخص "به طور کلی چقدر از وضعیت انجام تزریقات راضی هستید." با میانگین ۴/۱۹ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص "چقدر از تطابق جنسی فرد انجام دهنده تزریقات راضی هستید" با ۴/۱۱ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده‌اند.

#### جدول ۴-۲۲ درصد فراوانی پاسخ‌دهی کیفی به شاخص‌های رضایت از تزریقات

| شاخص  | بسیار زیاد | زیاد  | متوسط | کم   | خیلی کم | میانگین |
|---|------------|-------|-------|------|---------|---------|
| چقدر از تطابق جنسی فرد انجام دهنده تزریقات راضی | ۵۵/۱٪      | ۲۰/۴٪ | ۱۱/۸٪ | ۶/۶٪ | ۶/۱٪    | ۴/۱۱    |

| هستید |      |      |       |       |       |   |
|-------|------|------|-------|-------|-------|---|
| ۴/۱۶  | ٪۳/۶ | ٪۴/۱ | ٪۱۴/۹ | ٪۲۷/۰ | ٪۵۰/۴ | چقدر از مدت انتظار برای انجام تزریقات راضی هستید  |
| ۴/۱۹  | ٪۳/۶ | ٪۳/۹ | ٪۱۴/۹ | ٪۲۴/۹ | ٪۵۲/۸ | به طور کلی چقدر از وضعیت انجام تزریقات راضی هستید |

با توجه به جدول ۴-۲۳ و نحوه پاسخگویی افراد به سوالات رضایت از مراجعه اورژانسی، ملاحظه می‌شود، شاخص " چقدر از نتیجه درمان در مواد اورژانس یا ساعات غیر اداری راضی هستید." با میانگین ۳/۶۰ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص " چقدر از رسیدگی فوری در موارد اورژانس یا ساعات غیر اداری راضی هستید." با ۳/۵۰ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده‌اند.

#### جدول ۴-۲۳ درصد فراوانی پاسخ‌دهی کیفی به شاخص‌های رضایت از مراجعه اورژانسی

| شاخص   | بسیار زیاد | زیاد  | متوسط | کم    | خیلی کم | میانگین |
|--|------------|-------|-------|-------|---------|---------|
| چقدر از کاربرد دفترچه در موارد اورژانس یا ساعات غیر اداری راضی هستید     | ٪۲۹/۹      | ٪۲۴/۹ | ٪۲۴/۱ | ٪۱۵/۳ | ٪۵/۷    | ۳/۵۷    |
| چقدر از هزینه ارائه خدمات در موارد اورژانس یا ساعات غیر اداری راضی هستید | ٪۲۵/۶      | ٪۳۰/۶ | ٪۲۴/۰ | ٪۱۰/۵ | ٪۹/۳    | ۳/۵۲    |
| چقدر از رسیدگی فوری در موارد اورژانس یا ساعات غیر اداری راضی هستید       | ٪۲۷/۶      | ٪۲۴/۵ | ٪۲۵/۷ | ٪۱۴/۸ | ٪۷/۴    | ۳/۵۰    |
| چقدر از نتیجه درمان در مواد اورژانس یا ساعات غیر اداری راضی هستید        | ٪۲۶/۷      | ٪۲۸/۲ | ٪۲۹/۸ | ٪۹/۴  | ٪۵/۹    | ۳/۶۰    |

با توجه به جدول ۴-۲۴ و نحوه پاسخگویی افراد به سوالات رضایت از دفترچه بیمه سلامت، ملاحظه می‌شود، شاخص " چقدر از مدت اعتبار دفترچه بیمه راضی هستید." با میانگین ۴/۴۲ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص " چقدر از محدود بودن انتخاب مراکز و پزشکانی که با دفترچه بیمه می‌توانید مراجعه کنید راضی هستید." با ۳/۶۲ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده‌اند.

#### جدول ۴-۲۴ درصد فراوانی پاسخ‌دهی کیفی به شاخص‌های رضایت از دفترچه بیمه سلامت

| شاخص  | بسیار زیاد | زیاد  | متوسط | کم   | خیلی کم | میانگین |
|---|------------|-------|-------|------|---------|---------|
| چقدر از وضعیت آموزش و اطلاع‌رسانی در زمینه استفاده از دفترچه راضی هستید | ٪۳۵/۳      | ٪۲۰/۴ | ٪۳۳/۴ | ٪۷/۶ | ٪۳/۳    | ۳/۷۶    |
| چقدر از مدت زمانی که طول می‌کشد تا دفترچه بیمه                          | ٪۴۸/۸      | ٪۳۰/۶ | ٪۱۵/۲ | ٪۴/۹ | ٪۰/۵    | ۴/۲۲    |

| صادر (یا تمديد) شود راضی هستيد |      |       |       |       |       |  |
|--------------------------------|------|-------|-------|-------|-------|--|
| ۴/۴۲                           | %۰/۰ | %۳/۰  | %۱۱/۶ | %۲۵/۱ | %۶۰/۴ | چقدر از مدت اعتبار دفترچه بیمه راضی هستيد  |
| ۳/۶۲                           | %۶/۸ | %۱۴/۶ | %۲۳/۵ | %۱۹/۵ | %۳۵/۷ | چقدر از محدود بودن انتخاب مراکز و پزشکاني که با دفترچه بیمه می توانید مراجعه کنید راضی هستيد |
| ۴/۰۵                           | %۶/۰ | %۶/۳  | %۱۳/۰ | %۲۵/۸ | %۴۸/۹ | آیا به ديگران استفاده از دفترچه بیمه را توصیه می نماييد                                      |
| ۴/۲۲                           | %۱/۹ | %۴/۳  | %۱۵/۴ | %۲۶/۲ | %۵۲/۲ | میزان تمايل شما به استفاده از دفترچه بیمه در نوبتهای آینده چقدر است                          |

با توجه به جدول ۴-۲۵ و نحوه پاسخگویی افراد به سوالات رضایت از وضعیت فعلی نسبت به قبل، ملاحظه می شود که، شاخص " چقدر از هزینه های خدمات ارائه شده در طرح پزشک خانواده نسبت به قبل راضی هستيد " با میانگین ۴/۳۷ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص " آیا به طور کلی از داشتن دفترچه بیمه روستایی و طرح پزشک خانواده رضایت داريد. " با ۴/۲۶ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده اند.

#### جدول ۴-۲۵ درصد فراوانی پاسخدهی کیفی به شاخص های رضایت از وضعیت فعلی نسبت به قبل

| شاخص   | بسیار زیاد | زیاد  | متوسط | کم   | خیلی کم | میانگین |
|--|------------|-------|-------|------|---------|---------|
| چقدر از وضعیت فعلی خدمات ارائه شده توسط ارائه دهندگان خدمات نسبت به قبل راضی هستيد | %۴۹/۲      | %۳۳/۹ | %۱۳/۴ | %۳/۰ | %۰/۵    | ۴/۲۸    |
| چقدر از هزینه های خدمات ارائه شده در طرح پزشک خانواده نسبت به قبل راضی هستيد       | %۵۵/۴      | %۲۸/۸ | %۱۴/۰ | %۱/۳ | %۰/۵    | ۴/۳۷    |
| آیا به طور کلی از داشتن دفترچه بیمه روستایی و طرح پزشک خانواده رضایت داريد         | %۵۲/۰      | %۲۸/۷ | %۱۳/۹ | %۴/۸ | %۰/۵    | ۴/۲۶    |

#### ۴-۲-۳-۲- توصیف شاخص های پرسشنامه های ارائه دهندگان خدمات

جداول ۴-۲۶ الی ۴-۲۸ نحوه پاسخگویی ارائه دهندگان خدمات به هر یک از شاخص های پرسشنامه رضایت از حقوق و مزایا، امکان ارائه خدمات و وضعیت بیتوته را نشان می دهد.

با توجه به جدول ۴-۲۶ و نحوه پاسخگویی افراد به سوالات رضایت از حقوق و مزایا، ملاحظه می شود که، شاخص " چقدر از شرایط استفاده از مرخصی راضی هستيد. " با میانگین ۲/۹۵ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص های " آیا میزان دریافتی شما به عنوان پزشک خانواده /ماما در مقایسه با سایر رده های

تخصصی ارائه خدمت در طرح پزشک خانواده متناسب است. " و " چقدر از درآمد خود در رابطه با بیماران غیر بیمه روستایی راضی هستید " با ۲/۱۰ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده‌اند.

#### جدول ۴-۲۶ درصد فراوانی پاسخ‌دهی کیفی به شاخص‌های رضایت از حقوق و مزایا

| شاخص   | بسیار زیاد | زیاد  | متوسط | کم    | خیلی کم | میانگین |
|--|------------|-------|-------|-------|---------|---------|
| چقدر از به موقع بودن تمدید قراردادها یا احکام حقوقی (در صورت تمایل شما به تمدید) راضی هستید                                | ٪۱۰/۳      | ٪۱۸/۸ | ٪۳۲/۳ | ٪۱۸/۱ | ٪۲۰/۶   | ۲/۸۰    |
| چقدر از کل مبلغ قرارداد یا احکام حقوقی به عنوان پزشک خانواده/ماما راضی هستید   | ٪۳/۰       | ٪۷/۸  | ٪۲۹/۹ | ٪۳۰/۴ | ٪۲۸/۹   | ۲/۲۵    |
| چقدر از مدت زمان عقد قرارداد یا احکام حقوقی راضی هستید   | ٪۵/۵       | ٪۱۸/۱ | ٪۳۷/۱ | ٪۲۱/۱ | ٪۱۸/۲   | ۲/۷۱    |
| چقدر از نحوه کسورات ناشی از پایش و ارزشیابی راضی هستید   | ٪۲/۶       | ٪۱۳/۸ | ٪۲۸/۸ | ٪۲۳/۴ | ٪۳۱/۴   | ۲/۳۳    |
| چقدر از میزان دریافتی ماهیانه خود به عنوان پزشک خانواده/ماما راضی هستید  | ٪۳/۲       | ٪۶/۵  | ٪۳۰/۱ | ٪۲۷/۳ | ٪۳۲/۹   | ۲/۱۹    |
| چقدر از نحوه پرداخت مابقی حقوق (کسورات پایش و ارزیابی) خود به عنوان پزشک خانواده/ماما راضی هستید                           | ٪۲/۱       | ٪۹/۷  | ٪۲۲/۷ | ٪۲۹/۶ | ٪۳۵/۹   | ۲/۱۳    |
| آیا میزان دریافتی شما به عنوان پزشک خانواده/ماما در مقایسه با سایر رده های تخصصی ارائه خدمت در طرح پزشک خانواده متناسب است | ٪۲/۵       | ٪۶/۴  | ٪۲۶/۲ | ٪۲۸/۳ | ٪۳۶/۵   | ۲/۱۰    |
| آیا میزان دریافتی شما به عنوان پزشک خانواده/ماما متناسب با نوع خدمات ارائه شده توسط شما می باشد                            | ٪۲/۳       | ٪۹/۴  | ٪۲۲/۳ | ٪۳۲/۷ | ٪۳۳/۳   | ۲/۱۴    |
| چقدر از شرایط استفاده از مرخصی راضی هستید  | ٪۸/۱       | ٪۲۷/۳ | ٪۳۲/۸ | ٪۱۵/۰ | ٪۱۶/۳   | ۲/۹۵    |
| چه قدر از وضعیت تاثیر شیفت کاری در روزهای تعطیل در دریافتی خود راضی هستید  | ٪۸/۳       | ٪۱۳/۰ | ٪۱۷/۹ | ٪۲۸/۹ | ٪۳۲/۰   | ۲/۳۶    |
| چقدر از درآمد خود در رابطه با بیماران غیر بیمه روستایی راضی هستید  | ٪۲/۶       | ٪۸/۳  | ٪۲۲/۶ | ٪۳۰/۴ | ٪۳۶/۱   | ۲/۱۰    |
| آیا از وضعیت پرداخت برای بیماران مسافر(دارای دفترچه روستایی) در منطقه تحت پوشش راضی هستید                                  | ٪۴/۶       | ٪۱۰/۷ | ٪۲۸/۵ | ٪۲۱/۴ | ٪۳۴/۹   | ۲/۲۸    |
| چه قدر از وجود سازمان یا مقام خاصی در موارد پیگیری مشکلات حقوقی و دریافتی راضی هستید                                       | ٪۳/۰       | ٪۸/۶  | ٪۲۵/۳ | ٪۲۶/۶ | ٪۳۶/۵   | ۲/۱۴    |
| چقدر از شرایط فرمول پرداخت راضی هستید  | ٪۳/۴       | ٪۹/۷  | ٪۲۲/۲ | ٪۳۱/۴ | ٪۳۳/۳   | ۲/۱۸    |

با توجه به جدول ۴-۲۷ و نحوه پاسخگویی افراد به سوالات پرسشنامه امکان ارائه خدمات، ملاحظه می‌شود که، شاخص " چقدر از توانمندی و کفایت کسانی که از طرف سازمان بیمه سلامت پایش و ارزیابی طرح را انجام می دهند راضی هستید " و " چقدر از وضعیت اتاق معاینه از نظر شرایط فیزیکی (مساحت، تهویه، نور، نظافت) راضی هستید " با میانگین ۳/۹۰ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص " چقدر از شرایط رفت آمد روزانه به محل اشتغال به کار خود راضی هستید. " با ۱/۶۴ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده‌اند.

جدول ۴-۲۷ درصد فراوانی پاسخدهی کیفی به شاخص‌های امکان ارائه خدمات

| شاخص   | بسیار زیاد | زیاد  | متوسط | کم    | خیلی کم | میانگین |
|--|------------|-------|-------|-------|---------|---------|
| چقدر از نحوه برخورد کسانی که از طرف دانشگاه علوم پزشکی (شبکه بهداشت و درمان) پایش و ارزیابی طرح را انجام می دهند راضی هستید  | ٪۱۰/۹      | ٪۲۵/۶ | ٪۳۲/۸ | ٪۱۸/۳ | ٪۱۲/۵   | ۳/۰۴    |
| چقدر از توانمندی و کفایت کسانی که از دانشگاه علوم پزشکی (شبکه بهداشت و درمان) پایش و ارزیابی طرح را انجام می دهند راضی هستید | ٪۱۱/۲      | ٪۲۷/۹ | ٪۳۳/۱ | ٪۱۵/۸ | ٪۱۲/۱   | ۳/۱۰    |
| چقدر از توانمندی و کفایت کسانی که از طرف سازمان بیمه سلامت پایش و ارزیابی طرح را انجام می دهند راضی هستید                    | ٪۲۹/۲      | ٪۴۳/۰ | ٪۱۹/۰ | ٪۶/۷  | ٪۲/۰    | ۳/۹۰    |
| چقدر نتایج پایش و ارزشیابی پزشک/ماما از طرف سازمان بیمه سلامت به شما باز خورد (اطلاع) داده می شود                            | ٪۲۶/۷      | ٪۳۷/۸ | ٪۲۴/۵ | ٪۷/۶  | ٪۳/۴    | ۳/۷۷    |
| چقدر نتایج پایش و ارزشیابی پزشک/ماما از طرف دانشگاه علوم پزشکی (شبکه بهداشت و درمان) به شما باز خورد (اطلاع) داده می شود     | ٪۱۷/۵      | ٪۳۱/۷ | ٪۲۴/۹ | ٪۱۶/۰ | ٪۹/۹    | ۳/۳۱    |
| چقدر از کیفیت راهنمایی بالینی (guide line) که جهت تصمیم گیری پزشکی در اختیار شما قرار دارد راضی هستید                        | ٪۱۳/۵      | ٪۳۳/۴ | ٪۲۸/۱ | ٪۱۵/۸ | ٪۹/۲    | ۳/۲۶    |
| چقدر از کیفیت دستورالعمل‌های اجرایی که جهت ارائه خدمات و روندهای اجرایی در اختیار شما قرار دارد راضی هستید                   | ٪۱۵/۳      | ٪۳۰/۲ | ٪۳۴/۶ | ٪۱۲/۰ | ٪۷/۹    | ۳/۳۲    |
| چقدر از وضوح مشخص بودن وظایف و خدماتی که باید ارائه دهید راضی هستید  | ٪۱۴/۵      | ٪۲۵/۲ | ٪۳۵/۵ | ٪۱۷/۱ | ٪۷/۸    | ۳/۲۱    |
| چقدر از تناسب حجم کار و زمان کاری خود راضی هستید   | ٪۹/۹       | ٪۱۸/۷ | ٪۳۵/۹ | ٪۱۷/۵ | ٪۱۸/۰   | ۲/۸۵    |
| چقدر از تناسب توانایی‌های کسب شده در دوره تحصیلی با وظایف خود در این طرح راضی هستید  | ٪۵/۲       | ٪۱۰/۹ | ٪۲۴/۹ | ٪۲۹/۷ | ٪۲۹/۲   | ۲/۳۳    |
| آیا از سایر وظایفی که به موجب طرح به عهده ی شما گذاشته   | ٪۷/۵       | ٪۲۱/۱ | ٪۳۳/۳ | ٪۱۷/۴ | ٪۲۰/۸   | ۲/۷۷    |

|   |       |       |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| شده (مثلا در مورد ماماها تزریقات، نوبت دهی و... و در مورد پزشکان گزارش دهی، جمع آوری آمار و...) رضایت دارید |       |       |       |       |       |
| ۲/۰۴  | %۴۵/۵ | %۲۲/۱ | %۱۸/۵ | %۱۰/۰ | %۳/۹  |
| چقدر از میزان ساعات کاری خود در ماه رضایت دارید   |       |       |       |       |       |
| ۲/۲۱  | %۳۵/۵ | %۲۳/۸ | %۲۷/۳ | %۱۰/۷ | %۲/۷  |
| چقدر از آموزش های داده شده برای این طرح راضی هستید  |       |       |       |       |       |
| ۲/۸۹  | %۱۲/۹ | %۱۸/۶ | %۴۰/۱ | %۲۲/۷ | %۵/۸  |
| چقدر از طیف خدمات آزمایشگاهی که مجاز به تجویز آنها هستید راضی هستید   |       |       |       |       |       |
| ۲/۶۸  | %۲۱/۱ | %۲۱/۳ | %۳۱/۷ | %۲۰/۲ | %۵/۸  |
| چقدر از طیف خدمات رادیولوژی که مجاز به تجویز آنها هستید راضی هستید  |       |       |       |       |       |
| ۲/۵۶  | %۲۵/۵ | %۲۱/۹ | %۲۹/۱ | %۱۷/۸ | %۵/۷  |
| چقدر از طیف داروهایی که مجاز به تجویز آن هستید راضی هستید   |       |       |       |       |       |
| ۲/۷۰  | %۲۱/۴ | %۱۹/۴ | %۳۳/۰ | %۱۹/۹ | %۶/۳  |
| چقدر از محدودیت درصد ارجاع به سطوح تخصصی رضایت دارید  |       |       |       |       |       |
| ۲/۴۵  | %۲۸/۸ | %۲۰/۸ | %۳۱/۴ | %۱۳/۷ | %۵/۴  |
| چقدر از وضعیت ارائه خدمات در سطوح بالاتر که بیماران را ارجاع می دهید رضایت دارید                            |       |       |       |       |       |
| ۲/۵۹  | %۲۱/۸ | %۲۳/۱ | %۳۲/۷ | %۱۸/۱ | %۴/۳  |
| چقدر از بازخورد (فیدبک) متخصصین در رابطه با بیمارانی که ارجاع می دهید رضایت دارید                           |       |       |       |       |       |
| ۲/۱۴  | %۳۹/۸ | %۲۴/۱ | %۲۲/۰ | %۱۰/۴ | %۳/۶  |
| چقدر با تقاضاهای بی مورد مردم در مورد ارجاع مواجه هستید   |       |       |       |       |       |
| ۳/۸۳  | %۱۰/۳ | %۷/۵  | %۱۳/۸ | %۲۵/۶ | %۴۲/۹ |
| چقدر با درخواستهای بی مورد مردم برای تجویز دارو مواجه هستید   |       |       |       |       |       |
| ۳/۷۶  | %۷/۵  | %۹/۳  | %۱۷/۸ | %۳۰/۱ | %۳۵/۳ |
| چقدر با درخواست مردم برای استفاد از دفترچه بیمه روستایی سایرین مواجه هستید                                  |       |       |       |       |       |
| ۳/۳۳  | %۷/۴  | %۲۱/۹ | %۲۳/۵ | %۲۴/۶ | %۲۲/۶ |
| چقدر از وضعیت تعلق مزایای غذا (مزایای نقدی یا غیر نقدی) راضی هستید  |       |       |       |       |       |
| ۱/۶۳  | %۵۹/۴ | %۲۴/۸ | %۱۰/۱ | %۴/۵  | %۱/۳  |
| چقدر از شرایط رفت آمد روزانه به محل اشتغال به کار خود راضی هستید  |       |       |       |       |       |
| ۲/۳۲  | %۳۵/۲ | %۲۳/۲ | %۲۳/۰ | %۱۱/۲ | %۷/۴  |
| چقدر از وضعیت وسایل معاینه مورد نیاز (نظیر گوشی، فشار سنج، تخت، معاینه و تخت ژینکولوژی) راضی هستید          |       |       |       |       |       |
| ۳/۹۰  | %۲/۹  | %۴/۹  | %۲۰/۸ | %۴۱/۴ | %۳۰/۰ |
| چقدر از وضعیت اتاق معاینه از نظر شرایط فیزیکی (مساحت، تهویه، نور، نظافت) راضی هستید                         |       |       |       |       |       |
| ۳/۴۰  | %۱۲/۲ | %۱۲/۹ | %۲۰/۵ | %۳۱/۵ | %۲۲/۹ |
| چقدر از وضعیت اتاق معاینه از نظر سیستم سرمایشی و گرمایشی راضی هستید   |       |       |       |       |       |
| ۳/۴۳  | %۱۲/۰ | %۱۱/۹ | %۱۹/۸ | %۳۲/۹ | %۲۳/۴ |
| چقدر از دسترسی به تلفن در محل کار خود راضی هستید  |       |       |       |       |       |

|      |       |       |       |       |       |  |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| ۳/۰۹ | %۲۱/۲ | %۱۳/۳ | %۱۹/۳ | %۲۷/۳ | %۱۸/۸ | چقدر از وضعیت امکانات تشخیصی آزمایشگاهی راضی هستید   |
| ۲/۹۹ | %۱۳/۹ | %۱۶/۶ | %۳۶/۷ | %۲۱/۷ | %۱۱/۱ | چقدر از وضعیت امکانات تشخیصی تصویربرداری راضی هستید  |
| ۲/۷۳ | %۲۲/۴ | %۱۹/۸ | %۲۹/۵ | %۱۹/۰ | %۹/۴  | چقدر از تجهیز داروخانه با لیست داروهای الزامی هستید  |
| ۳/۵۷ | %۴/۴  | %۱۰/۰ | %۳۰/۰ | %۳۴/۹ | %۲۰/۷ | چقدر از وضعیت دسترسی به سایر اقلام داروهای مورد نیاز علاوه بر داروهای فوق الذکر راضی هستید   |
| ۳/۲۰ | %۹/۶  | %۱۵/۰ | %۳۲/۷ | %۳۱/۲ | %۱۱/۵ | چقدر از محدودیت تعداد اقلام دارویی در یک نسخه راضی هستید                                     |
| ۲/۶۶ | %۲۳/۱ | %۲۳/۳ | %۲۶/۸ | %۱۷/۸ | %۹/۱  | چقدر از وضعیت امکان انجام پاپ اسمیر راضی هستید   |
| ۳/۵۸ | %۵/۳  | %۱۳/۰ | %۲۳/۹ | %۳۳/۸ | %۲۳/۹ | چقدر از مشخص بودن فرایندهای ارائه خدمت در مراجعات اورژانسی راضی هستید                        |
| ۳/۰۹ | %۱۰/۷ | %۱۶/۷ | %۳۵/۹ | %۲۶/۵ | %۱۰/۲ | چقدر از وضعیت امکانات در شرایط اورژانسی (تجهیزات، ست اورژانس و...) راضی هستید                |
| ۳/۲۱ | %۸/۱  | %۱۶/۵ | %۳۲/۹ | %۳۰/۹ | %۱۱/۶ | چقدر از وضعیت نقل و انتقال بیماران در صورت نیاز در موارد اورژانسی راضی هستید                 |
| ۳/۰۵ | %۱۳/۰ | %۱۶/۴ | %۳۲/۸ | %۲۷/۶ | %۱۰/۲ | چقدر امکانات مورد نیاز جهت دهگردشی مانند امکانات رفت و آمد راضی هستید                        |
| ۳/۳۰ | %۸/۷  | %۱۵/۰ | %۲۹/۸ | %۳۰/۳ | %۱۶/۲ | آیا از شرایط حضور در محل کار پس از ساعت اداری (۱۳:۳۰) علیرغم خروج سایر پرسنل مرکز راضی هستید |

با توجه به جدول ۴-۲۸ و نحوه پاسخگویی افراد به سوالات وضعیت بیتوته ملاحظه می‌شود که، شاخص " چقدر از وضعیت سیستم گرمایشی در واحد مسکونی خود راضی هستید." با میانگین ۳/۳۰ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص‌های " آیا در شهر یا روستای محل بیتوته خود از وضعیت امکانات رفاهی و تفریحی جهت خود و خانواده رضایت دارید " و " چقدر از اوقات فراغت خود در روزهای تعطیل رسمی در شهر یا محل بیتوته راضی هستید " با ۲/۱۶ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده‌اند.

جدول ۴-۲۸ درصد فراوانی پاسخ‌دهی کیفی به شاخص‌های رضایت از وضعیت بیتوته

| میانگین | خیلی کم | کم    | متوسط | زیاد  | بسیار زیاد | شاخص  |
|---------|---------|-------|-------|-------|------------|---|
| ۲/۸۷    | %۲۰/۶   | %۱۲/۱ | %۳۳/۹ | %۲۶/۶ | %۶/۹       | چقدر از فضای واحد مسکونی که در اختیار شماست راضی هستید  |
| ۳/۰۰    | %۱۶/۰   | %۱۶/۳ | %۲۶/۸ | %۳۳/۱ | %۷/۸       | چقدر از وضعیت سازه ای (مانند استحکام کلی ساختمان ، سقف و....) راضی هستید                          |
| ۲/۷۲    | %۱۸/۲   | %۲۴/۴ | %۳۱/۰ | %۱۹/۴ | %۷/۰       | چقدر از تجهیزات و امکانات رفاهی واحد مسکونی (نظیر لوازم خانگی و....) راضی هستید                   |
| ۲/۴۷    | %۲۹/۶   | %۲۱/۰ | %۲۶/۳ | %۱۸/۱ | %۴/۹       | چقدر از وضعیت آب آشامیدنی در واحد مسکونی خود راضی هستید   |
| ۲/۸۴    | %۲۰/۲   | %۱۵/۰ | %۳۲/۴ | %۲۵/۱ | %۷/۳       | چقدر از وضعیت سرویس توالت بهداشتی در واحد مسکونی خود راضی هستید                                   |
| ۳/۲۸    | %۱۳/۰   | %۹/۶  | %۲۵/۱ | %۴۰/۶ | %۱۱/۷      | چقدر از وضعیت برق در واحد مسکونی خود راضی هستید   |
| ۲/۶۷    | %۲۹/۶   | %۱۵/۷ | %۲۲/۴ | %۲۲/۴ | %۹/۹       | چقدر از وضعیت حمام در واحد مسکونی خود راضی هستید  |
| ۲/۵۴    | %۳۲/۹   | %۱۳/۹ | %۲۴/۷ | %۲۲/۵ | %۶/۱       | چقدر از وضعیت تلفن در واحد مسکونی خود راضی هستید  |
| ۲/۸۶    | %۲۱/۱   | %۱۳/۶ | %۳۱/۶ | %۲۵/۴ | %۸/۳       | چه قدر از وضعیت کف پوش در واحد مسکونی خود راضی هستید  |
| ۲/۹۵    | %۱۹/۶   | %۱۳/۹ | %۲۸/۷ | %۲۷/۰ | %۱۰/۹      | چقدر از وضعیت سیستم سرمایشی در واحد مسکونی خود راضی هستید   |
| ۳/۳۰    | %۱۴/۴   | %۸/۵  | %۲۵/۸ | %۳۴/۷ | %۱۶/۵      | چقدر از وضعیت سیستم گرمایشی در واحد مسکونی خود راضی هستید   |
| ۲/۹۷    | %۲۱/۸   | %۸/۴  | %۳۱/۶ | %۲۷/۱ | %۱۱/۱      | آیا در واحد مسکونی خود از وضعیت امنیت راضی هستید  |
| ۲/۵۹    | %۲۷/۱   | %۱۶/۰ | %۳۳/۰ | %۱۸/۶ | %۵/۳       | آیا در صورت بیتوته از ساعات مراجعه بیماران در طی شبانه روز رضایت دارید                            |
| ۲/۴۴    | %۳۲/۳   | %۱۸/۴ | %۲۸/۴ | %۱۴/۴ | %۶/۵       | آیا در شهر یا روستای محل بیتوته خود از وضعیت تهیه مواد غذایی و سایر مابحتاج خود رضایت دارید       |
| ۲/۲۶    | %۳۶/۹   | %۲۳/۱ | %۲۲/۵ | %۱۱/۹ | %۵/۶       | آیا در شهر یا روستای محل بیتوته خود از وضعیت سیستم آموزشی جهت فرزندان رضایت دارید                 |
| ۲/۱۶    | %۴۵/۲   | %۱۶/۷ | %۲۲/۶ | %۸/۶  | %۷/۰       | آیا در شهر یا روستای محل بیتوته خود از وضعیت امکانات رفاهی و تفریحی جهت خود و خانواده رضایت دارید |
| ۲/۳۸    | %۳۳/۲   | %۲۳/۰ | %۲۴/۶ | %۱۰/۷ | %۸/۶       | آیا در شهر یا روستای محل بیتوته خود از وضعیت  |



| اجتماعی - فرهنگی محیط رضایت دارید |       |       |       |       |      |   |
|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|------|---|
| ۲/۴۳                              | %۳۴/۷ | %۱۴/۷ | %۲۸/۹ | %۱۵/۳ | %۶/۳ | آیا در شهر یا روستای محل بیتوته خود از امکانات ارتباطی نظیر: تلفن، اینترنت و .. رضایت دارید |
| ۲/۱۸                              | %۴۱/۵ | %۲۱/۲ | %۲۰/۷ | %۱۰/۹ | %۵/۷ | چقدر از امکانات دسترسی به منابع علمی و آموزشی در شهر یا روستای محل بیتوته راضی هستید        |
| ۲/۱۶                              | %۴۳/۴ | %۱۹/۸ | %۲۰/۳ | %۹/۹  | %۶/۶ | چقدر از اوقات فراغت خود در روزهای تعطیل رسمی در شهر یا محل بیتوته راضی هستید                |

#### ۴-۲-۴- توصیف متغیرهای اصلی

در جدول ۴-۲۹ به توصیف متغیرهای اصلی پژوهش (در مورد هر دو جامعه) پرداخته شد. با استفاده از آماره-های میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اصلی توصیف شدند. دامنه میانگین نمرات تمامی متغیرها از ۱ تا ۵ است و نمره متوسط یا حد وسط نمرات برابر با ۳ است. بیشترین رضایت عدد ۵ و کمترین رضایت عدد ۱ می‌باشد.

با توجه به جدول ۴-۲۹ و میانگین نمره متغیرهای اصلی تحقیق، ملاحظه می‌شود که در مورد متغیرهای مربوط به مراجعین، بیشترین میانگین نمره مربوط به رضایت از خدمات ماما با ۴/۴۳ و کمترین میانگین نمره مربوط به رضایت از خدمات تصویربرداری با ۳/۲۶ بوده است. در مورد متغیرهای مربوط به ارائه دهندگان خدمات، بیشترین میانگین نمره مربوط به رضایت از امکان ارائه خدمات با ۳/۰۹ و کمترین میانگین نمره مربوط به رضایت از حقوق و مزایا با ۲/۳۳ بوده است.

#### جدول ۴-۲۹ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اصلی تحقیق

| متغیر                       | میانگین | انحراف استاندارد |
|-----------------------------|---------|------------------|
| رضایت از خدمات پزشک خانواده | ۴/۳۹    | ۰/۵۷             |
| رضایت از خدمات ماما         | ۴/۴۳    | ۰/۶۵             |
| رضایت از خدمات داروخانه     | ۴/۳۶    | ۰/۷۴             |
| رضایت از خدمات تصویربرداری  | ۳/۲۶    | ۱/۱۶             |
| رضایت از آزمایشگاه          | ۳/۹۰    | ۰/۹۶             |
| رضایت از وضعیت ارجاع        | ۳/۸۲    | ۰/۸۵             |
| رضایت از تزیینات            | ۴/۱۵    | ۱/۰۲۳            |

|      |      |                                 |
|------|------|---------------------------------|
| ۱/۱۱ | ۳/۵۵ | رضایت از مراجعه اورژانسی        |
| ۰/۷۷ | ۴/۰۵ | رضایت از دفترچه بیمه سلامت      |
| ۰/۷۵ | ۴/۳۰ | رضایت از وضعیت فعلی نسبت به قبل |
| ۰/۸۱ | ۲/۳۳ | رضایت از حقوق و مزایا           |
| ۰/۷۱ | ۳/۰۹ | رضایت از امکان ارائه خدمات      |
| ۰/۸۵ | ۲/۶۶ | رضایت از وضعیت بیتوته           |

#### ۴-۳- بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای اصلی تحقیق

آزمون کولموگروف- اسمیرنوف جهت بررسی ادعای مطرح شده در مورد توزیع داده‌های یک متغیر کمی مورد استفاده قرار می‌گیرد. فرض‌های آماری مربوط به توزیع نرمال به صورت زیر مطرح می‌شود:

$H_0$ : متغیرها دارای توزیع نرمال هستند.

$H_1$ : متغیرها دارای توزیع نرمال نیستند.

با توجه به جدول ۴-۳۰ و به دلیل اینکه سطح معناداری آزمون در مورد تمامی متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ است، فرض صفر تایید و ادعای نرمال بودن توزیع این متغیرها پذیرفته می‌شود.

#### جدول ۴-۳۰ خلاصه نتایج آزمون بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای تحقیق

| متغیرهای تحقیق              | آماره آزمون | سطح معناداری | وضعیت |
|-----------------------------|-------------|--------------|-------|
| رضایت از خدمات پزشک خانواده | ۰/۴۲۸       | ۰/۹۹۳        | نرمال |
| رضایت از خدمات ماما         | ۰/۶۱۶       | ۰/۸۴۳        | نرمال |
| رضایت از خدمات داروخانه     | ۰/۶۹۵       | ۰/۷۱۹        | نرمال |
| رضایت از خدمات تصویربرداری  | ۰/۵۸۲       | ۰/۸۸۸        | نرمال |
| رضایت از آزمایشگاه          | ۰/۷۳۳       | ۰/۶۵۵        | نرمال |
| رضایت از وضعیت ارجاع        | ۰/۴۵۹       | ۰/۹۸۴        | نرمال |
| رضایت از تزریقات            | ۰/۸۱۸       | ۰/۵۱۶        | نرمال |

|                                 |       |       |       |
|---------------------------------|-------|-------|-------|
| رضایت از مراجعه اورژانسی        | ۰/۵۱۸ | ۰/۹۵۱ | نرمال |
| رضایت از دفترچه بیمه سلامت      | ۰/۸۳۹ | ۰/۴۸۳ | نرمال |
| رضایت از وضعیت فعلی نسبت به قبل | ۱/۱۹۷ | ۰/۱۱۴ | نرمال |
| رضایت از حقوق و مزایا           | ۱/۰۳۸ | ۰/۲۳۱ | نرمال |
| رضایت از امکان ارائه خدمات      | ۰/۸۲۱ | ۰/۵۱۲ | نرمال |
| رضایت از وضعیت بیتوته           | ۰/۰۸۲ | ۰/۰۸۴ | نرمال |

#### ۴-۴- آمار استنباطی

در این بخش به بررسی فرضیات تحقیق با استفاده از آزمون‌های آماری مناسب پرداخته‌ایم. برای بررسی میزان رضایت مراجعین از انواع خدمات و همچنین رضایت ارائه دهندگان خدمات از مولفه‌های حقوق، امکان ارائه خدمات و وضعیت بیتوته از آزمون تی تک نمونه‌ای استفاده شده است. نتایج در جدول ۴-۳۱ خلاصه شده است.

با توجه به جدول ۴-۳۱ ملاحظه می‌شود که مراجعین از تمامی ده آیتم خدماتی شامل رضایت از خدمات پزشک خانواده، رضایت از خدمات ماما، رضایت از خدمات داروخانه، رضایت از خدمات تصویربرداری، رضایت از آزمایشگاه، رضایت از وضعیت ارجاع، رضایت از تزریقات، رضایت از مراجعه اورژانسی، رضایت از دفترچه بیمه سلامت و رضایت از وضعیت فعلی نسبت به قبل دارای رضایت مطلوب و معنی‌داری هستند. اما در مورد ارائه دهندگان خدمات ایشان از هیچ کدام از سه آیتم حقوق و مزایا، امکان ارائه خدمات و وضعیت بیتوته رضایت مطلوبی ندارند.

#### جدول ۴-۳۱ خلاصه نتایج آزمون تی تک نمونه‌ای (ملاک آزمون=۳)

| متغیرهای تحقیق              | آماره آزمون (t) | سطح معناداری | وضعیت متغیر |
|-----------------------------|-----------------|--------------|-------------|
| رضایت از خدمات پزشک خانواده | ۴۴/۷۲۳          | ۰/۰۰۱        | رضایت مطلوب |
| رضایت از خدمات ماما         | ۳۲/۴۱۹          | ۰/۰۰۱        | رضایت مطلوب |

|                                 |         |       |             |
|---------------------------------|---------|-------|-------------|
| رضایت از خدمات داروخانه         | ۳۴/۹۲۷  | ۰/۰۰۱ | رضایت مطلوب |
| رضایت از خدمات تصویربرداری      | ۳/۳۰۷   | ۰/۰۰۱ | رضایت مطلوب |
| رضایت از آزمایشگاه              | ۱۷/۱۰۲  | ۰/۰۰۱ | رضایت مطلوب |
| رضایت از وضعیت ارجاع            | ۱۴/۶۵۲  | ۰/۰۰۱ | رضایت مطلوب |
| رضایت از تزریقات                | ۲۱/۵۰۱  | ۰/۰۰۱ | رضایت مطلوب |
| رضایت از مراجعه اورژانسی        | ۷/۸۹۴   | ۰/۰۰۱ | رضایت مطلوب |
| رضایت از دفترچه بیمه سلامت      | ۲۵/۵۵۰  | ۰/۰۰۱ | رضایت مطلوب |
| رضایت از وضعیت فعلی نسبت به قبل | ۳۳/۵۲۶  | ۰/۰۰۱ | رضایت مطلوب |
| رضایت از حقوق و مزایا           | -۱۵/۰۳۰ | ۰/۹۹۹ | عدم رضایت   |
| رضایت از امکان ارائه خدمات      | ۱/۴۴۰   | ۰/۰۷۷ | عدم رضایت   |
| رضایت از وضعیت بیتوته           | -۳/۹۸۰  | ۰/۹۹۹ | عدم رضایت   |

#### ۴-۵- یافته‌های جانبی

در این بخش به بررسی برخی مقایسات خارج از فرضیات اصلی تحقیق پرداخته‌ایم. در جدول ۴-۳۲ به مقایسه میزان رضایت از ده آیتم خدماتی شامل رضایت از خدمات پزشک خانواده، رضایت از خدمات ماما، رضایت از خدمات داروخانه، رضایت از خدمات تصویربرداری، رضایت از آزمایشگاه، رضایت از وضعیت ارجاع، رضایت از تزریقات، رضایت از مراجعه اورژانسی، رضایت از دفترچه بیمه سلامت و رضایت از وضعیت فعلی نسبت به قبل در مراجعین در بین ۴ استان مورد بررسی تحت آزمون آنالیز واریانس پرداخته‌ایم.

با توجه به نتایج آزمون‌های آنالیز واریانس میانگین رضایت از نه آیتم خدماتی شامل رضایت از خدمات پزشک خانواده، رضایت از خدمات داروخانه، رضایت از خدمات تصویربرداری، رضایت از آزمایشگاه، رضایت از وضعیت ارجاع، رضایت از تزریقات، رضایت از مراجعه اورژانسی، رضایت از دفترچه بیمه سلامت و

رضایت از وضعیت فعلی نسبت به قبل در بین ۴ استان دارای تفاوت معنی‌داری بوده است. اما بین میانگین رضایت از خدمات ماما در بین ۴ استان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

در مورد آیتم‌های با تفاوت معنی‌دار در بین ۴ استان، رضایت از خدمات پزشک خانواده در استان اردبیل، رضایت از خدمات داروخانه در استان همدان، رضایت از خدمات تصویربرداری در استان اردبیل، رضایت از آزمایشگاه در استان اردبیل، رضایت از وضعیت ارجاع در استان اردبیل، رضایت از تزریقات در استان گیلان، رضایت از مراجعه اورژانسی در استان اردبیل، رضایت از دفترچه بیمه سلامت در استان اردبیل و رضایت از وضعیت فعلی نسبت به قبل در استان اردبیل دارای بالاترین رضایت نسبت به ۳ استان دیگر بوده است. در مورد ارائه دهندگان خدمات نیز بین میانگین امکان ارائه خدمات و وضعیت بیتوته در بین ۴ استان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اما بین میانگین رضایت از وضعیت حقوق و مزایا در بین ۴ استان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

در مورد آیتم‌های با تفاوت معنی‌دار در بین ۴ استان، میانگین امکان ارائه خدمات در استان اردبیل و رضایت از وضعیت بیتوته در استان اردبیل دارای بالاترین رضایت نسبت به ۳ استان دیگر بوده است.

#### جدول ۴-۳۲ خلاصه نتایج آزمون آنالیز واریانس برای مقایسه بین استانی

| متغیرهای تحقیق              | آماره آزمون (F) | سطح معناداری |
|-----------------------------|-----------------|--------------|
| رضایت از خدمات پزشک خانواده | ۱۰/۱۳۷          | ۰/۰۰۱        |
| رضایت از خدمات ماما         | ۱/۶۱۶           | ۰/۱۸۷        |
| رضایت از خدمات داروخانه     | ۱۷/۷۰۶          | ۰/۰۰۱        |
| رضایت از خدمات تصویربرداری  | ۸/۸۷۸           | ۰/۰۰۱        |
| رضایت از آزمایشگاه          | ۱۸/۰۰۹          | ۰/۰۰۱        |
| رضایت از وضعیت ارجاع        | ۸/۶۳۶           | ۰/۰۰۱        |
| رضایت از تزریقات            | ۱۰/۰۶۲          | ۰/۰۰۱        |
| رضایت از مراجعه اورژانسی    | ۴/۳۹۷           | ۰/۰۰۱        |

|       |       |                                 |
|-------|-------|---------------------------------|
| ۰/۰۰۱ | ۷/۷۴۳ | رضایت از دفترچه بیمه سلامت      |
| ۰/۰۰۱ | ۵/۵۷۰ | رضایت از وضعیت فعلی نسبت به قبل |
| ۰/۰۷۰ | ۲/۳۸۱ | رضایت از حقوق و مزایا           |
| ۰/۰۰۵ | ۴/۵۴۹ | رضایت از امکان ارائه خدمات      |
| ۰/۰۰۱ | ۶/۴۰۴ | رضایت از وضعیت بیتوته           |

## فصل پنجم

### نتیجه‌گیری و پیشنهادات

## ۵-۱- مقدمه

در این فصل باید نتایج حاصل از تجزیه و تحلیلی که در فصل پیش انجام شد به پیشنهادهای روشن و کاربردی تبدیل گشته تا تمام استفاده‌کنندگان از این پژوهش، مخصوصاً مسئولین تصمیم‌گیر در بحث بیمه سلامت با مرور آنها، به نتیجه‌گیری‌های مثمر ثمری دست یابند و اطلاعات حاصله را چراغ راه خویش در آینده نمایند. همان‌طور که از عنوان این پژوهش بر می‌آید، بررسی رضایتمندی بیمه‌شدگان روستائی تحت پوشش سازمان بیمه سلامت و ارائه دهندگان خدمات در سطح یک طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده در منطقه ۲ کشور، اساسی‌ترین هدف این پژوهش بوده است. در فصل قبل فرضیات مطرح شده با استفاده از آزمون‌های مناسب آماری مورد بررسی قرار گرفت.

این فصل متشکل از چند قسمت است که عبارت است از:

۱- خلاصه

۲- نتیجه‌گیری

۳- راهکارها و راهبردهای پیشنهادی برای مدیران

۴- کمبودها و نواقص

۵- پیشنهادها به پژوهشگران و کاربران برای تحقیقات آتی

## ۲-۵- خلاصه تحقیق

تحقیق حاضر از حیث هدف، کاربردی است. چون به شناسایی مسائل و مشکلات مبتلابه نظام ارجاع و پزشک خانواده روستائی می‌پردازد. از نظر ماهیت و ویژگی‌های موضوعی، تحقیق توصیفی است چون به شرح روابط بین متغیرهای تحقیق می‌پردازد و از نظر زمان انجام، تحقیق مقطعی است چون در یک مقطع زمانی، داده‌ها تکمیل و تحلیل می‌شود. از نظر نحوه گردآوری داده‌ها، مطالعات میدانی و پرسشنامه است.

- قلمرو مکانی تحقیق (جامعه آماری) بیمه شدگان روستائی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر منطقه ۲ کشوری شامل استانهای آذربایجان غربی و شرقی، اردبیل، زنجان، البرز، کردستان، همدان، گیلان و قزوین بوده و روش نمونه‌گیری در این مطالعه خوشه‌ای دو مرحله‌ای بوده و تعداد حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران محاسبه شده است و سوالات تحقیق به شرح زیر طرح گردیده است:

- ۱- وضعیت رضایت بیمه شدگان روستائی در رابطه با پاسخگو بودن ارائه دهندگان خدمات چگونه است؟
- ۲- وضعیت رضایت بیمه شدگان روستائی در رابطه با در دسترس بودن خدمات چگونه است؟
- ۳- وضعیت رضایت بیمه شدگان روستائی در رابطه با خدمات داروخانه، آزمایشگاه چگونه است؟
- ۴- وضعیت رضایت بیمه شدگان روستائیان از حیث نتیجه درمان چگونه است؟
- ۵- وضعیت مقبولیت طرح از دید ارائه دهندگان خدمات از حیث حقوق و مزایا چگونه است؟
- ۶- وضعیت مقبولیت طرح از دید ارائه دهندگان خدمات از حیث وضعیت بیتوته چگونه است؟
- ۷- وضعیت مقبولیت طرح از دید ارائه دهندگان خدمات از حیث وضعیت امکانات ارائه خدمت چگونه است؟

## ۳-۵- نتایج تحقیق

نتایج در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی خلاصه و نتیجه‌گیری شده است.

### ۱-۳-۵- آمار توصیفی

در این بخش به بررسی نتایج توصیفی بخش‌های مختلف پرسش‌نامه می‌پردازیم. از آنجا که این تحقیق مشابه با تحقیق مفتون و همکاران (۱۳۸۸) می‌باشد، نتایج با پژوهش ذکر شده مقایسه می‌گردد. در یک نگاه کلی، نتایج با یکدیگر همخوانی دارند و جزئیات در ادامه ذکر خواهد شد.



• با توجه به نتایج به دست آمده در مورد رضایت از خدمات پزشک خانواده، شاخص "چقدر از وضعیت حفظ اسرار راضی هستید." با میانگین ۴/۶۷ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص "چقدر از فاصله‌ای که طی می‌نمایید تا به محل ارائه خدمت برسید راضی هستید." با ۴/۰۶ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده‌اند. این نتیجه با نتایج تحقیق مفتون و همکاران همخوانی دارد. به طوریکه در تحقیق مفتون و همکاران نیز وضعیت حفظ اسرار بیشترین امتیاز و فاصله تا محل ارائه خدمت کمترین امتیاز را کسب کرده‌اند.

• با توجه به نتایج به دست آمده در مورد رضایت از خدمات ماما، شاخص "چقدر از رعایت احترام توسط ماما راضی هستید." با میانگین ۴/۴۵ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص "چقدر از مدت زمان انتظار برای ورود به اتاق معاینه راضی هستید." با ۴/۰۹ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده‌اند. نتیجه به دست آمده در این بخش با نتایج تحقیق مفتون و همکاران، طاهری و همکاران، نجیمی و همکاران و مارکینوکز و همکاران همخوانی دارد. این نتیجه با نتایج تحقیق مفتون و همکاران همخوانی دارد. به طوریکه در تحقیق مفتون و همکاران نیز وضعیت رعایت احترام توسط ماما بیشترین امتیاز و مدت زمان انتظار برای ورود به اتاق معاینه کمترین امتیاز را کسب کرده‌اند.

• با توجه به نتایج به دست آمده در مورد رضایت از خدمات داروخانه، شاخص "از فاصله مکانی داروخانه چقدر رضایت دارید." با میانگین ۴/۴۹ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص "از هزینه تهیه داروها چقدر رضایت دارید." با ۴/۰۱ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین توافق) بوده‌اند. در مقایسه با نتایج تحقیق مفتون و همکاران نحوه برخورد ارائه دهندگان خدمات دارویی بیشترین امتیاز را کسب کرده و این در حالیست که رضایت از فاصله مکانی تا داروخانه در این تحقیق رتبه اول را بدست آورده است اما در هر دو تحقیق هزینه تهیه داروها کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده است.

• با توجه به نتایج به دست آمده در مورد رضایت از خدمات تصویربرداری، شاخص "از نحوه برخورد ارائه دهندگان خدمات تصویربرداری (رادیولوژی) چقدر رضایت دارید." با میانگین ۳/۷۸ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص "از فاصله مکانی مرکز رادیولوژی رضایت دارید." با ۲/۹۵ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده‌اند. این نتیجه با نتایج تحقیق مفتون و همکاران همخوانی دارد. به طوریکه

در تحقیق مفتون و همکاران نیز وضعیت نحوه برخورد ارائه دهندگان خدمات تصویربرداری بیشترین امتیاز و فاصله مکانی مرکز رادیولوژی کمترین امتیاز را کسب کرده اند.

- با توجه به نتایج به دست آمده در مورد رضایت از آزمایشگاه، شاخص " از نحوه برخورد ارائه دهندگان خدمات آزمایشگاه چقدر رضایت دارید " با میانگین  $4/23$  دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص " از مدت انتظار برای انجام آزمایشات چقدر راضی هستید." با  $3/59$  دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده اند. در مقایسه با نتایج تحقیق مفتون و همکاران رضایت از فاصله مکانی تا آزمایشگاه کمترین امتیاز را کسب کرده و این در حالیست که مدت انتظار برای انجام آزمایشات در این تحقیق کمترین امتیاز را بدست آورده است اما در هر دو تحقیق وه برخورد ارائه دهندگان خدمات آزمایشگاه بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داده است.

- با توجه به نتایج به دست آمده در مورد رضایت از وضعیت ارجاع، شاخص " چقدر از هزینه خدمات بیمارستانی راضی هستید." با میانگین  $4/27$  دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص " چقدر از هزینه ویزیت متخصص (در موارد ارجاع) راضی هستید." با  $3/05$  دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده اند. در مقایسه با نتایج تحقیق مفتون و همکاران نتیجه خدمات بیشترین امتیاز را کسب کرده و این در حالیست که هزینه خدمات بیمارستانی در این تحقیق رتبه اول را بدست آورده است.

- با توجه به نتایج به دست آمده در مورد رضایت از تزریقات، شاخص " به طور کلی چقدر از وضعیت انجام تزریقات راضی هستید." با میانگین  $4/19$  دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص " چقدر از تطابق جنسی فرد انجام دهنده تزریقات راضی هستید" با  $4/11$  دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده اند. این در حالیست که در تحقیق مفتون و همکاران تطابق جنسی فرد انجام دهنده تزریقات بیشترین امتیاز و مدت انتظار برای انجام این کار کمترین امتیاز را کسب کرده است.

- با توجه به نتایج به دست آمده در مورد رضایت از مراجعه اورژانسی، شاخص " چقدر از نتیجه درمان در مواد اورژانس یا ساعات غیر اداری راضی هستید." با میانگین  $3/60$  دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص " چقدر از رسیدگی فوری در موارد اورژانس یا ساعات غیر اداری راضی هستید." با  $3/50$  دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده اند. این در حالیست که در تحقیق مفتون و همکاران کاربرد

دفترچه در موارد اورژانسی بیشترین امتیاز را کسب کرده است؛ ولی رسیدگی فوری در موارد اورژانس در هر دو تحقیق کمترین میزان رضایت را بخود اختصاص داده اند.

- با توجه به نتایج به دست آمده در مورد رضایت از دفترچه بیمه سلامت، شاخص " چقدر از مدت اعتبار دفترچه بیمه راضی هستید." با میانگین ۴/۴۲ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص " چقدر از محدود بودن انتخاب مراکز و پزشکانی که با دفترچه بیمه می توانید مراجعه کنید راضی هستید." با ۳/۶۲ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده اند. این نتیجه با نتایج تحقیق مفتون و همکاران همخوانی دارد. به طوریکه در تحقیق مفتون و همکاران نیز رضایت از مدت اعتبار دفترچه بیمه بیشترین امتیاز و محدود بودن انتخاب مراکز و پزشکان کمترین امتیاز را کسب کرده اند.

- با توجه به نتایج به دست آمده در مورد رضایت از وضعیت فعلی نسبت به قبل، شاخص " چقدر از هزینه های خدمات ارائه شده در طرح پزشک خانواده نسبت به قبل راضی هستید " با میانگین ۴/۳۷ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص " آیا به طور کلی از داشتن دفترچه بیمه روستایی و طرح پزشک خانواده رضایت دارید." با ۴/۲۶ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده اند. این در حالیست که در تحقیق مفتون و همکاران داشتن دفترچه بیشترین رضایت و هزینه ها کمترین میزان رضایت را ایجاد کرده اند.

- با توجه به نتایج به دست آمده در مورد به سوالات رضایت از حقوق و مزایا، شاخص " چقدر از شرایط استفاده از مرخصی راضی هستید." با میانگین ۲/۹۵ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص های " آیا میزان دریافتی شما به عنوان پزشک خانواده /ماما در مقایسه با سایر رده های تخصصی ارائه خدمت در طرح پزشک خانواده متناسب است." و " چقدر از درآمد خود در رابطه با بیماران غیر بیمه روستایی راضی هستید " با ۲/۱۰ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده اند. در تحقیق مفتون و همکاران میزان حقوق باعث نارضایتی و کمبود شغل باعث تمایل به ادامه خدمت می گردد.

- با توجه به نتایج به دست آمده در مورد سوالات امکان ارائه خدمات، شاخص " چقدر از توانمندی و کفایت کسانی که از طرف سازمان بیمه سلامت پایش و ارزیابی طرح را انجام می دهند راضی هستید " و " چقدر از وضعیت اتاق معاینه از نظر شرایط فیزیکی (مساحت، تهویه، نور، نظافت) راضی هستید " با میانگین ۳/۹۰ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص " چقدر از شرایط رفت آمد روزانه به محل اشتغال به کار خود راضی هستید." با ۱/۶۴ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده اند. این در حالیست که در

تحقیق مفتون و همکاران وضعیت وسایل معاینه رضایت بخش و محدودیت اقلام دارویی کمترین میزان رضایت را به خود اختصاص داده است.

• با توجه به نتایج به دست آمده در مورد به سوالات وضعیت بیتوته ملاحظه می‌شود که، شاخص " چقدر از وضعیت سیستم گرمایشی در واحد مسکونی خود راضی هستید." با میانگین ۳/۳۰ دارای بالاترین نمره (بیشترین رضایت) و شاخص‌های " آیا در شهر یا روستای محل بیتوته خود از وضعیت امکانات رفاهی و تفریحی جهت خود و خانواده رضایت دارید " و " چقدر از اوقات فراغت خود در روزهای تعطیل رسمی در شهر یا محل بیتوته راضی هستید" با ۲/۱۶ دارای کمترین میانگین نمره (کمترین رضایت) بوده‌اند. این در حالیست که در تحقیق مفتون و همکاران فضای واحد مسکونی دارای بیشترین سطح رضایت است؛ ولی در باره کمترین میزان رضایت هر دو تحقیق به نتایج یکسان رسیده‌اند.

#### ۵-۳-۲- آمار استنباطی

جهت پاسخ به سوالات تحقیق از آزمون‌های تی تک نمونه‌ای استفاده شد که نتایج در جدول ۴-۳۱ گزارش شد.

#### بررسی رضایت مراجعین

با توجه نتیجه بدست آمده از آزمون تی تک نمونه‌ای تمامی ده آیتم خدماتی شامل رضایت از خدمات پزشک خانواده، رضایت از خدمات ماما، رضایت از خدمات داروخانه، رضایت از خدمات تصویربرداری، رضایت از آزمایشگاه، رضایت از وضعیت ارجاع، رضایت از تزریقات، رضایت از مراجعه اورژانسی، رضایت از دفترچه بیمه سلامت و رضایت از وضعیت فعلی نسبت به قبل دارای رضایت مطلوب و معنی‌داری در بین مراجعین بوده است.

نتیجه بدست آمده با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های مفتون (۱۳۸۸)، قربانی و همکاران (۱۳۹۰)، علیدوستی و همکاران (۱۳۸۸)، نجیمی و همکاران (۱۳۸۴)، طاهری و همکاران (۱۳۸۸) و پورشیروانی و همکاران (۱۳۸۷) همخوانی داشته است. در این پژوهش‌ها نیز محقق به فراخور موضوع به بررسی میزان رضایت مراجعین از مراکز درمانی پرداخته‌اند. همچنین بررسی نتایج در طی زمان نشان می‌دهد که هر چقدر پژوهش‌ها جدیدتر و به روز تر شده‌اند، میزان رضایت مراجعین از خدمات پزشکی تحت طرح‌های مختلف نظام ارجاع و پزشک خانواده و ... افزایش یافته است.

## بررسی رضایت ارائه‌دهندگان خدمات

با توجه به نتیجه بدست آمده از آزمون‌های تی تک نمونه‌ای در مورد ارائه‌دهندگان خدمات ایشان از هیچ کدام از سه آیت حقوق و مزایا، امکان ارائه خدمات و وضعیت بیتوته رضایت مطلوبی نداشتند.

### ۵-۴- راهکارها و راهبردهای پیشنهادی برای مدیران

- ایجاد تعامل سازنده میان ستادهای تصمیم‌گیر و برنامه‌ریز با پزشکان مجری طرح جهت بالا بردن ضریب عملی شدن طرح توام با رضایتمندی

- تدوین سازوکاری عادلانه برای ایجاد انگیزه در ارائه‌دهندگان خدمات، مانند رتبه بندی ارائه‌دهندگان خدمات؛ بر اساس سوابق، کیفیت ارائه خدمات و رضایت گیرندگان خدمت تعریف شود و بر اساس این رتبه‌ها پادشهایی در نظر گرفته شود.

- عارضه‌یابی و حل مشکلات تیم سلامت در طرح سیستم ارجاع و پزشک خانواده می‌تواند نقش مهمی در ارتقای کیفیت و ارائه خدمات آنها داشته باشد.

- اطلاع‌رسانی و آموزش کافی و مستمر به دریافت‌کنندگان خدمات طرح سیستم ارجاع و پزشک خانواده
- ایجاد بستر مناسب و فرهنگ سازی جهت استفاده درست از سیستم ارجاع و پزشک خانواده
- بررسی عملکرد سیستم ارجاع و پزشک خانواده روستایی در دهه گذشته و برطرف نمودن نقاط ضعف و تسری به مناطق شهر

- بررسی و راهکارهای ارائه خدمات مناسب سیستم ارجاع و پزشک خانواده در کلیه مناطق شهری و روستایی

### ۵-۵- کمبودها و نواقص (محدودیت‌های تحقیق)

در این پژوهش با کمبودها، نواقص و محدودیت‌های متعددی روبه‌رو بودیم. در زیر به طور تیتروار این محدودیت‌ها و نواقص را بررسی می‌کنیم:

- ۱- در جهت توسعه‌ی بیشتر تحقیق با محدودیت زمانی روبه‌رو بودیم.
- ۲- عدم وجود فرهنگ جمع‌آوری پرسش‌نامه (افراد پرسشنامه‌ها را خالی تحویل داده یا به طور ناقص پر میکردند و یا از پر کردن آن کلاً امتناع می‌ورزیدند).
- ۳- با کمبود منابع مالی مواجه بودیم.
- ۴- محدودیت عدم امکان استفاده از تمام جامعه آماری.

علی رغم مشکلات و نواقص فوق محقق در این پژوهش با محدودیت‌هایی که تاثیر اساسی بر روی نتیجه تحقیق داشته باشد مواجه نبوده است.

#### ۵-۶- پیشنهادها به پژوهشگران و کاربران برای تحقیقات آتی

- تشکیل تیم‌های تحقیقاتی مشترک با مراجع علمی معتبر در حوزه سیستم ارجاع و پزشک خانواده و استفاده از دست آوردهای مطالعات انجام شده در داخل کشور و مقایسه آن با دیگر یافته‌ها در خارج از کشور جهت ارتقاء هر چه بهتر سیستم ارجاع.
- بررسی ایجاد انگیزه‌های مختلف بر چگونگی رفتار دریافت کنندگان از خدمات سیستم ارجاع و پزشک خانواده و ارائه دهندگان خدمت
- بررسی و مطالعه اثربخشی آموزش‌های دریافت کنندگان از خدمات سیستم ارجاع و پزشک خانواده و ارائه دهندگان خدمت در توسعه سیستم ارجاع و پزشک خانواده

## منابع

### - منابع فارسی:

- اوترویل، ژان فرانسوا (۱۳۸۱) مبانی نظری و عملی بیمه (ترجمه: عبدالناصر همتی و علی دهقانی)، تهران: پژوهشکده بیمه وابسته به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی
- دلاور، ع. (۱۳۸۰)، کتاب روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی، تهران: ویرایش
- دستورالعمل نظام ارجاع و پزشک خانواده روستایی-نسخه ۱۷
- رضائی قلعه، حمید، مترجم (۱۳۷۹) بیمه درمان اجتماعی، تهران: انتشارات سیمای فرهنگ
- سرمد، ز. بازرگان، ع. حجازی، ا. (۱۳۹۲). کتاب روشهای تحقیق در علوم رفتاری. تهران: آگاه.
- سکاران، اوما. (۱۳۸۸). کتاب روش های تحقیق در مدیریت. صائبی، م. شیرازی، م. تهران: موسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه ریزی.
- طاهری، ا. (۱۳۷۱). کتاب روش تحقیق و مآخذ شناسی رشته مدیریت. تهران: پیام نور.
- کاووسی، محمدرضا و سقایی، عباس (۱۳۸۴)، روش های اندازه گیری رضایت مشتری، تهران: انتشارات سبزان، چاپ دوم.
- کرازلی، ابوالفضل (۱۳۷۸)، مدیریت کنترل فراگیر (نگرش کاربردی)، تهران مرکز آموزش مدیریت دولتی.

- کریمی، آیت (۱۳۹۱)، کلیات بیمه، تهران: پژوهشکده بیمه.
- حافظ نیا، محمدرضا (۱۳۸۴). مقدمه ای بر روش تحقیق در علوم انسانی، چاپ هشتم، تهران: انتشارات سمت.
- خاکی، غلامرضا (۱۳۹۱)، روش تحقیق در مدیریت، تهران: فوژان.
- محسنی بندپی، (۱۳۹۲) *نظامنامه کیفیت سازمان بیمه سلامت*. سیستم جامع مدیریت کیفیت.
- مفتون، فرزانه (۱۳۸۸) رضایتمندی بیمه شدگان روستایی تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی و ارائه دهندگان خدمات در طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده.
- نادری، ع. سیف نراقی، م. (۱۳۹۱). روش‌های تحقیق و چگونگی ارزشیابی آن در علوم انسانی. تهران: ارسباران.

## - منابع غیر فارسی:

- Herington,Carmel,Weaven,Scott”(2009),E-retailing by banks: e-service quality and its importance to customer satisfaction” European Journal of Marketing, Vol 43,No 9/10,pp1220-1231
- Stafford Marla Royne and et al. Determinants of Service Quality and Satisfaction in the Auto Casualty Claims Process,”The Journal of Service Marketing.Vol.12,No,6,1998
- Yanggui,A(2003),”Understanding Customer Expectation of Service”, Sloan Management Review, Vol 32,No 30.